

De richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) en Arbeidsparticipatie (2011)

Wat is relevant voor de revalidatiegeneeskunde?

P.H. Goossens, B.H.P.M. Donker-Cools, J.M. van Velzen en H. Wind

AANLEIDING VOOR DE RICHTLIJN

In Nederland worden jaarlijks circa 60.000 mensen in ziekenhuizen geregistreerd met de diagnose niet-progressief NAH. Een aanzienlijk deel van de patiënten met NAH behoort tot de beroepsbevolking: ruim de helft van patiënten met traumatisch hersenletsel en ongeveer 30% van de mensen met niet-traumatisch hersenletsel. NAH is derhalve een relevante aandoening als het gaat om arbeidsparticipatie.^{1, 2}

Mensen met NAH willen graag weer aan het werk. Uit onderzoek komt naar voren dat het hebben van werk positief bijdraagt aan ervaren levenskwaliteit bij NAH. Terugkeer naar het eigen, oorspronkelijke werk blijkt vaak een probleem; het vinden van een andere baan of het aanpassen van de oude werkplek evenzeer. Er zijn diverse richtlijnen verschenen over NAH die vooral gericht zijn op diagnostiek en behandeling van NAH. Aspecten die te maken hebben met mogelijkheden tot arbeidsparticipatie worden in deze richtlijnen echter niet of nauwelijks besproken.

DOELSTELLING VAN DE RICHTLIJN

Het doel van deze multidisciplinaire richtlijn is het stroomlijnen van het proces dat start bij manifestatie van klachten en ziekteverzuim tot en met werkherhvatting en de periode daarna. Daarnaast wordt gepoogd inzicht te verschaffen in factoren en interventies die van invloed zijn op arbeidsparticipatie. Advies over het optimaliseren van samenwerking tussen betrokken disciplines wordt gegeven.

Dr. Paulien H. Goossens, revalidatiearts, Rijlands Revalidatie Centrum, Leiden

Drs. Birgit H.P.M. Donker-Cools, verzekeringsarts en onderzoeker, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam

Drs. Judith M. van Velzen, onderzoeker Heliomare Research & Development, Wijk aan Zee, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam

Prof. dr. Haije Wind, verzekeringsarts, bijzonder hoogleraar revalidatiegeneeskunde, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, senior onderzoeker Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, AMC, Amsterdam. Secretaris van de richtlijn

TOTSTANDKOMING VAN DE RICHTLIJN

De volgende disciplines participeerden in de werkgroep: revalidatieartsen, verzekeringsartsen, neuroloog, huisarts, bedrijfsarts, klinisch neuropsycholoog, ergotherapeut, arbeidsdeskundige en adviseur richtlijnen CBO-TNO. Drie vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen namen deel namens respectievelijk Stichting Hersenletsel Organisatie Neder-

SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft de hoofdlijnen van de nieuwe multidisciplinaire landelijke ZonMW richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) en Arbeidsparticipatie, tot stand gekomen met ondersteuning van CBO-TNO. Vertegenwoordigers vanuit alle relevante beroepsgroepen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn. Op 16 februari 2012 werd de richtlijn gepresenteerd tijdens een symposium in het AMC. Het doel van de richtlijn is het stroomlijnen van het proces dat start bij manifestatie van klachten en ziekteverzuim tot en met werkherhvatting en de periode daarna.

Vroeg na het optreden van NAH een subcategorie van patiënten te definiëren bij wie re-integratie minder waarschijnlijk is op medische gronden. Tijdens het revalidatieproces moet vroegtijdig worden geïnventariseerd welke werkzaamheden de patiënt verricht, zodat behandeling daarop wordt afgestemd. Eénduidige informatieverstrekking aan patiënt, mantelzorger en werkgever tijdens het proces van arbeidsreïntegratie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Door partners en mantelzorgers bij de arbeidsrevalidatie te betrekken, neemt de kans op duurzame arbeidsre-integratie toe. Het is belangrijk in de keten zorg te dragen voor begeleiding van een werknemer met NAH op lange termijn. Voor uitgebreide informatie en alle referenties verwijzen we u naar de richtlijn zelf.

