

---

# Verzekeringsgeneeskundige protocollen

---

Chronische-vermoeidheidssyndroom

Lumbosacraal radiculair syndroom







Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen:*  
*Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom*

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-K5

Bijlagen : 1

Datum : 12 april 2007

Mijnheer de minister,

Op 22 juli 2005 heb ik uw ambtsvoorganger het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg hij de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. Sindsdien zijn zeven protocollen verschenen, over *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning, Depressieve stoornis, Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker*, alsmede de bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. De volgende twee protocollen bied ik u hierbij aan.

De protocollen in dit advies, gewijd aan *Chronische-vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosacraal radiculair syndroom*, zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Ze zijn in concept ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties. Ik ben deze organisaties voor hun commentaren zeer erkentelijk. De conceptprotocollen zijn tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend

Prof. dr. J.A. Knottnerus

Bezoekadres  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Telefoon (070) 340 57 10  
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres  
Postbus 16052  
2500 BB Den Haag  
Telefax (070) 340 75 23  
www.gr.nl



---

# **Verzekeringsgeneeskundige protocollen**

Chronische-vermoeidheidssyndroom

Lumbosacraal radiculair syndroom

---

---

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Nr. 2007/12, Den Haag, 12 april 2007

---

---

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

---

U kunt het advies downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

---

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/12.

---

auteursrecht voorbehouden

---

ISBN: 978-90-5549-644-0

---

---

# Inhoud

---

Samenvatting 9

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Chronische-vermoeidheidssyndroom 13

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Chronische-vermoeidheidssyndroom 21

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Lumbosacraal radiculair syndroom 53

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Lumbosacraal radiculair syndroom 59

---

Bijlagen 83

A Adviesaanvraag 85

B Commissie 89

C Commentaren 93





---

## Samenvatting

---

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het achtste en negende protocol in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind vorig jaar door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

Na het in juli 2005 verschenen advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* en de adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning, Depressieve stoornis, Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker* is dit advies met de protocollen *Chronische vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosacraal radiculair syndroom* het vijfde dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Later dit voorjaar zal met de publicatie van het protocol *Whiplash Associated Disorder* de reeks van tien protocollen gecompleteerd worden. De WIA-advisering door de Gezondheidsraad zal worden afgerond met een advies over verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie'.

---



---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Chronische-vermoeidheidssyndroom

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Chronische-vermoeidheidssyndroom

---

---

---

# Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom

---

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

Het belangrijkste kenmerk van het *chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS)* is een ernstige vermoeidheid, die ten minste zes maanden aanwezig is of steeds terugkeert, die betrokkene aanzienlijk beperkt in zijn dagelijks functioneren en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. In veel gevallen is ook sprake van vertraagd herstel na inspanning, verspreide pijnklachten, klachten over de kwaliteit van het geheugen, de concentratie en de slaap. In dit protocol wordt uitgegaan van de definitie van de Amerikaanse *Centres for Disease Control* uit 1994.

---

## **A**      **Onderzoek**

---

### **1**      **Oriëntatie op aanwezige gegevens**

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

---

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
  - Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen, voorafgaand aan en aan het begin van het verzuim, en wat was het beloop? (3.5)\*
  - Wat was de directe aanleiding voor de werknemer om zich ziek te melden?
- Diagnostiek:
  - Welke diagnose is bij aanvang van het verzuim gesteld naar aanleiding van de klachten en symptomen? (4.3) Was ook sprake van comorbiditeit? (4.4)
  - Is de diagnose gedurende het verzuim geëvalueerd en zo nodig herzien? Zo ja, op welke gronden?
  - Heeft overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Zo ja, wanneer?
- Behandeling:
  - Is de werknemer verwezen voor behandeling of begeleiding naar tweedelijnszorg? Zo ja, hoeveel weken na het begin van het verzuim en naar wie? (4.5)
  - Indien betrokkene verwezen is, is er dan sprake geweest van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor CVS? (4.5)
  - Hebben de behandelaars geadviseerd inzake stapsgewijze uitbreiding van dagelijkse activiteiten en werkzaamheden?
  - Heeft de patiënt gebruik gemaakt van alternatieve geneeswijzen en, zo ja, in welke mate en waarom?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
  - Welke verklaring heeft de patiënt zelf voor zijn klachten?
  - Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij verwijzing en zijn de behandeladviezen opgevolgd? Heeft de werknemer de behandeling op eigen initiatief voortijdig beëindigd?
  - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (3)
  - Was in het werk sprake van bekende factoren die de CVS-klachten kunnen uitlokken, verergeren of instandhouden, zoals acute psychologische stress en emotioneel belastende gebeurtenissen?
  - Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?

---

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

---

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer: (3)
  - Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan of voortbestaan van CVS?
  - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Werkhervatting: (5)
  - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
  - Was sprake van verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer over belastbaarheid of diagnose? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
  - Wat hebben werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
  - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

---

## 2 Beoordelingsgesprek

Als de verzekeringsarts weet of kan vermoeden dat er sprake is van een CVS realiseert hij zich dat er bij zowel artsen als patiënten verschillende opvattingen over deze aandoening bestaan, die regelmatig aanleiding zijn voor controverses. Dit kan op de communicatie tussen arts en patiënt zijn weerslag hebben. Binnen het kader van het door de verzekeringsarts gehanteerde gespreksmodel creëert hij voldoende ruimte om de verzekerde ook zijn eigen verhaal te laten vertellen.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
  - zijn mogelijkheden en beperkingen in eigen werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
  - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
  - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
  - wat hij (nog) zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
  - belemmeringen van herstel en hervatting in het werk
  - de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling

- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- de zorg en hulp die hij ontvangt van anderen, bijvoorbeeld partner, gezinsleden, kennissen, thuiszorg, en wat, volgens betrokkene, hun visie is op de klachten en symptomen
- de door betrokkene ervaren beperkingen, waaronder die van cognitieve aard
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

De verzekeringsarts observeert tijdens het gesprek de cliënt. Indien hij de indruk heeft dat er sprake is van discrepanties tussen de klachten en het geobserveerde gedrag, verdiept hij de anamnese op dit punt en bespreekt hij zijn bevindingen met onderzochte.

---

### **3 Medisch onderzoek**

Het onderzoek is gericht op:

- Diagnostiek van het CVS (4.2): de verzekeringsarts gaat door middel van eigen anamnestic onderzoek na of de diagnose CVS op de werknemer van toepassing is. Hij weegt af of een lichamelijk onderzoek aangewezen is.
- Differentiële diagnostiek (4.4): de verzekeringsarts stelt door middel van eigen anamnestic onderzoek vast of sprake is van:
  - depressieve stoornis
  - somatisatiestoornis
  - angststoornis
  - overspanning.
- Comorbiditeit (4.4): de comorbiditeit kan zowel somatisch als psychisch van aard zijn. Bij aanwijzingen in de anamnese voor comorbiditeit verricht de verzekeringsarts gericht anamnestic, lichamelijk of aanvullend onderzoek.

---

### **4 Overleg met derden**

- De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.
- Indien de patiënt ten tijde van de beoordeling in behandeling is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij informeert naar de aard van de behandeling, de behandeldoelen en het beloop van het behandelproces.



---

## **5 Onderzoek door derden**

De verzekeringsarts overweegt een expertise in geval van:

- twijfel over de diagnostiek van CVS en comorbiditeit
- gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelings- en re-integratiemogelijkheden.

---

## **B Beoordeling**

---

### **1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)**

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over aard en ernst van de aandoening, behandeling en begeleiding. Hij doet dat in de wetenschap dat het bij CVS van belang is dat alle betrokken zorgverleners en de bedrijfsarts eenzelfde beleid voeren en dat werkhervatting een van de doelen is. Hij vormt zich een oordeel over de aanwezigheid van factoren die de klachten in stand kunnen houden en de wijze waarop daarmee rekening is gehouden. (3.4)
- Hij betreft zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

---

### **2 Functionele mogelijkheden (6.2)**

Indien de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van CVS, dan betreft hij in zijn overwegingen dat dit een reële en invaliderende aandoening is. Hij realiseert zich dat het CVS weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat op individueel niveau sprake is van grote verschillen, in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan. De beperkingen zijn in het algemeen zowel fysiek als cognitief van aard. Hij betreft zijn observaties en de visie van de cliënt in zijn beoordeling of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met CVS zijn:

- Persoonlijk functioneren:
-

- hoog handelingstempo
- veelvuldige storingen, contacten met verschillende personen tegelijk
- deadlines en productiepieken
- langer durende mentale inspanning
- verhoogd veiligheidsrisico.
- Fysieke belasting:
  - tempodwang
  - energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
  - energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
- Fysieke omgevingseisen:
  - Geluid.
- Werktijden en verdeling van werkzaamheden en rust:
  - perioden per etmaal
  - uren per dag
  - uren per week
  - overige beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voor CVS-patiënten kan het van belang zijn fysieke en mentale werkzaamheden en rust regelmatig af te wisselen.

Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het Schattingsbesluit. In het algemeen zijn er echter wel benutbare mogelijkheden.

---

### **3 Te verwachten beloop (6.3)**

De prognose van een al langere tijd bestaand CVS is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden.

- Indien CGT voor CVS heeft plaatsgevonden en na twee jaar is nog sprake van volledige arbeidsongeschiktheid, dan is de prognose niet gunstig.
- Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben bij adequate behandeling een relatief goede prognose.

Voorts betreft de verzekeringsarts in zijn beoordeling de instandhoudende factoren (3.4) en de mate waarin deze te beïnvloeden zijn.

---

---

#### **4           Behandeling en begeleiding (6.4)**

- Indien betrokkene ten tijde van de beoordeling in CGT voor CVS is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij maakt een inschatting van het verdere beloop en plant een heronderzoek om het herstel te evalueren.
- Indien betrokkene niet in behandeling is, maar er is sprake van een opgaande lijn van herstel, maakt de verzekeringsarts een inschatting van het verdere beloop en plant hij een heronderzoek.
- Indien betrokkene geen opgaande lijn van herstel vertoont of een behandeling volgt waarvan de effectiviteit niet is aangetoond en nog niet met CGT behandeld is, informeert de verzekeringsarts betrokkene over CGT voor CVS. Hij overlegt met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.



---

# Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom

---

1	Inleiding 23
2	De aandoening 25
2.1	Kenmerken 25
2.2	Epidemiologie 26
3	Ontstaan en beloop 27
3.1	Ontstaan 27
3.2	Predisponerende factoren 28
3.3	Uitlokkende factoren 28
3.4	Instandhoudende factoren 29
3.5	Beloop 30
4	Diagnose en behandeling 33
4.1	Aandachtspunten 33
4.2	Diagnostiek 35
4.3	De CDC-94 definitie 36
4.4	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit 37
4.5	Behandeling 39
5	Werkhervatting 43

---

---

6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	45
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	45
6.2	Functionele mogelijkheden	46
6.3	Te verwachten beloop	47
6.4	Behandeling en begeleiding	47

---

Literatuur 49

---

# Inleiding

---

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom* (CVS) biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met CVS. Het behandelt in deel *A Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel *B Beoordeling* de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

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

Het protocol sluit aan bij het Gezondheidsraadadvies *Het chronische-vermoeidheidssyndroom*, de NHG-standaarden *Depressieve stoornis (depressie)* en *Angststoornissen* en de multidisciplinaire richtlijnen *Depressie 2005* en *Angststoornissen 2003*.<sup>1-5</sup>

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting,

---

ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.



