

Richtlijn

NAAH

**Niet-Aangeboren
Hersenletsel en
Arbeidsparticipatie**

Richtlijn Niet-aangeboren hersenenletsel en arbeidsparticipatie

Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Begripsbepaling	3
Doel van de richtlijn	3
Opbouw van de richtlijn	4
Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn	5
Juridische betekenis	5
Herziening van de richtlijn	5
1. Vroege triage ten aanzien van arbeidsparticipatie	6
- resultaten	6
- adviezen aan professionals	6
2. Factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie	7
- resultaten	7
- adviezen aan professionals	7
3. Ervaringen van werknemer en werkgever met betrekking tot terugkeer naar werk	8
- knelpunten voor terugkeer naar werk	8
- oplossingen voor knelpunten voor terugkeer naar werk	9
- adviezen aan professionals	9
4. Interventies die arbeidsparticipatie bevorderen	10
- resultaten	10
- adviezen aan professionals	10
5. Prognose op langere termijn ten aanzien van arbeidsparticipatie	11
- resultaten	11
- adviezen aan professionals	11
6. Multidisciplinaire samenwerking gericht op arbeid	12
- resultaten	12
- adviezen aan professionals	13

BIJLAGEN

1. Overzicht van belemmerende en bevorderende factoren voor werkhervatting, ervaren door werknemers, werkgevers en professionals	14
2. Overzicht van bij re-integratie van NAH-patiënten betrokken disciplines	15
3. Stroomdiagram Ketenzorg NAH	16

Inleiding

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een verzamelbegrip voor meerdere aandoeningen waarbij beschadiging van de hersenen ontstaat ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan voor, tijdens of vlak na de geboorte. Er is een onderscheid tussen respectievelijk traumatisch en niet-traumatisch NAH en tussen progressief en niet-progressief NAH.

Verskillende disciplines komen regelmatig in aanraking met NAH; in het bijzonder geldt dat voor de revalidatiegeneeskunde en de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.

Jaarlijks worden circa 60.000 mensen in ziekenhuizen geregistreerd met niet-progressief NAH (Van Velzen 2009a). Een groot deel daarvan betreft de beroepsbevolking: ruim de helft van de patiënten met traumatisch hersenletsel en ongeveer 30% van de mensen met niet-traumatisch hersenletsel. Slechts een beperkt deel van de patiënten met NAH keert binnen twee jaar weer terug naar het werk (Van Velzen 2009a).

De gevolgen van NAH voor het functioneren hebben betrekking op alle functies van de hersenen en uiten zich in fysieke, cognitieve en psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen en persoonlijkheidsveranderingen (CBO 2007, CBO 2008, Nederlandse Hartstichting 2001).

Begripsbepaling

Bij NAH gaat het om een aantal ziektebeelden die gemeenschappelijk hebben dat sprake is van hersenletsel, traumatisch en/of niet-traumatisch. Het gaat hierbij om een categorie aandoeningen, die onderling sterk verschillen in de wijze waarop het ziektebeeld manifest wordt en verloopt. Het kan gaan om aandoeningen die een acuut begin kennen waarna in de regel een fase van herstel volgt. Voorbeelden hiervan zijn beroerte (CVA), infecties en traumatisch hersenletsel. Andere aandoeningen beginnen sluimerend en geleidelijk en kennen een progressief beloop. Behandeling is dan gericht op beheersing van het ziektebeeld en de gevolgen daarvan.

In deze richtlijn gaat het specifiek om de eerstgenoemde, niet-progressieve aandoeningen. De nadruk ligt hierbij op het herstel van functioneren na een acuut begin. Resumerend worden de volgende aandoeningen, die tot niet-progressieve vormen van NAH worden gerekend, in deze richtlijn betrokken: hersenbeschadiging door een (bloedig of onbloedig) CVA, door ongevallen, ten gevolge van een bacteriële of virale infectie, door hypoxie als gevolg van een hartstilstand, door een intoxicatie of door een laaggradige hersentumor.

Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is om revalidatieartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te ondersteunen bij het begeleiden van patiënten met NAH bij terugkeer naar eigen of ander werk en bij het beoordelen van de functionele mogelijkheden voor werk en prognose in het kader van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen.

Revalidatieartsen houden rekening met de factoren zoals in de richtlijn aangegeven bij het opzetten van hun revalidatieprogramma. Ze zijn op de hoogte van de interventies die effectief zijn bij herstel van functioneren en terugkeer naar werk.

Bedrijfsartsen nemen de informatie die zij krijgen uit het revalidatietraject mee in de begeleiding naar eigen of passend werk. Zij zijn er van op de hoogte wanneer al in een vroeg stadium duidelijk wordt dat terugkeer naar werk niet verwacht kan worden. Ze kennen de factoren die van invloed zijn op terugkeer naar werk en weten welke aspecten patiënten en werkgevers benoemen bij het proces van terugkeer naar werk. Bedrijfsartsen weten welke interventies effectief zijn met het oog op terugkeer naar werk en wat de prognose van arbeidsparticipatie op langere termijn is. Ze weten ook hoe de samenwerking in de keten van arbeidsgerelateerde zorg vorm krijgt. Verzekeringsartsen zijn op de hoogte van de factoren die belemmerend en bevorderend zijn ten aanzien van werkhervatting. Ze weten welke factoren patiënten en werkgevers noemen als het gaat om terugkeer naar werk. Ze weten welke interventies effectief zijn t.a.v. arbeidsparticipatie en wat de prognose is op langere termijn t.a.v. arbeidsparticipatie. Ook zijn zij op de hoogte van de samenwerking binnen de keten van arbeidsgerelateerde zorg. Met de kennis van de richtlijn zijn verzekeringsartsen in staat de re-integratieverslag (RIV) toetsing van patiënten met NAH adequaat uit te voeren als het gaat om een Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) aanvraag.

Opbouw van de richtlijn

Hoofdstuk 1 behandelt de vroege triage van NAH patiënten ten aanzien van arbeidsparticipatie. Welke indicatoren in een vroeg stadium van het ziekteproces wijzen op een slechte uitkomst als het gaat om arbeidsparticipatie? In Hoofdstuk 2 worden de factoren benoemd die van invloed zijn op arbeidsparticipatie. Het gaat hier om factoren die geassocieerd zijn met terugkeer naar werk. Indeling heeft plaats gevonden aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Onderscheid is gemaakt tussen studiepopulaties met traumatisch en niet-traumatisch NAH. Hoofdstuk 3 heeft betrekking op de ervaringen die patiënten met NAH en werkgevers hebben met het proces naar werk. Met name wordt ingegaan op de informatie die de werkgever nodig heeft om terugkeer naar werk van een patiënt met NAH te faciliteren. In het hoofdstuk wordt ook aandacht besteed aan de vraag wie de werkgever en de patiënt met NAH daarbij kan ondersteunen en op welke wijze dat dient te gebeuren. Hoofdstuk 4 is gewijd aan interventies die ingezet kunnen worden om arbeidsparticipatie te bevorderen. Het blijkt dat een werk(plek)-gerichte interventie in combinatie met educatie/coaching het meest effectief is. Een tweetal interventies die zijn geïmplementeerd op een aantal revalidatiecentra blijken effectief te zijn voor het terugkeren naar werk van patiënten met NAH. In hoofdstuk 5 komt de prognose op langere termijn aan bod. Het blijkt dat op langere termijn (tussen de twee en vijf jaar) maar een minderheid van de patiënten met NAH een verbetering in functioneren laat zien. De meeste verbetering van stoornissen en beperkingen vindt plaats in de eerste drie maanden. Hoofdstuk 6 gaat over de multidisciplinaire samenwerking gericht op werk. Het is belangrijk dat beschikbare informatie wordt overgedragen aan de professionals die bij het zorgproces rondom terugkeer naar werk betrokken zijn. De kern van disciplines bestaat uit de revalidatiearts en de bedrijfsarts, zo nodig

bijgestaan door een neuropsycholoog en een arbeidsdeskundige. Daarnaast is het belangrijk om de patiënt, de mantelzorger, de huisarts en de werkgever intensief bij het hele proces van terugkeer naar werk te betrekken. Hierbij kan het inzetten van een casemanager belangrijk zijn. In het achtergrond document wordt dieper ingegaan op de wetenschappelijke onderbouwing en de verantwoording van de aanbevelingen die in deze richtlijn worden gedaan.

Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn

Van bedrijfs- en verzekeringsartsen die volgens de aanbevelingen in deze richtlijn gaan werken, wordt verwacht dat zij bekwaam zijn:

- Om de werkgever te adviseren bij het opstellen en uitvoeren van beleid om patiënten met NAH in staat te stellen hun werk te behouden
- Om de patiënt te adviseren over mogelijkheden tot aanpassing van het werk en/of de werkomgeving om werk te behouden of terug te keren naar werk
- Om bij de beoordeling van functionele mogelijkheden in het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling relevante aspecten te herkennen en mee te nemen

Met behulp van Performance Indicatoren kan beoordeeld worden of de richtlijn conform de belangrijkste aanbevelingen is uitgevoerd. Performance Indicatoren zijn meetbare procesmatige of uitkomstgerichte aspecten die door de kerngroep vanuit de richtlijn belangrijk gevonden worden.

Juridische betekenis

Richtlijnen zijn op 'evidence' en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Dat kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Een professional die van de richtlijn afwijkt, moet dit beargumenteren en documenteren (Hulshof 2009).

Herziening van de richtlijn

Op grond van de bestaande kennis en aanbevelingen op het gebied van NAH is te verwachten dat de aanbevelingen in deze richtlijn maximaal vijf jaar geldig blijven.

1. Vroege triage ten aanzien van arbeidsparticipatie

Aan het begin van deze richtlijn wordt aandacht geschonken aan de subcategorie van NAH patiënten die buiten de scope van deze richtlijn valt. Het gaat om de groep bij wie door de ernst van het letsel niet meer aan arbeidsparticipatie gedacht moet worden. Het is over het algemeen de neuroloog die over deze informatie beschikt.

1.1 Wanneer en hoe kan worden vastgesteld dat er geen perspectieven zijn op enige vorm van deelname aan de arbeidsmarkt van patiënten met NAH?

1.2 Resultaten

Er zijn aanwijzingen gevonden dat een aantal factoren in een acute fase van NAH in combinatie wijzen op een slechte prognose. Onder een slechte prognose wordt verstaan: overlijden, vegetatieve toestand, ernstige invaliditeit.

De factoren die naar voren kwamen uit de literatuursearch en op basis van de Medical Disability Advisor zijn:

- Klinisch onderzoek namelijk Glasgow Coma Scale (GCS) <11, lage Orgogozo score <60, afwijkende pupilreactie, hypotensie (systolisch <90 mm Hg) en hypoxie (pO₂ <60 mm Hg)
- Radiologische bevindingen namelijk CT scan met aanwezigheid schedelbasisfractuur, subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom en hoge Marshall categorie
- Uni- of bilaterale afwezigheid van Somatosensory Evoked Potentials (SEP's)
- Coagulopathie
- Leeftijd

De combinatie van aanwezigheid van een schedelbasisfractuur, subarachnoïdale bloeding, subduraal haematoom, coagulopathie, een lage CGS (<11) en een hoog gemodificeerde Marschall categorie (IV en VI) voorspellen een slechte afloop na zes maanden.

De termijn waarop de uitspraak gedaan kan worden gedaan dat er geen perspectieven zijn op enige vorm van deelname aan de arbeidsmarkt voor patiënten met NAH, verschilt voor de genoemde factoren. Maar globaal geldt dat dit soms al binnen een paar dagen duidelijk wordt.