Keywords: return to work; acquired brain injury; guideline; vocational rehabilitation

land, Nederlandse CVA vereniging Samen Verder en Cerebraal. Twee focusgroepen werden georganiseerd: één met mensen met NAH en één met werkgevers. Paulien Goossens (Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden) en Daan Eenkhoorn (ZGT, Hengelo) namen als revalidatiearts vanuit de Werkgroep CVA-revalidatie Nederland deel als lid in de werkgroep. Coen van Benekom (revalidatiearts Heliomare, Wijk aan Zee, lid van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel) zat de richtlijnwerkgroep voor. De richtlijn is door de VRA geautoriseerd.

OVER WELKE PATIËNTEN GAAT DE RICHTLIJN?

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn is er voor gekozen niet-progressief hersenletsel als onderwerp te nemen waarbij, na een acuut begin, nadruk ligt op herstel van functioneren. Denk hierbij aan hersenbeschadiging door een CVA, door ongevallen, tengevolge van een bacteriële of virale infectie, door hypoxie als gevolg van een hartstilstand, door een intoxicatie of door een laaggradige hersentumor. De richtlijn spitst zich toe op patiënten voor wie arbeid een rol speelt.

PATIËNTGEBONDEN FACTOREN VAN INVLOED OP ARBEIDSPARTICIPATIE

Kort na het optreden van NAH is het moeilijk om te voorspellen welke patiënten kunnen terugkeren naar werk. Het is beter mogelijk een uitspraak te doen welke patiënten niet meer zullen terugkeren naar werk. Bij matig ernstig hersenletsel hebben aspecten die te maken hebben met de ernst van het letsel voorspellende invloed op het niet terugkeren naar werk. Denk hierbij aan de aanwezigheid van een schedelbasisfractuur, een subarachnoïdale bloeding, een subduraal hematoom, een slechte motorische respons, een abnormale pupilreactie, een lage Glasgow Coma Score (<11), unilaterale of bilaterale afwezigheid van somatosensory evoked potentials gedurende eerste vier dagen na opname, ernst van de afwijkingen op de CT scan. Daarnaast lijken een eerder doorgemaakte beroerte, een lage Orgogozo score (deze score betreft het neurologisch beeld in de acute fase) en coagulopathie van invloed op een slechte prognose wat betreft werkhervatting (alle bewijsniveau 3, zie kader 1).

Tabel 1 toont een samenvatting van de belangrijkste patiëntgebonden factoren die in de subacute fase van invloed zijn op arbeidsparticipatie.

Een subcategorie van patiënten, bij wie terugkeer naar werk minder waarschijnlijk is op medische gronden, kan aan de hand van de gegevens in tabel 1 worden herkend.

Positief	Negatief
werkzaam vóór het letsel	
hoog opleidingsniveau	laag opleidingsniveau
<40 jaar	> 55 jaar
man	vrouw
steun familie	
blank ras	donker ras
gehuwd	
minder ernstig letsel: korte opnameduur ziekenhuis	ernstig letsel: lage GCS, comaduur, lange opnameduur, lange duur PTA-fase, afasie, misselijk, braken, pijn
goede testuitslagen*	slechte testuitslagen*
	comorbiditeit: diabetes, extracranieel letsel, epilepsie

Tabel 1. Patiëntgebonden factoren in de subacute fase van invloed op arbeidsparticipatie.

Alle bewijsniveau 3, behalve korte opnameduur ziekenhuis (bewijsniveau 1) en steun familie en epilepsie (bewijsniveau 4).

* bijvoorbeeld functional independence measure, disability rating scale, Barthel Index.