---

## De aandoening

---

### 2.1 Kenmerken

CVS wordt gekenmerkt door ernstige vermoeidheid die voordien niet aanwezig was, die met inspanning aanzienlijk in hevigheid toeneemt en niet aanzienlijk vermindert door rust. Als bijkomende klachten kunnen onder andere hoofd-, spier- en gewrichtspijnen, cognitieve problemen (geheugen, concentratie) en slaap- en herstelproblemen aanwezig zijn. De klachten moeten zes maanden of langer bestaan en het dagelijks functioneren aanzienlijk beperken.

CVS wordt wel afgeschilderd als een ‘moderne’ ziekte. Het samenstel van klachten, symptomen en verschijnselen bij deze aandoening is echter al lange tijd onder verschillende namen bekend.

Definitie en classificatie van ziekten berusten idealiter op kennis van de oorzakelijke ziektemechanismen. Bij CVS zijn er over het ontstaan van de aandoening slechts hypothesen. Er is geen overeenstemming over het ziektemechanisme. CVS is om die reden geen ziekte in de beperkte biomedische betekenis van het woord, maar voldoet wel aan de definitie die de WHO voor ziekte hanteert, te weten: “een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicaps”.

De onduidelijkheid over aard en oorzaak van de aandoening is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden niet van doorslaggevend belang. Ten behoeve van de duidelijkheid in wetenschappelijk onderzoek en communicatie is

---

een algemeen geaccepteerde casusdefinitie echter van groot belang. In het protocol wordt uitgegaan van de definitie van de Amerikaanse *Centres for Disease Control* uit 1994 (de CDC-94 definitie), die een groot draagvlak heeft in wetenschappelijke kringen en te beschouwen is als de actuele standaard (zie 4.3). In de praktijk doen zich ook verwante beelden voor en beelden die niet volledig aan de definitie voldoen. Het protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom* kan ook bij de beoordeling hiervan goede diensten bewijzen.

Voor het classificeren van CVS wordt de CAS-code N690 gebruikt.

---

## 2.2 Epidemiologie

Betrouwbare epidemiologische gegevens over CVS zijn schaars. De waargenomen prevalenties hangen onder andere af van de toegepaste definitie, de gebruikte onderzoeksmethode en de onderzochte populatie. De in buitenlands onderzoek gevonden prevalenties in de algemene populatie liggen meestal tussen de 225 en 425 gevallen per 100 000 mensen. In Nederland zijn er vermoedelijk tussen de 30 000 en 40 000 patiënten met CVS. Deze cijfers zijn gebaseerd op extrapolaties van onderzoek onder huisartsen. De schattingen van de incidentie in Nederland lopen uiteen van 2900 tot 9800 nieuwe gevallen per jaar.<sup>1</sup>

In de meeste onderzoeken zijn vrouwelijke patiënten in de meerderheid; vaak is hun aandeel driekwart of meer. De leeftijdspecifieke prevalentie is het hoogst tussen de 40 en 49 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de klachten ontstaan, varieert in de diverse onderzoeken tussen 29 en 35 jaar. CVS kan echter ook bij jongeren en bij 65-plussers voorkomen.<sup>1</sup>

---

## Ontstaan en beloop

---

### 3.1 Ontstaan

Hoewel CVS de afgelopen vijftien jaar vaak onderwerp van studie is geweest, zijn precieze aard en herkomst van de aandoening nog onduidelijk. Onder wetenschappers is wel een breed draagvlak voor de opvatting dat een strikt medisch biologische verklaring niet volstaat en dat een biopsychosociale benadering noodzakelijk is voor een goed begrip van het syndroom. Dat wil zeggen dat biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen in ontstaan en voortbestaan van de aandoening. Goed onderbouwde verklaringsmodellen uit de moderne neurowetenschappen ondersteunen deze gedachtegang. Er zijn aanwijzingen dat op centraal niveau in de hersenen sprake is van een disregulatie van het neuro-endocriene systeem. Daarnaast zijn er steeds meer aanwijzingen voor een neurofunctioneel anatomisch substraat. Functioneel MRI onderzoek laat zien dat bij patiënten met CVS bij de uitvoering van eenvoudige opdrachten andere hersengebieden geactiveerd worden dan bij gezonde mensen.

De biopsychosociale benadering impliceert dat in de pathofysiologie van CVS verschillende factoren een rol spelen. Op grond van het moment waarop zij hun invloed doen gelden wordt onderscheid gemaakt tussen predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren. Predisponerende factoren bepalen de verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen, uitlokkende factoren brengen bij mensen die daar gevoelig voor zijn CVS op gang en instandhoudende factoren houden de klachten in stand en staan herstel in de weg. De gedachte is dat CVS

---

alleen ontstaat als predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren in één persoon samenkomen.<sup>1,6</sup>

---

### 3.2 Predisponerende factoren

- *Familiaire factoren.* Er zijn aanwijzingen dat CVS familiale aspecten heeft en dat genetische aanleg van belang zou kunnen zijn.<sup>1</sup>
- *Geslacht.* CVS wordt drie tot vier keer zo vaak gezien bij vrouwen als bij mannen.
- *Leergeschiedenis.* Mensen met traumatische ervaringen in hun jeugd, zoals verwaarlozing, geweld of misbruik, ernstige ziekte van henzelf of naaste familieleden, lijken een grotere kans op CVS te hebben dan anderen.<sup>1,7,8</sup>
- *Persoonlijkheid.* Er zijn aanwijzingen dat neuroticisme, dwangmatigheid, faalangst, en sub-assertiviteit tot een chronisch verhoogd stressniveau leidt. Dat zou mensen gevoeliger kunnen maken voor CVS. De resultaten van onderzoek naar het belang van de persoonlijkheid voor het ontstaan van CVS laten echter geen eenduidige conclusies toe.<sup>1,9</sup>
- *Levensstijl.* CVS-patiënten maken dikwijls melding van een overactief leven vóór ze CVS kregen, zoals mateloos (over)werken of excessief sporten. Dit kan samenhangen met de hiervoor genoemde persoonlijkheidsstructuur. De melding van eerdere activiteit komt waarschijnlijk voort uit reële feiten en niet uit een idealisering van de vroegere toestand.<sup>1</sup>
- *Geringe lichamelijke activiteit.* Na het doormaken van de ziekte van Pfeiffer hebben mensen die daarvóór een leven met weinig lichamelijke beweging leidden, meer kans op het ontwikkelen van CVS. Ook is er een aanwijzing dat weinig lichaamsbeweging in de jeugd de kans op CVS op latere leeftijd vergroot.<sup>1</sup>

---

### 3.3 Uitlokkende factoren

- *Acute fysieke stress.* Ernstige verwondingen, langdurige slaapstoornissen, een zware operatieve ingreep of een zwangerschap en bevalling kunnen aan CVS voorafgaan. Driekwart van de patiënten geeft aan dat de klachten met een infectie zijn begonnen. Om die reden is hier veel onderzoek naar gedaan, met de volgende bevindingen:<sup>1</sup>
  - *Ziekte van Pfeiffer.* Alleen voor deze infectie is een causaal verband aangetoond met een langer dan zes maanden durende vermoeidheid. In aansluiting aan de ziekte van Pfeiffer ontwikkelt ongeveer tien tot twintig procent van de patiënten CVS. Virusactiviteit en afweerreactie tegen het

virus van mensen die wel en mensen die geen CVS ontwikkelen, verschillen niet aantoonbaar.

- *Alledaagse infecties (luchtweginfecties, griep)*. Veel patiënten geven aan dat de klachten begonnen na een luchtweginfectie (verkoudheid, griep) of een darminfectie. Op groepsniveau kon echter geen relatie worden aangetoond tussen deze infecties en de kans op het ontwikkelen van CVS.
- *Andere infecties*. Na hepatitis C, Q-koorts en ziekte van Lyme wordt een relatief hoog percentage CVS waargenomen; vergelijkbaar met dat na de ziekte van Pfeiffer.
- *Acute psychologische stress*. Ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het sterven van een dierbare of verlating door een partner, kunnen CVS uitlokken. Hetzelfde geldt voor andere, al of niet aan arbeid gerelateerde, emotioneel belastende gebeurtenissen of situaties, zoals het gevoel niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen van anderen. De CVS-achtige klachten na rampen en oorlogshandelingen moeten wellicht ook in dit licht bezien worden.<sup>1</sup>

---

### 3.4 Instandhoudende factoren

- *Fysieke inactiviteit*. Bewegingsarmoede levert waarschijnlijk een belangrijke bijdrage aan de instandhouding van de klachten. Voor CVS na de ziekte van Pfeiffer is dit aangetoond.<sup>1</sup>
- *Periodieke overactiviteit*. Sommige CVS-patiënten zijn geneigd, zodra ze zich goed voelen, te veel te ondernemen met als gevolg toename van de vermoeidheid, toenemend malaisegevoel en pijn, en herstelproblemen.<sup>1</sup>
- *Somatische attributie*. Veel CVS-patiënten schrijven hun klachten toe aan strikt lichamelijke oorzaken. Somatische attributies kunnen leiden tot vermijding van lichamelijke activiteit en tot frequent doktersbezoek. Het idee dat men zelf geen invloed kan uitoefenen op de klachten, houdt deze in stand.<sup>1</sup>
- *Verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties*. Fysiologische signalen die men normaal negeert, kunnen onder stresserende omstandigheden leiden tot een verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties, waardoor deze als bedreigend ervaren worden. Deze bedreigende ervaring kan leiden tot een verheving van de vermoeidheidsklachten en tot gedrag dat beperkingen instandhoudt.<sup>1</sup> Het is echter niet zo dat de patiënten zich hun klachten inbeelden of dat zij hun klachten hierdoor bewust instandhouden. Voor de patiënt zelf is de waarneming een realiteit.
- *Gedrag van hulpverleners*. Er zijn aanwijzingen dat de benadering van de patiënt door artsen en andere zorgverleners, van invloed is op het instandhou-

den van CVS. Eenzijdige gerichtheid op somatische aspecten, bijvoorbeeld het overdreven vaak doen van lichamelijk onderzoek, of op psychologische aspecten, bijvoorbeeld het steeds weer onderstrepen van psychologische oorzaken, kan ertoe leiden dat patiënten zich niet (h)erkend voelen.<sup>1</sup> Onbegrip en ongelooft van de arts kunnen ertoe leiden dat een patiënt zich min of meer gedwongen voelt om te bewijzen dat hij ziek is. Door zijn klachten en beperkingen te accentueren versterkt hij echter de scepsis van de arts, met als gevolg een toenemend falende communicatie.

- *Sociale factoren.* Mensen in de omgeving van de patiënt kunnen zijn rol als zieke versterken door ziektegedrag en niet-functionele opvattingen te bevestigen.<sup>1</sup> Anderzijds kan de patiënt die in zijn omgeving op weerstand en onbegrip stuit, gedemoraliseerd raken en opstandig worden, hetgeen het ziektegedrag kan versterken.

Afgezien van bovengenoemde factoren kan de wijze waarop de werknemer zijn werksituatie en de relatie tussen zijn werk en zijn gezondheid percipieert, een rol spelen. Enkele percepties die herstel en werkhervatting kunnen belemmeren zijn:

- fysieke of mentale veeleisendheid van het werk
- 'stress' op het werk
- ontevredenheid over het werk
- een ervaren gebrek aan sociale steun op het werk, moeilijke verhoudingen met collega's en leidinggevenden
- toeschrijven van CVS aan een oorzaak in het werk, bijvoorbeeld aan overgevoeligheid voor of schadelijkheid van bepaalde stoffen.