1.3 Aanbeveling

Bij beoordeling van re-integratiemogelijkheden van een werknemer met NAH zijn bovengenoemde bevindingen uit diagnostisch onderzoek relevant. Zij moeten daarom meegenomen worden in het beoordelingsproces. In deze situaties is terugkeer naar werk niet te verwachten. De informatie is afkomstig van klinisch, neurologisch en radiologisch onderzoek.

- Vraag informatie bij de neuroloog in geval van ernstig traumatisch of niet-traumatisch hersenletsel om de re-integratiemogelijkheden te kunnen beoordelen.

2. Factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie

In dit hoofdstuk gaat het om de factoren die geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie. De relevantie hiervan ligt in het gegeven dat deze factoren de bedrijfs- en verzekeringsarts inzicht kunnen geven in de diagnostiek en handvatten kunnen bieden om tot interventies te komen. Hierbij speelt het wel of niet veranderbaar zijn van de factor een rol.

2.1 Welke factoren zijn geassocieerd met arbeidsparticipatie? In hoeverre draagt het verkrijgen van arbeidsvaardigheden bij aan de re-integratie?

2.2 Resultaten

Er is onderzoek gedaan naar factoren die geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie.

Een overzicht van bevorderende en belemmerde factoren is opgenomen in Bijlage 1.

Voor traumatisch NAH zijn dat:

- Hoog opleidingsniveau (positief geassocieerd)
- Laag opleidingsniveau (negatief geassocieerd)
- Werkloosheid voor het letsel (negatief geassocieerd)
- Langdurige opname op de revalidatie-afdeling (negatief geassocieerd)

Voor niet-traumatisch NAH zijn dat:

- Dagelijkse activiteiten (positief geassocieerd)

Niet significant geassocieerd met terugkeer naar werk zijn:

- Ernst van het letsel bij opname (bij traumatisch NAH)
- Etiologie van het letsel (bij niet-traumatisch NAH)

Experts uit de praktijk ervaren dat aangeleerde arbeidsvaardigheden bevorderend zijn voor terugkeer naar werk.

2.3 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om:

- Patiënten, voor wie terugkeer naar werk op basis van bovenstaande mogelijk belemmerd is, extra aandacht en ondersteuning te bieden.
 - Tijdens het proces van terugkeer naar werk behandeling te richten op het optimaliseren van de dagelijkse activiteiten en het trainen van arbeidsvaardigheden mits de patiënt in staat is te leren.
- Houd er bij het opstellen van de probleemanalyse rekening mee, dat een laag opleidingsniveau en werkloosheid voor intreden van het letsel alsmede langdurige opname op een revalidatie-afdeling een negatieve associatie hebben met terugkeer naar werk.

3. Ervaringen van werknemer en werkgever met betrekking tot terugkeer naar werk

In dit hoofdstuk staan werknemer en werkgever centraal. Beiden zijn essentiële spelers als het gaat om terugkeer naar werk. Het is daarom belangrijk dat bedrijfs- en verzekeringsartsen inzicht krijgen in de rollen die werknemer en werkgever hebben in het proces van terugkeer naar werk. Hierbij gaat het met name om de knelpunten die zij ervaren en de oplossingen daarvoor. Kennis hierover is relevant omdat deze het proces van terugkeer naar werk kunnen bevorderen maar ook belemmeren.

3.1 Welke knelpunten ervaren patiënten en anderen als het gaat om terugkeer naar werk bij NAH?

Welke aanpassingen zijn dan mogelijk en hoe kunnen de patiënt en de werkgever optimaal ondersteund worden tijdens het proces van terugkeer naar werk?

Welke aspecten bevorderen en welke belemmeren terugkeer naar werk met NAH volgens patiënten en werkgevers?

Wat zijn volgens hen de oplossingen?

3.2 Resultaten

Het antwoord op deze uitgangsvragen is gebaseerd op literatuuronderzoek, op consensus en op gesprekken met zowel NAH patiënten als ook werkgevers (in 2011 en in 2013).

Een overzicht van bevorderende en belemmerde factoren, ervaren door patiënten en werkgevers is opgenomen in Bijlage 1.