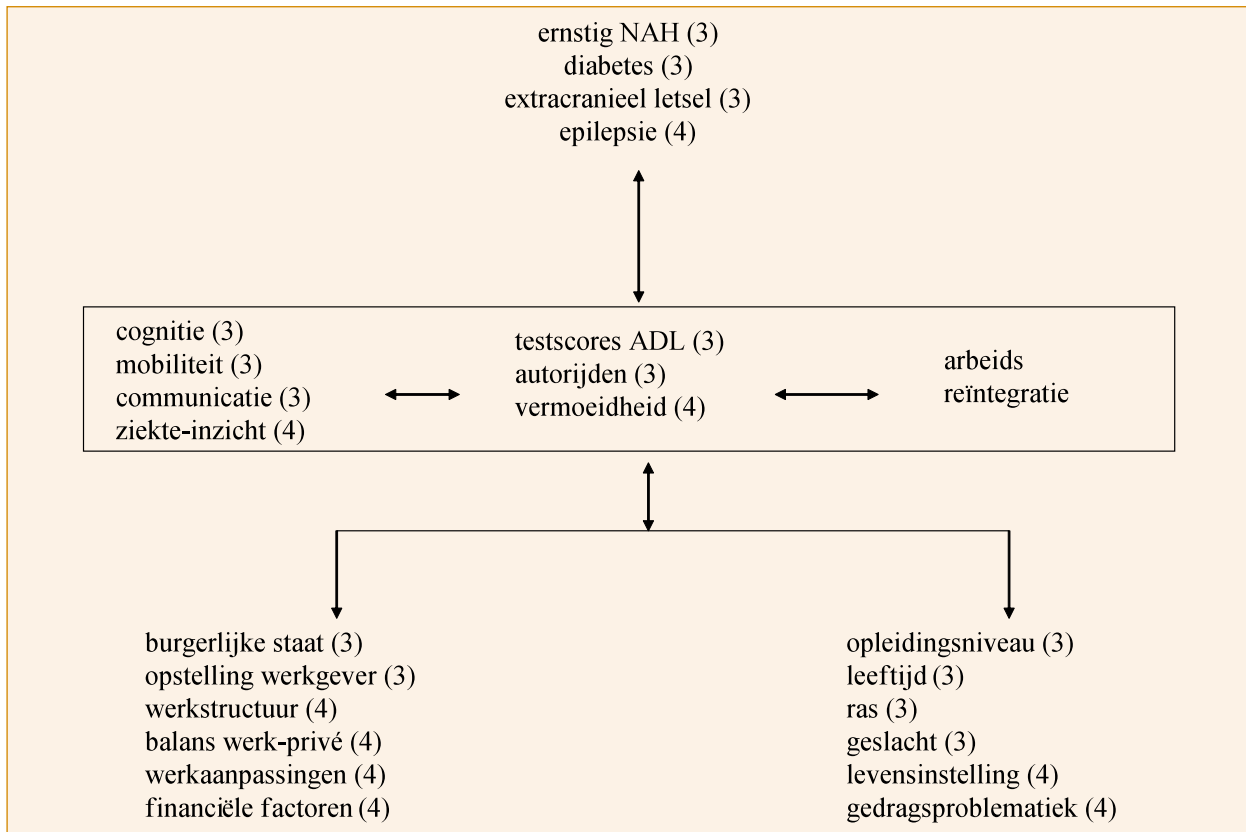
Ook financiële factoren lijken een relatie te hebben met de kans op arbeidsre-integratie. Patiënten die een uitkering genoten vóór NAH, niet gewend waren te werken of gewend waren aan beperkte financiële middelen hebben een lagere kans op arbeidsparticipatie na NAH. Daarnaast lijken angst om een uitkering te verliezen en slechte vergoeding van re-integratietraject een negatieve rol te spelen. Behoeftte aan extra financiële ruimte stimuleert juist tot arbeidsparticipatie (alle bewijsniveau 4).

Level of evidence

Deze tabel toont de door het CBO gehanteerde definities van bewijsniveaus. De indeling is gebaseerd op de methodologische kwaliteit van individuele studies.

1	Ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblinde vergelijkende klinische onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang.
2	Eén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang, of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken die niet gerandomiseerd of dubbelblind zijn. Hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek en cohortonderzoek.
3	Ten minste één onderzoek dat niet gerandomiseerd of dubbelblind is.
4	Mening van deskundigen.

Kader 1.



Figuur 1. De belangrijkste factoren die van invloed zijn op arbeidsre-integratie in het ICF-model. De getallen tussen haakjes refereren naar de bewijskracht.