---

## **3.5 Beloop**

---

### **3.5.1 Moeheidsklachten**

Vermoeidheid is een universeel en alledaags verschijnsel.<sup>10-12</sup> Huisartsen en bedrijfsartsen zien veel patiënten met moeheidsklachten. Slechts in een gering percentage zijn deze klachten de voorbode van CVS. Als er bij aanvang van de vermoeidheidsklachten geen specifieke aanknopingspunten voor een oorzaak zijn, is het gerechtvaardigd om de eerste maand een afwachtende houding aan te nemen en om leefadviezen met een algemeen karakter te geven.

Bij aanhoudende moeheid, tot zes maanden, ligt het accent op het uitsluiten van een specifieke oorzaak. Begeleiding is in dit stadium echter ook van belang. Voorlichting over de noodzaak om lichamelijk actief te blijven, zonder overbelasting, kan mogelijk chroniciteit voorkomen. Slechts een klein deel van de

---

patiënten met aanhoudende moeheid zal CVS ontwikkelen en ook de mensen die langer dan zes maanden moeheidsklachten hebben, voldoen lang niet allemaal aan de criteria voor CVS.

---

### 3.5.2 CVS

Het natuurlijk beloop van CVS in ons land is onderzocht bij drie groepen patiënten met verschillende klachtenduur. De observatietijden lopen vrij sterk uiteen, van zestien maanden tot ruim acht jaar. Verbetering wordt gesignaleerd bij twintig tot veertig procent van de patiënten. Bij 55 tot 80 procent blijft de toestand gelijk of treedt verdere verslechtering op. Minder dan tien procent van de patiënten herstelt spontaan zo ver dat ze weer functioneren als vroeger.<sup>1</sup> De kans op spontaan herstel na twee jaar is zeer gering. In andere landen zijn vergelijkbare getallen gevonden.<sup>11</sup>





---

## Diagnose en behandeling

---

### 4.1 Aandachtspunten

In het protocol wordt ervan uitgegaan dat ook bij een beoordeling na twee jaar ziekteverzuim niet in alle gevallen de diagnose CVS al gesteld is, terwijl wel sprake kan zijn van CVS. De reden hiervoor kan zijn dat sprake is van overschaduwende comorbiditeit of dat de klachten en symptomen aan andere somatische of psychische oorzaken worden toegeschreven.<sup>13</sup> Ook kan CVS ontstaan in een periode van arbeidsongeschiktheid die door een andere ziekte is veroorzaakt. Als de bedrijfsarts zijn oorspronkelijke diagnose niet evalueert en zonodig bijstelt, kan ook de verzekeringsarts op het verkeerde been gezet worden. Anderzijds dient de verzekeringsarts rekening te houden met de mogelijkheid dat de diagnose CVS ten onrechte gesteld is.

Als de verzekeringsarts weet of kan vermoeden dat er sprake is van CVS realiseert hij zich dat, zowel bij artsen als patiënten, verschillende opvattingen over dit syndroom bestaan die regelmatig aanleiding zijn voor controverses en dat dit zijn weerslag *kan* hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. Sommige artsen hebben weerstand tegen het stellen van de diagnose, ook uit vrees dat de diagnose een *self-fulfilling prophecy* wordt. CVS-patiënten hebben vaak een uitgesproken opvatting over de oorzaak van hun klachten en over de wijze waarop zij daar het beste mee om kunnen gaan. Het verschil in attributie van de klachten tussen de arts en betrokkene, bijvoorbeeld ‘lichamelijk onverklaard’ versus ‘als gevolg van een infectie’, kunnen een bron van onenigheid of irritatie vormen. In

---

het slechtste geval kan dat leiden tot een situatie waarin arts en patiënt elkaar proberen te overtuigen van het gelijk van het eigen standpunt.<sup>1,11,14,15</sup>

Neuropsychologisch onderzoek en methoden die beogen de functionele capaciteiten te meten zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij CVS van weinig waarde.<sup>1,16</sup>

### Twee typen patiënten

Globaal kunnen twee typen patiënten onderscheiden worden. Ten eerste zijn er de *relatief overactieve* of *fluctuerend actieve* patiënten. Dit zijn patiënten die vaak lichamelijk actief zijn of die periodiek actief zijn gedurende de dagen dat zij relatief weinig klachten hebben en die vervolgens een terugslag ervaren. Dit type patiënten kan de verzekeringsarts makkelijk op het verkeerde been zetten omdat hun gedrag ogenschijnlijk inconsistent is. Zij rapporteren goede en slechte dagen en/of vertellen dat zij na hun werkzaamheden nergens meer toe in staat zijn en naast hun werk een beperkt sociaal leven te leiden. De patiënten die alleenstaand zijn, of veel zorg aan anderen moeten geven, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, kunnen ook makkelijk de indruk wekken dat zij tot meer in staat zijn dan zij zeggen. Zij blijven die activiteiten verrichten die ondanks de klachten en beperkingen in hun omstandigheid noodzakelijk en niet te vermijden zijn. Voor de duidelijkheid dient vermeld te worden, dat het lichamelijke activiteitsniveau van deze patiënten gemiddeld lager is dan dat van gezonden en waarschijnlijk ook lager dan in de tijd voordat zij klachten kregen. Een ongecontroleerde, of gedwongen uitbreiding van lichamelijke activiteiten zal de klachten verergeren.

Het tweede type is dat van de *laagactieve* of *passieve* patiënten. Deze patiënten ondernemen door hun angst voor verergering van hun klachten zo weinig mogelijk. In potentie zijn hier meer mogelijkheden aanwezig. Voor deze groep is een geleidelijke uitbreiding van activiteiten wel zinvol. In veel gevallen is een professionele therapeutische begeleiding hiervoor noodzakelijk.

De praktijk leert dat het overgrote deel van de patiënten tot de relatief overactieve of fluctuerend actieve groep behoort. Het onderscheid is van belang voor zowel de behandeling en begeleiding als voor het inschatten van de belastbaarheid.

---

## 4.2 Diagnostiek

### Anamnese

De kwaliteit van het onderzoek is voor een belangrijk deel afhankelijk van de gespreksvaardigheid en een respectvolle houding van de arts. Hij vraagt niet uitsluitend naar klachten, symptomen en beperkingen, maar laat de verzekerde ook zijn eigen verhaal vertellen. De verzekeringsarts realiseert zich dat symptomen zeer divers van aard en ernst kunnen zijn, dat patiënten goede en slechte dagen kunnen hebben en dat er een grote variatie is in de wijze waarop zij met hun klachten en beperkingen omgaan. Het aantal symptomen dat de patiënt noemt, wordt sterk bepaald door de gesprekstechniek van de arts en is geen criterium voor de ernst van de stoornis. Als een patiënt concentratie- en geheugenstoornissen heeft, dan kunnen deze tijdens het gesprek vaak niet waargenomen worden. De beperkingen die hier het gevolg van zijn, kunnen wel tot uiting komen bij langdurige belasting en in andere situaties, waaronder het werk. Als de verzekeringsarts tijdens het onderzoek op grond van zijn waarnemingen van mening is dat er discrepanties of inconsistenties zijn in het gedrag of het verhaal van onderzochte, verdiept hij de anamnese op dit punt en bespreekt hij zijn bevinding met de cliënt.

### Lichamelijk onderzoek

Het al dan niet doen van gericht of algemeen lichamelijk onderzoek moet gebaseerd zijn op een afweging van de voor- en nadelen bij de patiënt in kwestie. De verzekeringsarts betreft bij zijn afweging dat lichamelijk onderzoek:

- de afstand tussen arts en patiënt kan verkleinen
- kan bijdragen aan het gevoel van de patiënt dat zijn problematiek serieus onderzocht wordt
- zinvol kan zijn om een specifieke lichamelijke oorzaak uit te sluiten, met name bij een korte ziekte duur
- somatische attributie kan versterken.

Zoeken naar spieratrofie en het laten verrichten van inspanning door de patiënt is niet zinvol bij CVS. Als bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden worden, dan is dat geen grond voor uitspraken die opgevat kunnen worden als: “Er is niets aan de hand”.

---

---

### 4.3 De CDC-94 definitie

De Amerikaanse *Centres for Disease Control* definieerden CVS in 1994 als volgt:

- Minstens 6 maanden aanhoudende of steeds terugkerende vermoeidheid waarvoor geen lichamelijke verklaring is gevonden en die
  - nieuw is, dat wil zeggen niet levenslang aanwezig
  - niet het gevolg is van voortdurende inspanning
  - nauwelijks verbetert met rust
  - het functioneren ernstig beperkt.
- In combinatie met vier of meer van de volgende symptomen, gedurende zes maanden aanhoudend of regelmatig terugkerend en die er niet waren vóór de vermoeidheid begon:
  - zelfgerapporteerde verslechtering van geheugen of concentratievermogen
  - keelpijn
  - gevoelige hals- of okselklieren
  - spierpijn
  - gewrichtspijnen
  - hoofdpijn
  - niet-verfrissende slaap
  - na inspanning gevoel van uitputting (malaise) gedurende 24 uur of langer.
- Exclusiecriteria:
  - een andere aandoening of ziekte die de vermoeidheid (vermoedelijk) verklaart
  - een psychotische of bipolaire depressie (een depressieve episode is geen exclusie criterium)
  - dementie
  - anorexia of bulimia nervosa
  - actueel alcoholmisbruik of gebruik van drugs
  - ernstig overgewicht.

Anorexia of boulimia nervosa waarvan de betrokkene langer dan vijf jaar hersteld is en misbruik van alcohol of drugs dat twee jaar of langer geleden gestopt is, gelden niet als exclusiecriteria. Van ernstig overgewicht is sprake bij een BMI groter dan 40.

In wetenschappelijk onderzoek wordt de CDC-94 definitie over het algemeen als de standaard beschouwd. In het individuele geval kan ook sprake zijn van CVS

---

als de klachten en symptomen niet geheel overeenkomen met deze criteria. Het belangrijkste kenmerk van CVS is een ernstige vermoeidheid, die tenminste zes maanden aanwezig is of steeds terugkeert, die betrokkene aanzienlijk beperkt in zijn dagelijks functioneren en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. In veel gevallen is daarnaast sprake van vertraagd herstel na inspanning, verspreide pijnklachten, klachten over de kwaliteit van het geheugen, de concentratie en de slaap, en een overgevoeligheid voor (hard) geluid. Ook genoemd worden problemen met temperatuurregeling, overgevoeligheid voor licht of geuren, allergieën en klachten als duizeligheid en misselijkheid.

---

#### **4.4 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit**

In de praktijk is er een grote overlap tussen CVS en fibromyalgie. Bij CVS staat vermoeidheid op de voorgrond, bij fibromyalgie de pijn.

Comorbiditeit in de vorm van psychische stoornissen of somatische aandoeningen sluit de diagnose CVS niet uit, maar maakt het stellen van de diagnose wel moeilijker. Bekend is dat tien tot dertig procent van de CVS-patiënten gelijktijdig een depressieve stoornis heeft. Bij vijfentwintig tot dertig procent van de CVS-patiënten is sprake van somatische comorbiditeit. De vraag die zich in het individuele geval voordoet is: zijn de gevonden chronische vermoeidheidsklachten secundair aan een chronische ziekte, of heeft de patiënt tevens CVS? Duidelijk is: de aanwezigheid van een andere ziekte beschermt niet tegen CVS en CVS beschermt niet tegen comorbiditeit.

Een viertal psychiatrische diagnoses die niet alleen van belang zijn voor differentiële diagnostiek, maar ook voor het vaststellen of uitsluiten van comorbiditeit, wordt in deze paragraaf kort besproken.