Knelpunten voor terugkeer naar werk

Ervaren knelpunten voor terugkeer naar werk zijn:

- Gerelateerd aan de aandoening, zoals een traag herstel (volgens patiënten), een beperkt ziekte-inzicht (volgens patiënten en professionals), ‘onzichtbare beperkingen’ zoals vermoeidheid en cognitieve problemen (volgens patiënten en werkgevers) of een disharmonisch profiel (volgens professionals)
- Patiëntgebonden, zoals een beperkt zelfvertrouwen (volgens patiënten) of te veel drive (volgens werkgevers)
- Werkgerelateerd, zoals veel auditieve prikkels (volgens patiënten, werkgevers en professionals) en te belastende werktaken (bijvoorbeeld een hoge werkdruk volgens patiënten en hectiek volgens werkgevers)
- Gerelateerd aan omgeving, zoals een belastende thuissituatie (volgens patiënten) en het ontbreken van een sociaal vangnet (volgens werkgevers)
- Gerelateerd aan begeleiding/coaching/ondersteuning, zoals volgens patiënten gebrekkige informatieverstrekking over de gevolgen van NAH of een professional die over onvoldoende kennis beschikt

Oplösungen voor knelpunten voor terugkeer naar werk

Patiënten, werkgevers en professionals hebben oplossingen voor deze knelpunten genoemd:

- Gerelateerd aan de aandoening, zoals bijvoorbeeld inzicht krijgen in beperkingen door contact met lotgenoten en door work-samples tijdens arbeidsrevalidatie
- Patiëntgebonden, zoals het stellen van grenzen door de patiënt
- Werkgerelateerd, zoals bijvoorbeeld uitgaan van mogelijkheden en werkaanpassingen (aantal te werken uren, werktaken, verminderen van prikkels)
- Gerelateerd aan omgeving, zoals bijvoorbeeld inzetten van huishoudelijke hulp
- Gerelateerd aan begeleiding/coaching/ondersteuning, zoals begeleiding door een professional

3.3 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt dat:

- Patiënten en werkgevers samenwerken bij het proces van terugkeer naar werk en rekening houden met elkaars perspectieven.
 - Werkgevers geïnformeerd worden over de functionele mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt als ook de benodigde aanpassingen in werk.
 - De aanpassingen worden toegespitst op de individuele patiënt, waarbij de patiënt zelf en de mantelzorger actief betrokken zijn.
 - Professionals (revalidatieartsen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen/re-integratiebureaus/jobcoaches) worden ingezet om werkgever en patiënt te ondersteunen bij het proces van terugkeer naar werk, ook op de langere termijn.
 - Allen, die betrokken zijn bij terugkeer naar werk van patiënten met NAH, op de hoogte zijn van deze kennis en deze toepassen in hun dagelijkse praktijk.
- Revalidatieartsen houden de mogelijkheid open om met work-samples tijdens arbeidsrevalidatie patiënten met NAH inzicht te geven in de beperkingen t.a.v. werk
- Bedrijfsartsen en revalidatieartsen betrekken de individuele patiënt en de mantelzorger actief bij werk(plek)aanpassingen in het traject van terugkeer naar werk
- Bedrijfsartsen informeren de werkgever over de functionele mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt met NAH en over de benodigde aanpassingen in het werk
- Verzekeringsartsen gebruiken deze informatie tijdens de RIV toetsing, specifiek om te beoordelen of benodigde aanpassingen in werk zijn gedaan en/of voldoende ondersteuning is geboden

4. Interventies die arbeidsparticipatie bevorderen

Een van de belangrijkste hoofdstukken uit deze richtlijn heeft betrekking op effectieve interventies die kunnen worden ingezet om terugkeer naar werk van NAH patiënten te bevorderen.