WERKGERELATEERDE FACTOREN VAN INVLOED OP ARBEIDSRE-INTEGRATIE

(alle bewijsniveau 4)

Wanneer een patiënt met NAH gaat deelnemen aan het arbeidsproces ervaren werkgevers en collega's de volgende beperkingen bij de patiënt als knelpunt:

- cognitieve (onzichtbare) beperkingen, waardoor een werkgever te hoge eisen stelt,
- gedragsproblematiek waardoor relaties met klanten en collega's verstoord raken,
- gebrekkig ziekte-inzicht en zelfoverschatting waardoor overbelasting ontstaat,
- vermoeidheid en een gebrekkige conditie waardoor een patiënt zijn oude taken niet kan uitvoeren.

Werkaanpassingen

Steun en begrip van werkgever en collega's dragen bij aan een succesvol proces van werkherleving (bewijsniveau 3). Stapsgewijze terugkeer naar het werk, het vermijden van hoge productiedruk, het faciliteren van flexibele werktijden, het bieden van herstel mogelijkheden tijdens werktijd en werkaanpassingen bevorderen terugkeer naar en behoud van het werk. Veelvuldige klantencontacten kunnen een extra druk op de patiënt leggen en zijn daardoor niet altijd wenselijk.

Informatieverstrekking

De bedrijfsarts is de eerst aangewezen om, wanneer

een werknemer met NAH terugkeert naar zijn werk, de werkgever te informeren over de belastbaarheid van de werknemer en de benodigde werkaanpassingen. Het is daarbij belangrijk dat de informatie die de werkgever gedurende het proces ontvangt éénduidig is. De bedrijfsarts moet zijn advies dan ook baseren op relevante medische informatie.

OMGEVINGSGERELATEERDE FACTOREN

(bewijsniveau 4)

Om tot duurzame arbeidsre-integratie te komen is het belangrijk dat de balans tussen werk en privé in acht wordt genomen. Partners ervaren veel stress wanneer een patiënt met NAH terugkeert in de thuis-situatie. Jonge families die weinig sociale steun krijgen of financiële, psychische of medische problemen

Het revalidatieteam speelt een belangrijke rol bij het aanleveren van de informatie die de bedrijfsarts nodig heeft. Door tijdens het revalidatieproces te inventariseren welke werkzaamheden de patiënt verricht kan de behandeling daarop worden afgestemd. Aan het eind van de revalidatie kunnen behaalde behandel doelen en de actuele belastbaarheid van de patiënt teruggekoppeld worden naar de bedrijfsarts.

Aanbevolen wordt om informatie over NAH en mogelijke gevolgen al in een vroeg stadium van de revalidatie te geven aan werkgever en collega's.

hebben zijn het meest kwetsbaar. Hoe beter familieleden omgaan met de situatie, des te voorspoediger het herstel van een patiënt. Steun van behandelaars draagt daar positief aan bij.

Mantelzorgers van een patiënt met NAH vermelden dat het hen ontbreekt aan informatie, kennis en vaardigheden om adequaat te zorgen voor een patiënt in de thuissituatie. Waar ze informatie kunnen verkrijgen is hen niet bekend.

Door partners en mantelzorgers bij de arbeidsrevalidatie te betrekken, neemt de kans op duurzame arbeidsre-integratie toe.

Figuur 1 toont een samenvatting van de belangrijkste factoren die van invloed zijn op arbeidsre-integratie in het ICF-model.

INTERVENTIES DIE ARBEIDSPARTICIPATIE BEVORDEREN

Een aantal interventies en behandelprogramma's lijkt effectief in het stimuleren van arbeidsparticipatie bij patiënten met NAH.^{3,4} De meeste beschreven methodes worden niet als zodanig in Nederland aangeboden, maar aspecten eruit worden wel veelvuldig toegepast in Nederlandse revalidatie-instellingen. De conclusie van buitenlandse onderzoeken is: Waarschijnlijk neemt de kans op terugkeer naar werk toe als patiënten deelnemen aan cognitieve revalidatie (post acute brain injury rehabilitation). In de onderzoeken wordt aanbevolen om tijdens de cognitieve revalidatie interventies aan te bieden die gericht zijn op gedragsproblemen, op verbetering van sociale vaardigheden en coping en op terugkeer naar werk of maatschappij. Het trainen van arbeidsvaardigheden vóór plaatsing in het werk, bijvoorbeeld in "work samples", lijkt zinvol. Er is ook bewijs dat het trainen van benodigde vaardigheden op de werkplek zélf zinvol is en dat dit patiënten aan het werk krijgt en houdt gedurende meerdere jaren. De resultaten van buitenlandse onderzoeken zijn echter niet direct vertaalbaar naar de Nederlandse situatie, bijvoorbeeld door verschillen in bijvoorbeeld de sociale regelgeving. De buitenlandse onderzoeken hebben bovendien slechts een bewijskracht zwak tot matig.