---

##### **4.4.1 *Depressieve stoornis***

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door twee kernsymptomen – depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier in bijna alle activiteiten (verlies van levenslust) – en zeven aanvullende symptomen. Bij depressie is vermoeidheid vaak een prominent aanwezig symptoom. Bruikbare vragen om op de kernsymptomen te screenen zijn:

- bent u somber, depressief, is uw stemming bedrukt?
- bent u uw interesse of plezier kwijt in (bijna) alles wat u doet?

Als kernsymptomen van een depressieve episode gelden deze symptomen alleen als ze tenminste twee aaneengesloten weken aanwezig zijn, het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Voor de diagnostiek van de depressieve stoornis wordt verder verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*.

Een depressieve of gedrukte stemming als reactie op bijvoorbeeld CVS hoeft nog niet te betekenen dat er ook sprake is van een depressie. Voor de differentiële diagnostiek is van belang dat in een depressieve episode het zelfvertrouwen en het zelfbeeld zijn aangetast.

Bij een depressieve stoornis die gepaard gaat met vermoeidheid blijft de diagnose depressieve stoornis (depressieve episode) behouden. Omgekeerd kan CVS wel gecompliceerd worden door een depressieve episode. In dat geval wordt de diagnose depressieve episode als comorbiditeit toegevoegd.

---

#### 4.4.2 *Somatisatiestoornis*

Een somatisatiestoornis wordt gekenmerkt door:<sup>17</sup>

- een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste jaar en een aantal jaren aanwezig, die geleid hebben tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren
- tenminste acht lichamelijke klachten in vier verschillende domeinen, te weten pijnklachten, gastro-intestinale symptomen, seksuele symptomen en pseudoneurologische symptomen
- een onvoldoende verklaring bij adequaat medisch onderzoek.

Bij een somatisatiestoornis zoeken mensen veelvuldig medische hulp met telkens nieuwe, niet te verklaren symptomen.

---

#### 4.4.3 *Angststoornissen*

Het herkennen van angststoornissen is moeilijk. Veel patiënten spreken, al of niet uit schaamte, niet spontaan over hun angst(en), maar presenteren vaak wisselende, onderling niet samenhangende klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, slaapstoornissen, lichamelijke klachten waaronder vermoeidheid. Voor de differentiële diagnose met CVS zijn de volgende angststoornissen het meest van belang: paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stresstoornis.<sup>7</sup>

---

De verzekeringsarts die een angststoornis vermoedt, moet daar gericht naar vragen. Bruikbare vragen zijn: voelt u zich angstig, heeft u onbestemde angstgevoelens, maakt u zich veel zorgen, heeft u wel eens paniekgevoelens?

Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.

---

#### 4.4.4 **Overspanning**

Diagnostische kenmerken van dit beeld zijn:

- ernstige *distress*-klachten: gevoelens van onmacht en demoralisatie
- niet in staat zijn normaal te functioneren; de patiënt heeft belangrijke (delen van) sociale rollen laten vallen
- er is een relatie met stress die het gevolg is van een belasting die de belastbaarheid overstijgt
- afgezien van spanningsklachten en eerdere overspanning, is er in de regel een voorgeschiedenis van normaal functioneren
- het beeld is niet toe te schrijven aan directe fysiologische effecten van een middel of van een somatische aandoening, aan rouw of aan een psychiatrische stoornis (anders dan een aanpassingsstoornis).

Bij overspanning worden de klachten ook door de patiënt in eerste instantie psychologisch geïdentificeerd. Bij CVS staan de lichamelijke klachten meer op de voorgrond. Desondanks is er in de symptomatologie een grote overlap. Beide categorieën patiënten kunnen de oorzaak van hun klachten bijvoorbeeld ook aan de arbeidsomstandigheden toeschrijven of aan andere situaties die als stresserend ervaren worden.

Voor nadere informatie over de diagnostiek, behandeling en prognose van overspanning wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning*.

---

### 4.5 **Behandeling**

---

#### 4.5.1 **Algemeen**

De arts-patiënt relatie is niet alleen van invloed op het diagnostische proces, maar ook op het verloop van CVS. Zowel het instrumentele handelen, als het affectief handelen van de arts bepaalt mede het beloop. Artsen dienen respect te hebben voor de opvattingen en de betekenisverlening van de patiënt en diens lij-

---

den te erkennen. Dat betekent: het verhaal van de patiënt centraal stellen, hem serieus nemen, actief luisteren en uitleg geven over de diverse kanten van vermoeidheid.<sup>1,11,14</sup>

Een gezamenlijk perspectief is een voorwaarde voor effectieve samenwerking tussen arts en patiënt. Het perspectief is herstel van autonomie en, als autonomie niet bereikbaar is, verlichting van het lijden. Tekortschietende communicatievaardigheden van artsen en stellige opvattingen van patiënten en hun organisaties over de etiologie en de behandeling kunnen dat gezamenlijke perspectief in de weg staan. Dit streven naar een gezamenlijk perspectief sluit een kritische en professionele houding van de arts ten aanzien van de oorzaak van de klachten en de effectiviteit van behandelingen niet uit.

Uitgangspunt bij de behandeling is niet rust, maar (geleidelijk) herstel van het functioneren op een haalbaar niveau. Rust zonder meer kan een eventuele neiging van de patiënt versterken om situaties te vermijden die hij als problematisch, of als de oorzaak van zijn klachten ervaart. Op die manier worden de stoornis en het proces van maatschappelijke marginalisatie in stand gehouden. Met deelname aan sociale activiteiten, waaronder werkhervatting, moet dan ook niet gewacht worden tot de patiënt volledig klachtenvrij is.<sup>1</sup>

Tot nu toe is alleen cognitieve gedragstherapie (CGT) met een speciaal voor CVS-patiënten ontwikkeld behandelprotocol bij een selecte groep patiënten aantoonbaar effectief gebleken.<sup>6,18,18</sup> Andere vormen van behandeling, zoals *spacing* zijn in onderzoek, maar eensluidende resultaten zijn nog niet bekend.

De effectiviteit van voedingssupplementen, teunisbloemolie, magnesiuminjecties en antidepressiva is onvoldoende onderzocht. Immunotherapie en langdurig rusten zijn niet werkzaam. Langdurig rusten houdt de vermoeidheid en bijkomende symptomen in stand houdt of verergert deze.

Een groot percentage patiënten met CVS consulteert of stelt zich (ook) onder behandeling van een alternatieve genezer.

---

#### 4.5.2 *Cognitieve gedragstherapie voor CVS-patiënten*

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een vorm van psychotherapie die ten doel heeft veranderingen aan te brengen in cognities en gedragingen van patiënten. Wil CGT bij CVS succesvol zijn, dan moet de deelname vrijwillig zijn. De volgende elementen maken altijd deel uit van CGT voor CVS:

- instructies/adviezen ten aanzien van het slaap-waakritme,
  - een programma voor de opbouw van lichamelijke activiteiten, bijvoorbeeld lopen of fietsen, waarbij rekening is gehouden met het onderscheid tussen de
-



twee typen patiënten: de relatief overactieve of fluctuerend actieve en de laag-actieve patiënten

- cognitieve herstructurering
- evaluatie van de behandelresultaten: de ernst van vermoeidheid en beperkingen dienen door middel van vragenlijsten bij aanvang en einde van de behandeling te worden vastgesteld.

Van de behandelaar wordt verwacht dat hij het model van instandhoudende factoren hanteert, dat hij (aspirant) lid is van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapie (VGCT) en dat hij verschillende CVS-patiënten in behandeling heeft. In de praktijk worden ook andere vormen van CGT dan CGT voor CVS toegepast. Deze blijken minder effectief of de effectiviteit is nog niet onderzocht.

CGT voor CVS is gericht op herstel. Dit houdt onder andere in dat er volgens de CDC-94 criteria geen sprake meer is van CVS en dat de vermoeidheidsklachten na de therapie niet meer afwijkend zijn van normaalwaarden. Werkhervatting is een van de behandeldoelen. Herstel impliceert niet in alle gevallen dat de patiënt weer tot het oude activiteitsniveau terugkeert of zijn werkzaamheden weer volledig op het oude niveau hervat. De behandeling duurt zelden langer dan zes tot acht maanden, de follow-up niet meegerekend.

Van alle patiënten die actief en op vrijwillige basis aan de therapie deelnemen meldt ongeveer zeventig procent na de behandeling geen klachten meer te hebben of aanzienlijk minder klachten dan voor de behandeling. Bij ongeveer dertig procent heeft de behandeling geen effect.<sup>1</sup> Het behandelresultaat blijkt duurzaam te zijn en is na vijf jaar nog aantoonbaar. Verslechtering van de gezondheidstoestand door CGT is nooit aangetoond. Er is geen relatie gevonden tussen de duur van de klachten vóórdat met de behandeling begonnen werd en de resultaten van de behandeling. Met andere woorden: de behandeling is ook voor patiënten die al lange tijd klachten hebben in de meeste gevallen succesvol.

De behandeling is intensief en vraagt veel van de patiënt. Als patiënten geen baat hebben bij de CGT of voortijdig stoppen, dan is dat in veel gevallen niet het gevolg van een verwijtbaar gebrek aan medewerking. CGT is niet voor elke patiënt een optie. Patiënten die in een beroepsprocedure verwickeld zijn, komen pas na afloop hiervan voor de behandeling in aanmerking.

Een reëel probleem is de beperkte beschikbaarheid van de specifiek op CVS gerichte CGT.

Omdat heterogeniteit door comorbiditeit bij CVS-patiënten niet volledig is uit te sluiten, dient de behandelaar aanvullende vormen van behandeling en begeleiding te overwegen.<sup>11,16,19,20</sup>

---



---

## Werkhervatting

---

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat adequate advisering gedurende de eerste twee ziektejaren van een werknemer bij wie na verloop van tijd de diagnose CVS wordt gesteld, lastig kan zijn. De aard van de klachten, de somatische attributies en andere cognities, het onvoorspelbare beloop van de vermoeidheid, de moeilijke differentiële diagnostiek en diagnostiek van comorbiditeit en de kwaliteit van de relatie met betrokkene spelen daarbij een rol.

Bij een werknemer die al langere tijd vermoeidheidsklachten heeft voordat hij zich ziek meldt en bij wie voldoende onderzoek naar de mogelijke oorzaak is gedaan, zullen advisering en begeleiding anders verlopen dan bij een werknemer die zich kort na het ontstaan van zijn vermoeidheidsklachten ziek meldt. Weer anders verloopt de begeleiding van een werknemer bij wie de vermoeidheidsklachten pas in de loop van de arbeidsongeschiktheid ontstaan. In het eerste geval kan de diagnose CVS al in een vroeg stadium bekend zijn en kan de begeleiding daarop worden afgestemd. In het laatste geval zal de diagnose pas na een zorgvuldige evaluatie gesteld kunnen worden.

Als de diagnose CVS met voldoende zekerheid gesteld is, zijn zowel de beoordeling van de functionele mogelijkheden als de beoordeling van onderhoudende en herstelbelemmerende factoren van belang. Uitgangspunt bij de begeleiding is dat activiteiten in veel gevallen mogelijk zijn. De wenselijke verdeling van activiteiten en rust moet individueel bepaald te worden.<sup>14</sup> Voor veel CVS-patiënten is het belangrijk om tijdens de werkzaamheden regelmatig rustpauzes in te lassen. Een volledige werkdag is dan niet altijd mogelijk. Een aantal werk-

---

nemers zal, als gevolg van de ernst van hun klachten en beperkingen, het werk in het geheel niet kunnen hervatten.

Uit onderzoek is gebleken dat bij werknemers met CVS die in eigen of ander werk re-integreerden, in 77 procent van de gevallen aanpassingen nodig waren.<sup>13</sup>

Het ging om de volgende aanpassingen:

- vermindering van het aantal gewerkte uren per week
- afstand doen van een leidinggevende functie
- toename van beeldschermwerkzaamheden
- verruiming van regelmogelijkheden
- verlaging kwantitatieve taakeisen
- toename van sociale steun.