De enige interventie die bewezen effectief is, is het in Nederland ontwikkelde "Brain Integration Programme" (BIP).⁵ Het BIP is holistisch van opzet: "wonen", "zinnvolle dagbesteding" en "sociaal/emotioneel welbevinden" vormen de drie pijlers van het programma. De module "werk" maakt deel uit van de pijler "zinnvolle dagbesteding". Na een neuropsychologisch onderzoek vindt evaluatie plaats van vaardigheden en beoordeling van functionele mogelijkheden. Vaardigheden worden in de revalidatie getraind en daarna met frequente feedback in het dagelijkse

leven toegepast. Patiënten met ernstige, chronische NAH en bijkomende psychosociale problemen hebben na deelname aan BIP een bewezen betere participatie in de maatschappij, ook ten aanzien van werk.

Concluderend kan gesteld worden dat voor patiënten in de subacute fase na NAH niet duidelijk is welke interventies bij welke subpopulaties het meest effectief zijn. Er zijn geen studies bekend die de verschillende behandelmethoden vergelijken.

De deskundigen op het gebied van arbeidsparticipatie die samen moeten werken zijn een revalidatiearts en een bedrijfsarts, zo nodig bijgestaan door een neuropsycholoog en een arbeidsdeskundige.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING GERICHT OP ARBEID

Bij de terugkeer in het arbeidsproces van een NAH patiënt zijn veel disciplines en organisaties betrokken. Een kern van disciplines, die voldoende deskundig is en die voortdurend betrokken is bij het gehele proces naar arbeidsparticipatie, is voor de toekomst wenselijk. Een aangewezen coördinator of case-manager is eveneens wenselijk, om het proces naar arbeidsparticipatie te bewaken en als aanspreekpunt contact te onderhouden met de patiënt en zijn mantelzorger. Wanneer een patiënt een specifieke hulpvraag heeft, draagt de coördinator zorg voor gerichte verwijzing naar disciplines en organisaties.

INFORMATIEOVERDRACHT

Het is belangrijk dat informatie gedurende het proces eenduidig is. Daarvoor is uitwisseling van informatie nodig tussen de "curatieve sector" en bedrijfsarts en tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts.

De richtlijn beveelt aan informatieoverdracht te laten plaatsvinden door middel van een dossier dat de patiënt met NAH in eigen beheer krijgt.

Disciplines, die betrokken zijn of waren bij een patiënt, voegen elk hun eigen bijdrage aan het proces "van NAH naar arbeidsparticipatie" toe. Er ontstaat zo een overzicht van "beoordeling, behandeling en begeleiding", waardoor continuïteit van zorg mogelijk is. Wanneer een patiënt, mede als gevolg van NAH, niet voldoende in staat is zijn dossier te beheren, dient zijn mantelzorger hem hierin bij te staan. Als patiënt, mantelzorger, coördinator en werkgever bij deze warme overdracht aanwezig zijn bevordert

Om een traject naar werk vorm te geven wordt aanbevolen "warme overdracht" (dat wil zeggen lijfelijk, niet alleen schriftelijk of telefonisch) plaats te laten vinden tussen revalidatiearts en bedrijfsarts.

Voor het uitwisselen van informatie tussen revalidatieteam en andere partijen in het kader van arbeidsre-integratie moet de patiënt expliciete toestemming geven. De patiënt moet op de hoogte zijn van de inhoud van de informatie die overgedragen wordt. De toestemming moet schriftelijk worden vastgelegd.

dit de eenduidigheid in de informatieverstrekking. Op basis van het actueel functioneren kunnen reële, voor alle partijen acceptabele doelen gericht op arbeidsre-integratie worden gesteld.