De patiënten die werkten meldden vaak dat zij, wanneer ze hun energie moesten verdelen tussen werk enerzijds en privé en sociaal leven anderzijds, prioriteit gaven aan hun werk. Een deel van hen was na het werk zo vermoeid dat ze tot andere activiteiten niet meer in staat waren.

De praktijk leert ook dat afwisseling van fysieke en mentale inspanning een gunstige invloed kan hebben. Patiënten kunnen soms herstellen van mentale inspanning door het verrichten van lichte fysieke taken of door een stukje te gaan lopen. Verruiming van regelmogelijkheden kan daardoor gunstig zijn voor behoud van werk en werkhervatting.

---

## De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

---

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

---

### 6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij het CVS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de stoornis, de behandeling en de begeleiding. Hij doet dat in de wetenschap dat de mogelijkheid om werkzaamheden te kunnen verrichten in een groot aantal gevallen aanwezig is. Hij realiseert zich dat richtlijnen voor de behandeling van CVS ontbreken en dat de aangetoond effectieve behandelingen beperkt beschikbaar zijn, maar dat het van belang is dat alle betrokken zorgverleners en de bedrijfsarts eenzelfde beleid voeren en dat daarbij werkhervatting een van de doelen dient te zijn. Hij vormt zich een oordeel over de aanwezigheid van factoren die de klachten in stand kunnen houden en de wijze waarop daarmee rekening is gehouden. Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

De verzekeringsarts betreft de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.<sup>21</sup>

---

---

## 6.2 Functionele mogelijkheden

Bij de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van een werknemer met CVS geeft het protocol de verzekeringsarts houvast door, aansluitend bij het Gezondheidsraadadvies over CVS, vast te stellen dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is of, in de woorden van de minister van VWS in een brief aan de Tweede kamer: “een weliswaar onverklaarde, maar toch ernstige aandoening [...], die serieus genomen moet worden”.<sup>22</sup>

Omdat CVS een aandoening is die, per definitie, het functioneren ernstig beperkt (zie 4.3), is de vaststelling dat inderdaad van CVS sprake is, voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van groot belang. De verzekeringsarts realiseert zich dat het CVS weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat er op individueel niveau grote verschillen zijn, in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan. De beperkingen zijn in het algemeen zowel fysiek als cognitief van aard. Hij betreft zijn observaties en de visie van de cliënt in zijn beoordeling of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

Neuropsychologisch onderzoek en methoden die beogen de functionele capaciteiten te meten zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij CVS van weinig waarde.<sup>1,16</sup>

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met CVS zijn:

- Persoonlijk functioneren:
    - hoog handelingstempo
    - veelvuldige storingen, contacten met verschillende personen tegelijk
    - deadlines en productiepieken
    - langer durende mentale inspanning
    - verhoogd veiligheidsrisico.
  - Fysieke belasting:
    - tempodwang
    - energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
    - energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
  - Fysieke omgevingseisen:
    - geluid.
-

- Werktijden en verdeling van werkzaamheden en rust:
  - perioden per etmaal
  - uren per dag
  - uren per week
  - overige beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voor CVS-patiënten kan het van belang zijn fysieke en mentale werkzaamheden en rust regelmatig af te wisselen.

Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het Schattingsbesluit. In het algemeen zijn er echter wel benutbare mogelijkheden.

---

### **6.3 Te verwachten beloop**

De prognose van een al langere tijd bestaand CVS is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden:

- Indien CGT voor CVS heeft plaatsgevonden en na twee jaar is nog sprake van volledige arbeidsongeschiktheid, dan is de prognose niet gunstig.
- Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben bij adequate behandeling een relatief goede prognose.

Voorts betreft de verzekeringsarts in zijn beoordeling de instandhoudende factoren (3.4) en de mate waarin deze te beïnvloeden zijn.

---

### **6.4 Behandeling en begeleiding**

Indien betrokkene ten tijde van de beoordeling in CGT voor CVS is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij maakt een inschatting van het verdere beloop en plant een heronderzoek om het herstel te evalueren. Ook als de betrokkene niet in behandeling is, maar een opgaande lijn van herstel vertoont, plant de verzekeringsarts een heronderzoek op grond van het verwachte verdere beloop.

Indien betrokkene geen opgaande lijn van herstel vertoont of een behandeling volgt waarvan de effectiviteit niet is aangetoond en nog niet met CGT behandeld is, informeert de verzekeringsarts betrokkene over CGT voor CVS. Hij overlegt met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken? Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij

---

opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.



---

# Literatuur

---

- 1 Gezondheidsraad. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. De Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/02.
  - 2 van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, van Gelderen M, e.a. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 614-633.
  - 3 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). Huisarts Wet 2004; 47: 26-37.
  - 4 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
  - 5 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2003. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
  - 6 Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. Lancet 2006; 367: 346-355.
  - 7 Heim C, Wagner D, Maloney E, Papanicolaou DA, Solomon L, Jones JF e.a. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 1258-1266.
  - 8 Van Houdenhove B, Neerinx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P e.a. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. Psychosomatics 2001; 42: 21-28.
  - 9 Luyten P, van Houdenhove B, Cosyns N, van den Broeck A-L. Are patients with chronic fatigue syndrom perfectionistic-or were they? A case-control study. Personality and Individual Differences 2007; in press.
-

- 10 Sharpe M, Wilks D. ABC of psychological medicine: Fatigue. *BMJ* 2002; 325: 480-483.
- 11 Working Group of the Royal Australasian College of Physicians. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines--2002. *Med J Aust* 2002; 176 Suppl: S17-S56.
- 12 Cardol M, Bensing J, Verhaak P, De Bakker D. Moeheid: determinanten, beloop en zorg. Utrecht: NIVEL; 2005.
- 13 Blatter B, van den Berg R, van Putten D. ME/CVS en werk. Hoofddorp: TNO Arbeid; 2003.
- 14 CFS/ME Working Group. Report to the Chief Medical Officer of an Independent Working Group. 2002. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4064840](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4064840), 15-06-2006.
- 15 Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. Wat gaat er mis bij de (her)keuring van mensen met ME/CVS? Groningen: Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid; 2006.
- 16 Pardaens K, Haagdorens L, Van Wambeke P, Van den BA, Van Houdenhove B. How relevant are exercise capacity measures for evaluating treatment effects in chronic fatigue syndrome? Results from a prospective, multidisciplinary outcome study. *Clin Rehabil* 2006; 20: 56-66.
- 17 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 18 Chambers D, Bagnall AM, Hempel S, Forbes C. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *J R Soc Med* 2006; 99: 506-520.
- 19 van Houdenhove B. What is the aim of cognitive behaviour therapy in patients with chronic fatigue syndrom? *Psychother Psychosom* 2006; 75: 396-397.
- 20 Jonker K, van Hemert AM. Behandeling van patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150: 2067-2068.
- 21 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
- 22 Hoogervorst JF. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Den Haag, 9 juni 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 800, XVI, nr. 180.
-

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Lumbosacraal radiculair syndroom

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Lumbosacraal radiculair syndroom

---

---

---

# Verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom

---

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

Het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is het klinisch beeld dat wordt gekenmerkt door uitstralende pijn in het been of de bil, in het verzorgingsgebied van een of meer van de lumbosacrale zenuwwortels, al dan niet gepaard gaand met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). Het LRS gaat vaak samen met lage rugpijn. Dit is echter niet kenmerkend: de beenklachten staan op de voorgrond. Het beloop is in het algemeen gunstig.

---

## **A**      **Onderzoek**

---

### **1**      **Oriëntatie op aanwezige gegevens**

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens tracht de verzekeringsarts te achterhalen waarom herstel en werkhervatting gestagneerd zijn. Hij gaat na:

---

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
  - Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- Diagnostiek: (4.1)\*
  - Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld en door wie?
  - Is er overeenstemming over de diagnose(n) tussen de betrokken disciplines?
  - Is de werknemer bij onvoldoende herstel na zes tot acht weken door de huisarts naar een neuroloog verwezen?
  - Heeft nadere diagnostiek plaatsgevonden, zoals beeldvormend onderzoek?
  - Is sprake van comorbiditeit?
- Behandeling: (4.3)
  - Welke behandeling(en) heeft (hebben) plaatsgevonden?
  - Heeft de cliënt voldoende en juiste voorlichting gekregen over de aandoening, het te verwachten beloop en de mogelijke behandeling?
  - Zijn in de loop der tijd tegenstrijdige (behandel)adviezen gegeven? Zo ja, hoe is hierop gereageerd door de betrokkenen?
  - Indien operatieve behandeling heeft plaatsgevonden: wat was de indicatie?
  - Heeft de werknemer na de operatie deelgenomen aan een oefenprogramma?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
  - Kon de cliënt zich verenigen met de behandeladviezen?
  - Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij verwijzing en zijn de behandeladviezen opgevolgd?
  - Heeft de werknemer zelf (herhaald) aangedrongen op medisch-technisch onderzoek of operatieve behandeling zonder dat hiervoor een medische indicatie was?
  - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
  - Was in het werk sprake van factoren die het LRS kunnen doen toenemen of instandhouden, zoals tillen en dragen van lasten, veelvuldig buigen of draaien van de romp of lichaamstrillingen?
  - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

---

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

---

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
    - Is sprake van factoren bij de werknemer zelf of in diens omgeving die de re-integratie bemoeilijken?
    - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
  - Werkhervatting:
    - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
    - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
    - Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
    - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?
- 

## **2 Beoordelingsgesprek**

Als de verzekeringsarts weet dat er sprake is of is geweest van een LRS, realiseert hij zich dat de prognose van de uitstralende pijn in het been in het algemeen goed is. Paresen en gevoelstoornissen kunnen echter blijven bestaan. Een vertraagde re-integratie kan veroorzaakt worden door de resterende verschijnselen van het LRS, maar ook door de bijkomende lage rugpijn of door andere, bijvoorbeeld psychische of sociale, factoren.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
    - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk en persoonlijk en sociaal functioneren
    - de oorzaken van de klachten en van het uitblijven van herstel en (volle) werkhervatting
    - de mate waarin bewegen en belasten zijn gezondheid schaden
    - wat hij nog zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
    - de betekenis van betaalde arbeid in zijn levensplan
  - de lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
-

- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- de actuele herstelbelemmerende factoren in privé, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

---

### **3 Medisch onderzoek (4)**

Het medisch onderzoek bestaat uit anamnese en lichamelijk onderzoek en is gericht op:

- het toetsen en zo nodig zelf stellen van de juiste diagnose(n), inclusief comorbiditeit
- het bepalen van de ernst van de klachten en stoornissen.

De verzekeringsarts is alert op:

- lokalisatie van de pijn: wel of niet volgens een dermatomaal patroon?
- de aanwezigheid en ernst van paresthesieën
- houdingsafhankelijkheid van de pijnklachten
- (psychische) comorbiditeit.

---

### **4 Overleg met derden**

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

---

### **5 Onderzoek door derden**

De verzekeringsarts overweegt onderzoek door derden in geval van:

- gefundeerde twijfel over de diagnostiek, met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor de beoordeling van de belastbaarheid en de prognose
- gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelmogelijkheden.

---

## **B Beoordeling**

---

### **1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)**

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces.



- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

---

## **2 Functionele mogelijkheden (6.2)**

Twee jaar na het ontstaan van een LRS, waarbij geen comorbiditeit is aangetoond, zullen beperkingen van de functionele mogelijkheden vooral voortkomen uit de resterende neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen, te weten sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies en de blijvende gevolgen van een caudasyndroom (defecatie- en mictiestoornissen). Rugklachten die het functioneren beperken en die niet aanwijsbaar het gevolg zijn van een specifieke oorzaak dienen beschouwd te worden als specifieke lage rugpijn.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met een LRS zijn:

- aanpassing aan fysieke omgevingseisen
  - trillingsbelasting
- dynamische handelingen
  - getordeerd buigen en tillen
  - lopen, trappenlopen en klimmen
- statische houdingen
  - geknield of gehurkt actief zijn
  - zitten
  - staan tijdens het werk
  - gebogen en/of getordeerd actief zijn
- sociaal functioneren
  - specifieke voorwaarden in verband met mictie- en defaecatiestoornissen.

Paresen kunnen leiden tot beperkingen voor specifieke vormen van arbeid, bijvoorbeeld autorijden.

Beperkingen die niet of niet alleen het gevolg zijn van neurologische stoornissen, kunnen voortkomen uit comorbiditeit, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zoals chronische specifieke lage rugpijn.

---

## **3 Te verwachten beloop (6.3)**

- De prognose van langer bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen is ongunstig.
  - Voor de prognose van specifieke lage rugpijn na twee jaar ziekteverzuim wordt verwezen naar het desbetreffende protocol.
-

---

#### **4           Behandeling en begeleiding (6.4)**

- Als sprake is van reeds lang bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen, gaat de verzekeringsarts na of de functionele mogelijkheden door voorzieningen en aanpassingen nog kunnen verbeteren en overlegt en adviseert hij dienaangaande.
- Wanneer (volledige) re-integratie is uitgebleven door andere oorzaken dan de neurologische stoornissen van het LRS, bijvoorbeeld door een chronisch pijnsyndroom, specifieke lage rugpijn of door andere comorbiditeit, overlegt de verzekeringsarts met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie en zijn actuele onderzoeksbevindingen.
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

---

# Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom

---

1	Inleiding <i>61</i>
2	De aandoening <i>63</i>
2.1	Kenmerken <i>63</i>
2.2	Epidemiologie <i>64</i>
3	Ontstaan en beloop <i>65</i>
3.1	Ontstaan <i>65</i>
3.2	Risicofactoren <i>66</i>
3.3	Beloop <i>66</i>
4	Diagnose en behandeling <i>69</i>
4.1	Diagnose <i>69</i>
4.2	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit <i>71</i>
4.3	Behandeling <i>72</i>
5	Werkhervatting <i>75</i>

---

---

6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	77
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	77
6.2	Functionele mogelijkheden	78
6.3	Te verwachten beloop	79
6.4	Behandeling en begeleiding	79

---

Literatuur 81

---

# Inleiding

---

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Lumbosacraal radiculair syndroom* (LRS) biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met het LRS. Het behandelt in deel *A Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel *B Beoordeling* de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met LRS, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

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

Het protocol sluit aan bij de *NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom*, het Gezondheidsraadadvies *Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom*, de *Consensus Het lumbosacrale radiculair syndroom* van het CBO, de richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten* van de NVAB, de *NHG-Standaard Aspecifieke lage rugpijn*, de multidisciplinaire Richtlijn *Aspecifieke lage rugklachten* van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn*.<sup>1-7</sup> De herziening van de *Consensus Het lumbosacrale*

---

*radiculaire syndroom* uit 1995, die thans gaande is, zal mogelijk aanleiding kunnen geven tot aanpassingen van het protocol.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Lumbosacraal radiculair syndroom* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

---

## De aandoening

---

### 2.1 Kenmerken

Het LRS is het klinisch beeld dat wordt gekenmerkt door uitstralende pijn in het been of de bil, in het verzorgingsgebied van een of meer van de lumbosacrale zenuwwortels, al dan niet gepaard gaand met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuw-wortel(s). De uitvalsverschijnselen (sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies, reflexafwijkingen of mictiestoornissen) worden toegeschreven aan compressie en/of tractie van de geïrriteerde wortel.

Eén van de vormen die het LRS kan aannemen is het cauda equinasyndroom of, kortweg, caudasyndroom. Het caudasyndroom ontstaat door motorische of sensibele uitval in meer dan één segment vanaf S1 ('rijbroek-anesthesie') en kan gepaard gaan met incontinentie voor urine of feces.

Het LRS dient onderscheiden te worden van andere klinische beelden waarbij de pijn niet radicaal van aard is, dat wil zeggen: niet uitstraalt in het verzorgingsgebied van een of meer zenuwwortels. Wanneer de pijn niet duidelijk uitstraalt in een of meer dermatomen, kan de diagnose LRS alleen gesteld worden als er sprake is van duidelijke tekenen van prikkeling van de aangedane zenuwwortel(s) (positieve test van Lasègue) of neurologische uitvalsverschijnselen.

Een LRS wordt meestal veroorzaakt door een discushernia (hernia nucleipulposi (HNP)), door een vernauwing van het wervelkanaal (kanaal- of spinale

---

stenose) of van een zenuwwortelkanaal (laterale stenose) of door een combinatie hiervan. Zeldzame oorzaken van het LRS zijn spondylolisthesis, inzakkingsfractuur, goed- en kwaadaardige tumoren en ontsteking van de zenuwwortel (radiculitis), zoals die kan voorkomen bij diabetes mellitus, herpes zoster, lues en de ziekte van Lyme. Het LRS ten gevolge van deze zeldzame oorzaken komt in het protocol en deze toelichting alleen ter sprake waar het gaat over diagnostiek. Daarbij is het uitgangspunt dat de diagnostiek van deze zeldzame oorzaken niet tot de competentie van de verzekeringsarts behoort. Voor het overige is het protocol geheel gewijd aan het LRS als gevolg van een HNP of vernauwingen in en rond het wervelkanaal.

Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie van LRS wordt gebruik gemaakt van de volgende CAS-code: L621 Hernia lage rug (HNP L4-L5/L5-S1).

---

## 2.2 Epidemiologie

Over de frequentie van nieuwe gevallen van LRS in de huisartsenpraktijk in Nederland zijn geen betrouwbare gegevens bekend. De incidentie van de door de huisarts gestelde diagnose ‘lage rugpijn met uitstraling’ is negen per duizend patiënten per jaar. Hierbij gaat het waarschijnlijk bij een (onbekend) deel van de gevallen om niet-radiculaire pijn en niet om het LRS.<sup>1</sup> Bij mannen wordt de diagnose ‘lage rugpijn met uitstraling’ bijna even vaak gesteld als bij vrouwen. De incidentie neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie van 45 tot 64 jaar, namelijk zestien per duizend patiënten per jaar. Na het 65<sup>e</sup> levensjaar ligt de incidentie rond de elf per duizend personen per jaar. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is vijftien per duizend patiënten en vertoont dezelfde trend naar leeftijd als de incidentie.

In 2004 werd bij 2,7 procent van de instroom in de WAO, dat wil zeggen in 1 359 gevallen, ‘Hernia lage rug’ als eerste diagnose genoemd.\*

---

\* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071 personen) van de totale WAO-instroom, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren

---



---

## Ontstaan en beloop

---

### 3.1 Ontstaan

Op het eerste gezicht lijkt het LRS een eenvoudig mechanisch probleem: compressie van een zenuwwortel door discushernia of kanaalvernauwing geeft aanleiding tot uitstralende pijn, die soms gepaard gaat met motorische en sensibele uitvalsverschijnselen. De echte pathogenese is echter ingewikkelder en nog niet geheel opgehelderd. Tractie aan een intacte zenuwwortel veroorzaakt paresthesiën, maar geen radicaire pijn. Pijn is alleen op te wekken door tractie of compressie van een reeds uitgerekte, gecompriëerde of gezwollen wortel.<sup>2</sup> Uit beeldvormend onderzoek tijdens de fase van radicaire prikkeling én na herstel (spontaan of na operatie) blijkt dat de omvang van de hernia vaak niet waarneembaar afgenomen is. Kennelijk kan de irritatie van de zenuwwortel afnemen, terwijl de mechanische omstandigheden rond de wortel nauwelijks veranderen. Bij gezonde mensen, zonder LRS en zonder rugklachten, worden met MRI-onderzoek in een aanzienlijk percentage – in de verschillende onderzoeken variërend van twintig tot ruim vijftig procent – verschillende soorten discusafwijkingen gevonden, uiteenlopend van protrusie tot hernatie. Ook blijkt dat een discushernia slechts bij ongeveer een derde van de geopereerde patiënten de enige oorzaak is voor de uitstralende pijn. Het gaat vaak om wisselende combinaties van een discushernia, spondylartrose, facetgewrichthypertrofie en verdikking van het ligamentum flavum. Bij een vernauwd wervelkanaal kan een kleine

---

discusprotrussie al voldoende zijn om een symptomatische wortelcompressie te veroorzaken.

---

### 3.2 Risicofactoren

Niet beïnvloedbare risicofactoren voor het ontstaan van het LRS zijn leeftijd en lichaamslengte.<sup>2</sup> De incidentie van het LRS stijgt tot het 65<sup>e</sup> jaar en neemt nadien weer af. Bij vrouwen is een lichaamslengte van meer dan 169 centimeter een risicofactor, bij mannen een lengte van meer dan 180 centimeter.

Tot de beïnvloedbare risicofactoren behoren sommige vormen van fysieke belasting.<sup>2,4</sup> In verschillende onderzoeken is een relatief hoge incidentie van LRS gevonden bij werknemers in ongeschoolde beroepen en in beroepen met zwaar lichamelijk werk. Frequent tillen van zware lasten is een risicofactor, vooral als het gepaard gaat met draaiing van de romp. Frequent vooroverbuigen in combinatie met een draaiing van het lichaam lijkt eveneens de kans op een LRS te verhogen. Er is ook een positief verband gevonden tussen LRS en het rijden op een tractor of langdurig autorijden. De huidige kennis is echter nog te beperkt om duidelijke richtlijnen voor preventie van het LRS te kunnen formuleren.

De bevindingen omtrent mannelijk geslacht, lichamelijke conditie en roken als mogelijke risicofactoren voor het ontstaan van het LRS zijn niet eenduidig.

---

### 3.3 Beloop

Goed onderzoek in de algemene bevolking of in de huisartsenpraktijk naar het natuurlijk beloop van het LRS en naar de factoren die dit beloop beïnvloeden, is schaars. Geschat wordt dat zestig procent van de patiënten na drie maanden in werk of vrije tijd geen beperkingen meer ervaart. Naar schatting vijf procent van de patiënten ontwikkelt een progressieve uitval.<sup>2</sup>

Hoewel het natuurlijk beloop van de prikkelings- en uitvalsverschijnselen bij het LRS in het algemeen gunstig is, blijven bij een klein deel van de patiënten restverschijnselen bestaan. De prognose van deze langer bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen is ongunstig.

Patiënten met LRS hebben een grotere dan normale kans om naast of na het LRS chronische aspecifieke lage rugpijn te ontwikkelen. Deze rugklachten dienen niet als onderdeel of restverschijnsel van het LRS beschouwd te worden, maar als een aparte klacht.