PROGNOSE OP LANGERE TERMIJN VAN ARBEIDS- PARTICIPATIE

Het merendeel van de patiënten met NAH ervaart na twee jaar geen significante wijzigingen in het functioneren. Ongeveer twintig procent van de patiënten met een beroerte ervaart een verslechtering ten aanzien van functioneren in een chronische fase (bewijsniveau 3). Depressie kan hierbij een rol spelen. Een minderheid van de patiënten met NAH ervaart ook na twee jaar een verbetering ten aanzien van het functioneren. De verbetering is mogelijk door aanpassingsprocessen of door het aanleren van vaardigheden. Door de aanwezige beperkingen schiet aanpassing aan veranderingen in werk- of privésituatie echter soms tekort, waardoor de patiënt met NAH ook op langere termijn kwetsbaar is.

Aanbevolen wordt de begeleiding van een werknemer met NAH langdurig voort te zetten. Bedrijfsarts en jobcoach kunnen hierin een rol vervullen.

REFERENTIES

(voor overige referenties zie richtlijn)

1. CBO. Richtlijn "Beroerte". Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). 2008.
2. Velzen JM van, Bennekom CAM van, Edelaar MHA, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Inj* 2009; 23(6):473-488.
3. Geurtsen GJ, Heugten CM van, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92(5):696-704.
4. Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: 15 a review of the evidence. *J Head Trauma Rehabil* 2009; 24(3):195-212.
5. Geurtsen GJ, Heugten CM van, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 May; 92(5):696-704.

Twee Nederlandse voorbeelden van arbeidsrevalidatie

In Heliomare start de arbeidsgerelateerde revalidatie (AGR) voor de patiënt met NAH direct bij het begin van de revalidatie. De arbeidsrevalidatie vindt in eerste instantie plaats met behulp van work samples in het revalidatiecentrum onder begeleiding van een ergotherapeut, cognitief trainer en arbeidsonderzoeker in samenspraak met de werkgever en bedrijfsarts. Wanneer de patiënt voldoende belastbaar is kan ook op de werkplek getraind worden. Afstemming met de werkgever, bedrijfsarts en het multidisciplinaire revalidatiebehandelteam en begeleiding van de patiënt vindt plaats door een re-integratiecoördinator. De arbeidsrevalidatie vanuit het revalidatiecentrum wordt beëindigd als de patiënt werkzaamheden bij zijn werkgever hervat (al dan niet met begeleiding van een jobcoach), als werkhervatting (nog) niet mogelijk blijkt te zijn, of bij het eind van het reguliere revalidatieproces. Er vindt dan een overdracht plaats naar patiënt (eventueel met mantelzorg), werkgever en bedrijfsarts.

In het Rijnlands Revalidatie Centrum start arbeidsrevalidatie zodra de patiënt zich thuis zelfstandig kan redden. Tijdens een "ronde tafelgesprek" met patiënt, mantelzorg, werkgever, collega, bedrijfsarts en leden uit het revalidatieteam (meestal neuropsycholoog en ergotherapeut) wordt informatie over ziekte en de mogelijkheden van de patiënt uitgewisseld. Een plan van aanpak voor arbeidsre-integratie wordt gemaakt. Begeleiding van de patiënt, collega en werkgever vindt de eerste 16 weken plaats vanuit het revalidatiecentrum. De voortgang wordt in deze periode nog tweemaal plenair besproken. Na 16 weken neemt de bedrijfsarts de begeleiding van de patiënt over.

De twee methodes worden in het prospectieve onderzoek "Arbeidsrevalidatie van mensen met niet-aangeboren hersenletsel: een evaluatiestudie" met elkaar vergeleken. Zowel Heliomare als het RRC zijn van harte bereid de werkwijze voor arbeidsre-integratie met u te delen!

Kader 2.

Correspondentie

Mw. dr. Paulien H. Goossens
Rijnlands Revalidatie Centrum
Wassenaarseweg 501
2333 AL Leiden
071-5195250
phg@rrc.nl