Een van de mogelijke verklaringen voor het ontstaan van chronische aspecifieke lage rugpijn bij LRS is dat angst voor invaliditeit of onherstelbare beschadiging van de rug patiënten in een vicieuze cirkel van inactiviteit en rugklachten

kan brengen. Deze verklaring is echter nog niet door onderzoek bij LRS-patiënten onderbouwd. Een andere mogelijke verklaring is dat zich als gevolg van langer aanhoudende radicaire pijn overgevoeligheid van het zenuwstelsel voor prikkeling (sensitisatie) ontstaat, zodat zich een chronisch pijnsyndroom ontwikkelt.<sup>8</sup>



---

## Diagnose en behandeling

---

### 4.1 Diagnose

In de eerste lijn wordt de diagnose LRS op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek gesteld. De huisarts zal de diagnose in het algemeen aan de hand van de kenmerkende symptomen al in een vroeg stadium stellen. Dat neemt niet weg dat de verzekeringsarts in de diagnostiek een belangrijke rol kan spelen. De diagnose kan gemist zijn, of de aandoening die aanvankelijk op goede gronden was gediagnosticeerd, kan in de loop van de tijd evolueren, zodat een nieuwe beoordeling gewenst is. Ook kan het LRS ontstaan in de loop van arbeidsverzuim dat door een andere ziekte veroorzaakt werd.

---

#### 4.1.1 Anamnese

Het LRS wordt gekenmerkt door radicaire pijn, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). Typisch voor de meest voorkomende radicaire pijn is dat deze uitstraalt in één been. De pijn is scherp (stekend, prikkend) van karakter. Ook kunnen er klachten zijn van dove, gevoelloze of koude plekken en tintelingen, of van krachtsverlies in voetheffers of kuiten. De radicaire pijn is vaak houdingsafhankelijk en de patiënt kan de plaats van de pijn meestal goed aangeven. De lokalisatie van de radicaire pijn verschilt per aangedane zenuwwortel (uitstraling volgens dermatomaal patroon):

---

- L4: frontolateraal bovenbeen en knie, anteromediaal onderbeen naar mediale malleolus en binnenzijde voet en grote teen
- L5: posterolaterale zijde van de heup, via laterale zijde knie naar scheenbeen en boven- en onderzijde mediale deel voet, inclusief eerste tot en met vierde teen
- S1: gluteaalstreek, via dorsale zijde bovenbeen naar dorsolaterale zijde onderbeen en boven- en onderzijde laterale voetrand, inclusief kleine teen.\*

In negentig procent van de gevallen zijn de wortels van L5 of S1 aangedaan en straalt de pijn uit tot onder de knie. Indien de uitstralende pijn beperkt blijft tot gluteaalstreek, bovenbeen of lies kan er sprake zijn van een hooglumbaal radiculair syndroom (L1 tot en met L4).

Belangrijk is dat rugpijn, indien aanwezig, niet op de voorgrond staat: de rugpijn wordt overvleugeld door pijn in het been. In het meest typische geval verergert de pijn in het been bij hoesten, niezen of persen. Toename van de pijn in de rug bij hoesten, niezen of persen heeft voor het LRS geen diagnostische betekenis. Incontinentie voor urine of feces is een ernstig symptoom, maar komt zelden voor.

Wanneer het LRS veroorzaakt wordt door een wervelkanaalstenose of een recessus-lateralisstenose is er vaak sprake van een afwijkend klachtenpatroon en van een afwijkend beloop. Dit komt het meest voor bij mensen boven de 50 jaar, waarbij de vernauwing een gevolg is van degeneratieve veranderingen van de wervelkolom. Het meest kenmerkende klachtenpatroon is dat van de neurogene claudicatio. Tijdens het lopen ontstaan dan proximaal beginnende pijn en soms neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen *in beide benen*. De klachten verminderen niet bij stilstaan, zoals bij perifere arteriële vaatandoeningen, maar bij het aannemen van een houding waarbij de lumbale wervelkolom geflecteerd wordt (zitten, voorovergebogen staan, hurken en fietsen). Het klachtenbeloop is meestal intermitterend. De uitstralende pijn volgt vaak een dermatomaal patroon, maar is in het algemeen minder heftig dan bij een discushernia. Bij onderzoek is de proef van Lasègue vaak negatief.

Bij de diagnostiek van het LRS zullen huisarts en bedrijfsarts alert zijn op zeldzame, soms ernstige oorzaken van de symptomen. Signalen daarvoor zijn onder andere: begin van de klachten boven het vijftigste levensjaar, uitgebreide neurologische verschijnselen, algemene malaise, maligniteit in de voorgeschie-

---

\* Een illustratie van de dermatomen is onder meer te vinden in de richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten* van de NVAB.<sup>4</sup>

denis en onverklaard gewichtsverlies. Bij het vermoeden van een ernstige of zeldzame oorzaak van het LRS zal de huisarts naar een neuroloog verwijzen.

---

#### 4.1.2 *Lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek en verwijzing*

Bij het lichamelijk onderzoek wordt nagegaan of de pijn een kenmerkend dermatomaal patroon volgt. Het belangrijkste deel van het lichamelijk onderzoek is de proef van Lasègue.\* Als anamnestic sprake is van krachtsverlies of sensibiliteitsstoornissen kan hiernaar onderzoek worden gedaan. De kracht kan getest worden door het lopen op de hakken of de tenen en het testen van de kracht bij extensie van de grote teen tegen weerstand. De kniepeesreflex kan verlaagd zijn bij prikkeling van de wortel L4, de achillespeesreflex bij het radiculair syndroom S1. Compressie van de wortel van L5 leidt niet tot verlaagde reflexen. De diagnostische waarde van het onderzoek naar reflexen en sensibiliteit is in de praktijk beperkt.

Aanvullend, met name beeldvormend, onderzoek wordt alleen aangeraden als er een vermoeden is van een van de meer zeldzame oorzaken van het LRS, zoals een maligniteit. Aanvullend onderzoek is het terrein van de specialist.

---

### 4.2 **Differentiële diagnostiek en comorbiditeit**

---

#### 4.2.1 *Niet radiculair uitstralende pijn*

Bij niet-radiculaire uitstralende pijn, of *referred* pijn, verloopt de uitstraling niet volgens het verzorgingsgebied van een of meer ruggenmergwortels. Kenmerken van niet-radiculaire uitstralende pijn zijn: uitstraling vaker in beide benen, niet volgens dermatomaal patroon maar diffuus over liezen, heupen, gluteaalstreek en achterzijde bovenbeen, niet voorbij de knie, dof en de patiënt kan de plaats van de pijn niet goed aangeven.

Bij niet-radiculair uitstralende pijn kan bijvoorbeeld sprake zijn van:

- aspecifieke lage rugpijn
- tumoren
- ontstekingsprocessen
- coxartrose

---

\* Proef van Lasègue: De patiënt ligt op de rug en houdt het aangedane been passief, terwijl de onderzoeker het optilt, met vermijding van rotatie, ab- en adductie in de heup. De proef is positief als deze manoeuvre binnen een bepaalde hoek die het gestrekte been met de ondergrond maakt, gepaard gaat met (een verergering van) de uitstralende pijn tot onder de knie. Hoe kleiner de hoek waarbij de patiënt de pijn aangeeft, hoe groter de kans op een LRS. De grenswaarde ligt ongeveer bij 60 à 70 graden.

---

- klachten uitgaande van het sacroiliacaal gewricht
- bursitis trochanterica.

Er kan ook sprake zijn van comorbiditeit van een van de hiervoor genoemde aandoeningen en het LRS ten gevolge van een andere oorzaak.

---

#### 4.2.2 *Perifeer vaatlijden*

Pijn in een of beide benen bij lopen kan ook optreden als gevolg van perifeer arteriële aandoeningen (vasculaire claudicatio). Een belangrijk verschil met de neurogene claudicatio is het verdwijnen van de pijn bij stilstaan. Andere kenmerken van vasculaire claudicatio zijn: de pijn begint distaal en in het algemeen na een vaste loopafstand, arteriële pulsaties zijn afwezig of zwak.

---

### 4.3 **Behandeling**

Uitgangspunt van de behandeling van het LRS in de eerste lijn is dat het natuurlijke beloop in het algemeen gunstig is. Voorlichting, begeleiding en pijnstilling zijn vaak voldoende.<sup>9,10</sup> De huisarts verwijst met spoed naar een neurochirurg bij een vermoeden van een cauda-equinasyndroom, bij een acuut ontstane ernstige parese en bij een in de loop van enkele dagen progressieve parese.<sup>1</sup>

---

#### 4.3.1 *Voorlichting en begeleiding*

Adequate informatie en vertrouwen in de begeleiding kunnen de angst en onzekerheid wegnemen en de pijn doen afnemen. Angst en onzekerheid (*distress*) zijn belangrijke oorzaken van het chronisch worden van klachten en beperkingen. De patiënt wordt geïnformeerd over de waarschijnlijke oorzaak van zijn klachten en over het natuurlijke beloop. De voorlichting behelst ook dat na het verdwijnen van de radicaire pijn uitvalsverschijnselen en tegelijkertijd aanwezige rugklachten nog geruime tijd kunnen blijven bestaan. In de acute fase wordt de patiënt geadviseerd om zoveel als de klachten toelaten te blijven bewegen en dagelijkse activiteiten te blijven verrichten. Bedrust wordt niet geadviseerd omdat dit het genezingsproces niet versnelt, maar als de klachten door bedrust duidelijk minder worden, kan de patiënt daar de eerste weken wel gedoseerd gebruik van maken. De activiteiten worden zo spoedig mogelijk stapsgewijs uitgebreid, op geleide van de pijn en de stoornissen. Als de patiënt een meer intensieve en activerende begeleiding nodig heeft, kan hij hiervoor naar een fysiotherapeut verwezen worden. Er zijn geen aanwijzingen dat één specifieke

---



behandeling de voorkeur verdient.<sup>9</sup> Bij een wervelkanaalstenose zijn adviezen en behandeling gericht op het aanpassen van houding, staan en lopen, hetgeen beperkingen in het werk kan geven.<sup>1</sup>

Pijnbestrijding bij het LRS is erop gericht de patiënt zijn dagelijkse activiteiten te laten hervatten dan wel uitbreiden. Omtrent de effectiviteit van pijnmedicatie bij het LRS bestaat nog onduidelijkheid. De pijn kan soms zo ernstig zijn, dat ook morfine onvoldoende verlichting geeft. In dat geval zal de huisarts verwijzen voor vaststelling van de indicatie tot operatie.

Na de acute fase worden de activiteiten in zes tot twaalf weken tijdcontingent uitgebreid tot het oude niveau. Onvoldoende vooruitgang na zes tot acht weken is een reden om te verwijzen met de vraag of er een operatie-indicatie is.

---

#### 4.3.2 *Chirurgische behandeling*

De *NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom* adviseert de huisarts om naar een neuroloog (bij voorkeur), neurochirurg, of orthopedisch chirurg te verwijzen voor het vaststellen van een operatie-indicatie als er sprake is van onbeheersbare radiculare pijn en als na zes tot acht weken ondanks conservatieve behandeling de pijn en hinder onvoldoende zijn afgenomen. Bij operatie zijn vermindering van de pijn en behoud of herstel van het dagelijks functioneren belangrijke behandeldoelen. Het is niet aangetoond dat de prognose van een parese door operatief ingrijpen verbetert. Om die reden is een ernstige of progressieve parese een relatieve indicatie voor operatie. Een absolute indicatie voor operatie is er bij een cauda equinasyndroom.

Het resultaat van de chirurgische behandeling ten aanzien van de radiculare pijnklachten is in het algemeen goed. De aanvankelijke verschillen tussen geopereerde en conservatief behandelde patiënten verdwijnen echter in de loop van vier tot tien jaar.<sup>11</sup> Het wegnemen van rugpijn is geen doel van de operatie.



---

## Werkhervatting

---

Het beleid van zowel huisarts als bedrijfsarts zal bij een LRS, als er geen indicatie voor verwijzing is, in het algemeen gericht zijn op een stapsgewijze uitbreiding van activiteiten. Het is niet nodig om met werkhervatting te wachten tot de klachten zijn verdwenen. In de beginfase kunnen de pijnklachten wel zo ernstig zijn dat dit de werkhervatting belemmert. Als de vooruitgang goed is, kunnen de fysieke activiteiten in zes tot twaalf weken worden uitgebreid tot het oude niveau.

Indien een patiënt met een LRS verwezen is, dient bij de advisering ten aanzien van werkhervatting rekening gehouden te worden met de diagnostiek en behandeling in de tweede lijn. Uitgangspunt is dat ook na een chirurgische interventie al snel begonnen kan worden met het opbouwen van activiteiten. Er is geen reden om werkhervatting na een operatie langdurig uit te stellen.<sup>4,12</sup> Oefen- of revalidatieprogramma's na de operatie kunnen herstel en werkhervatting bevorderen. Er zijn geen aanwijzingen dat een specifieke behandeling de voorkeur verdient. Intensieve oefeningen zijn niet schadelijk voor het herstel en heroperaties komen hierbij niet vaker voor dan bij minder intensieve reactivering. Rekening houdend met de stoornissen en beperkingen, mogen na een operatie op termijn alle werkzaamheden weer verricht worden. Begeleiding door een (bedrijfs)fysiotherapeut kan in voorkomende gevallen een goede ondersteuning bieden, met het oog op zowel de geleidelijke uitbreiding van activiteiten als de noodzakelijke aanpassingen.

---

Patiënten met lichte restverschijnselen kunnen soms toch aanzienlijke beperkingen houden voor specifieke werkzaamheden, terwijl deze stoornissen gemakkelijk over het hoofd gezien kunnen worden.<sup>13</sup> Lichte paresen of sensibiliteitsstoornissen manifesteren zich niet aan het begin van de dag of als de patiënt op de dag van het onderzoek geen belastend werk heeft gedaan, maar wel in de loop van de dag of na belasting, bijvoorbeeld na langere tijd staan of autorijden.

Voor de re-integratie is het van belang dat de werkzaamheden (tijdelijk) worden aangepast en dat de werkgever de werknemer de gelegenheid geeft om geleidelijk terug te keren. Uitbreiding van de werkzaamheden kan tijdcontingent plaatsvinden.

Bij stagnatie van herstel en werkhervatting moet, behalve met specifieke oorzaken, rekening gehouden worden met de mogelijkheid van een (beginnend) chronisch pijnsyndroom. Voor zover chronische aspecifieke lage rugpijn een rol speelt, zij verwezen naar het desbetreffende protocol.<sup>7</sup>

---

## **De verzekeringsgeneeskundige beoordeling**

---

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met het LRS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

---

### **6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis**

Bij een langdurig bestaand LRS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de oorzaken van de stagnatie in het herstelproces, in de wetenschap dat bij een adequate begeleiding de overgrote meerderheid van deze werknemers binnen drie maanden weer aan het werk is en dat ook operatieve behandeling een spoedige werkhervatting in het algemeen niet in de weg staat.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.<sup>14</sup>

Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

---

## 6.2 Functionele mogelijkheden

De meeste patiënten zullen twee jaar na het ontstaan van een LRS hiervoor niet meer intensief behandeld of begeleid worden. In de loop der tijd kunnen zij inadequate voorstellingen ontwikkeld hebben omtrent hun klachten en stoornissen, bijvoorbeeld dat bewegen en belasten schadelijk is of dat een restparese en sensibiliteitsstoornissen symptomen zijn van een actief LRS. Hierdoor kunnen naast fysieke beperkingen ook beperkingen zijn ontstaan op het gebied van het persoonlijk en sociaal functioneren

De verzekeringsarts is alert op inconsistenties in de anamnese, bijvoorbeeld wisselende lokalisaties of niet-dermatomale uitstraling van de pijn en een constante niet bewegings- of houdingsafhankelijke pijn, en op aanwijzingen dat de werknemer nog steeds zoekt naar een medische oplossing voor een blijvende stoornis.

Als er na twee jaar alleen sprake is van een LRS, zonder comorbiditeit, dan zullen beperkingen van de functionele mogelijkheden vooral voortkomen uit de resterende neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen, te weten sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies en de eventuele blijvende defecatie- en mictiestoornissen ten gevolge van een cauda equinasyndroom.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werknemer met een LRS zijn:

- aanpassing aan fysieke omgevingseisen
  - trillingsbelasting
- dynamische handelingen
  - getordeerd buigen en tillen
  - lopen, trappenlopen en klimmen
- statische houdingen
  - geknield of gehurkt actief zijn
  - zitten
  - staan tijdens het werk
  - gebogen en/of getordeerd actief zijn
- sociaal functioneren
  - specifieke voorwaarden in verband met mictie- en defecatiestoornissen.

Paresen kunnen leiden tot beperkingen voor specifieke vormen van arbeid, bijvoorbeeld autorijden.

Beperkingen die niet of niet alleen het gevolg zijn van neurologische stoornissen, kunnen voortkomen uit comorbiditeit, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zoals chronische aspecifieke lage rugpijn.

---

### **6.3 Te verwachten beloop**

Twee jaar na het begin van het LRS valt geen neurologisch herstel meer te verwachten. In de praktijk blijkt soms nog wel enig functieherstel op te treden. Waarschijnlijk is dan sprake van compensatie van de stoornis door functies die intact gebleven zijn.

---

### **6.4 Behandeling en begeleiding**

Specifieke behandelingen gericht op herstel van neurologische stoornissen die twee jaar na het begin van het LRS nog bestaan, zijn niet voorhanden. Dat neemt niet weg dat er mogelijkheden kunnen zijn om de functionele mogelijkheden te verbeteren, bijvoorbeeld voorzieningen en aanpassingen. Als dat het geval is overlegt en adviseert de verzekeringsarts dienaangaande.

Als (volledige) re-integratie is uitgebleven door andere oorzaken dan de neurologische stoornissen van het LRS, bijvoorbeeld door een chronisch pijnsyndroom, aspecifieke lage rugpijn of andere comorbiditeit, overlegt de verzekeringsarts met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie en zijn actuele onderzoeksbevindingen.

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





---

# Literatuur

---

- 1 Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo RW, Spinnewijn WEM e.a. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom, eerste herziening. Huisarts Wet 2005; 48: 171-178.
  - 2 Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 1999: 1999/18.
  - 3 Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Consensus Het lumbosacrale radiculaire syndroom. Resultaat van een consensusbijeenkomst, gehouden op vrijdag 9 juni 1995 te Utrecht. Utrecht: CBO; 1995.
  - 4 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. Utrecht: NVAB; 2006.
  - 5 Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, e.a. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn, eerste herziening. Huisarts Wet 2005; 48: 113-123.
  - 6 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2003.
  - 7 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/15.
  - 8 Snijders TJ, Ramsey NF, van Gijn J. [Functional imaging of the brain in the investigation of chronic unexplained pain]. Ned Tijdschr Geneeskd 2007; 151(8): 461-465.
  - 9 Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, Van Os TAG, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome. A systematic review. In: Luijsterburg, PAJ. Evidence based handelen bij het lumbosacraal radiculair syndroom [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2006.
-

- 10 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD001254.
- 11 Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the maine lumbar spine study. *Spine* 2005; 30(8): 927-935.
- 12 Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G, Kerckhoffs MR, Leffers P, van Tulder MW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2): CD003007.
- 13 Braakman R, Blaauw G, Gelpke GJ, Singh R, Slebus F. Effect van operatie op neurologische uitval door een lumbosacraal radiculair syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2619-2623.
- 14 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.

---

A Adviesaanvraag

B Commissie

C Commentaren

---

## Bijlagen



---

## **Adviesaanvraag**

---

Op 19 januari 2005 schreef de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

---

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandel mogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is. Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

---

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgvactiteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
w.g. mr. A.J. de Geus





---

## Commissie

---

Als commissie voor dit advies fungeren

- de werkgroep Chronische-vermoeidheidssyndroom en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom*
- de werkgroep Lumbosacraal radiculair syndroom en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Lumbosacraal radiculair syndroom*.

---

### Werkgroep Chronische-vermoeidheidssyndroom

- prof. dr. W.A.B. Stalman, *voorzitter*  
hoogleraar huisartsgeneeskunde; decaan en lid Raad van Bestuur Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam
  - prof. dr. G. Bleijenberg  
hoogleraar medische psychologie; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
  - dr. C.F. Dagnelie  
huisarts; Universitair Medisch Centrum Utrecht
  - dr. Y.A. van Duivenboden  
oud-medewerker Gezondheidsraad, Leiden
  - D. Holtkamp  
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Utrecht
-

- prof. dr. B. Van Houdenhove  
hoogleraar psychiatrie; Universitaire Ziekenhuizen Leuven
- dr. I.J. Kant  
epidemioloog; Universiteit Maastricht
- N. van Lutesburg  
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Haag
- prof. dr. J.W.M. van der Meer  
hoogleraar inwendige geneeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- dr. J.N.D. de Neeling  
epidemioloog; Gezondheidsraad, *adviseur*
- dr. A.N.H. Weel  
bedrijfsarts; Gezondheidsraad, *secretaris* (tot 1 mei 2006)
- mr. F.M. Westerbos  
arts, Gezondheidsraad, *secretaris* (vanaf 1 mei 2006)

---

### **Werkgroep Lumbosacraal radiculair syndroom**

- prof. dr. B.W. Koes, *voorzitter*  
hoogleraar huisartsgeneeskunde; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
  - dr. J.R. Anema  
bedrijfsarts; Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam
  - dr. A.W. Chavannes  
huisarts, Epe
  - dr. L.A.M. Elders  
bedrijfsarts; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
  - dr. M.J.H.M. Herpers  
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Heerlen;  
neurochirurg n.p.
  - dr. J.M.A. Mens  
arts-onderzoeker, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
  - dr. R.W.J.G. Ostelo  
fysiotherapeut, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam
  - drs. W.C. Peul  
neurochirurg; Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag, Leids Universitair  
Medisch Centrum
  - T.J. van Reeken  
verzekeringsarts, Zeewolde
-

- dr. R.J.E.M. Smeets  
revalidatiearts; Revalidatiecentrum Blixembosch, Eindhoven
- dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*  
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. F.M. Westerbos, *secretaris*  
arts; Gezondheidsraad, Den Haag

---

### **Commissie WIA**

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*  
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
- prof. dr. W.J.J. Assendelft (tot 1 oktober 2006)  
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- drs. W.E.L. de Boer  
verzekeringsarts; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
- dr. E. Borst-Eilers  
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bilthoven
- prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen  
hoogleraar beroepsziekten; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- prof. dr. J.W. Groothoff  
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
- prof. dr. J.W.M. Hazes  
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. J.J.L. van der Klink  
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam
- dr. H. Kroneman  
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
- prof. dr. E. Lindeman  
hoogleraar revalidatie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. A.H. Schene  
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. ir. T. Smid  
hoogleraar arbeidsomstandigheden; Vrije Universiteit, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol

- dr. B. Sorgdrager  
bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
- prof. dr. J.H.B.M. Willems  
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*  
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*  
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

#### De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een advieserschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

---

## Commentaren

---

De twee protocollen en de bijbehorende toelichtingen werden in concept becommentarieerd door een aantal organisaties. Deze dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom werd becommentarieerd door:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- ME/CVS stichting (<http://me-cvs-stichting.nl>)
- ME/CVS-vereniging (<http://me-cvsvereniging.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandsche Internisten Vereeniging (<http://www.internisten.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)
- Stichting Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (<http://www.steungroep.nl>)

Het verzekeringsgeneeskundig Lumbosacraal radiculair syndroom werd becommentarieerd door:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (<http://www.neurologie.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (<http://vra.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)