4.1 Welke interventies zijn effectief ten aanzien van terugkeer naar werk bij patiënten met NAH?

4.2 Resultaten

Er is sterk bewijs voor de effectiviteit van werk(plek)-gerichte interventies gecombineerd met educatie/coaching. Deze betreffen:

- Een op het individu toegespitst plan
- Het wegnemen van barrières voor terugkeer naar werk
- Het aanpassen van de werkplek, de taken en het aantal uren
- Het betrekken van de werkgever en een arbo-professional
- Individuele adviezen voor de patiënt (coping strategieën/toegang tot instanties voor steun en educatie)

Er zijn indicatieve bevindingen voor de effectiviteit van werk(plek)-gerichte interventies en educatie/coaching aangevuld met training van coping- en sociale vaardigheden.

In twee Nederlandse revalidatiecentra zijn protocollen ontwikkeld waarbij informatie omtrent de functionele mogelijkheden van een patiënt met NAH wordt overgedragen aan de bedrijfsarts en aan de werkgever. Er zijn aanwijzingen dat deze protocollen effectief zijn ten aanzien van terugkeer naar werk; dit zijn:

- Het 'early vocational rehabilitation' (EVR)-protocol
- Het 'late vocational rehabilitation' (LVR)-protocol

Het EVR-protocol wordt gekenmerkt door een vroege inventarisatie van de werksituatie en de functionele mogelijkheden. Informatie over de mogelijkheden wordt uitgewisseld met bedrijfsarts en werkgever. De revalidatiebehandeling wordt al in een vroeg stadium afgestemd op terugkeer naar werk. Alle disciplines die relevant zijn bij terugkeer naar werk met inbegrip van de patiënt zelf worden betrokken bij dit proces.

Bij het LVR-protocol wordt de arbeidsgesichte revalidatie gestart op het moment dat de patiënt zelfstandig kan functioneren. Wat betreft effectiviteit t.a.v. werkhervatting en tevredenheid van gebruikers zijn er geen verschillen tussen de twee interventies.

4.3 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt bovenvermelde interventies en protocollen te gebruiken om terugkeer naar werk van patiënten met NAH te bevorderen.

- Verwijs een patiënt met NAH naar een effectief bevonden interventie zoals het EVR- of LVR- protocol

5. Prognose op langere termijn ten aanzien van arbeidsparticipatie

Voor verzekeringsartsen maar ook voor bedrijfsartsen is het van belang om inzicht te krijgen in het beloop op langere termijn van de functionele mogelijkheden bij NAH patiënten. Met het oog op de vraag of een herbeoordeling in het kader van arbeidsongeschiktheid zinvol is en op welke termijn kan de informatie uit dit hoofdstuk howvast bieden.

5.1 Wat is het beloop ten aanzien van functioneren van patiënten met NAH op langere termijn?

5.2 Resultaten

Een merendeel van patiënten met NAH ervaart na twee jaar geen significante wijzigingen meer in functioneren. In een minderheid van de gevallen is zowel verbetering als verslechtering van functioneren mogelijk.

De prognose van functioneren en arbeidsbeperkingen na twee jaar wordt mogelijk beïnvloed door:

- Verloop van herstel tot nog toe
- Door patiënten zelf ervaren vooruitgang in functioneren
- Aanpassingsproblematiek
- Aanwezige behandelingsopties
- Te trainen vaardigheden
- (Behandelbare) Comorbiditeit
- Neuropsychiatrische gevolgen en psychofarmacagebruik
- (Beïnvloedbare) Risicofactoren
- Mogelijke werk(plek)aanpassingen

5.3 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om deze aspecten mee te nemen in de beoordeling van functioneren en arbeidsmogelijkheden na twee jaar.

In dat geval is het zinvol om een medisch plan van aanpak op te stellen waarin de (haalbare) behandeldoelen zijn omschreven met vermelding van wie dat doet en op welke termijn.

Dit kan het uitgangspunt zijn om een herbeoordeling te plannen.

6. Multidisciplinaire samenwerking gericht op arbeid

In dit hoofdstuk wordt een handreiking geboden om te komen tot samenwerking van de verschillende stakeholders die bij terugkeer naar werk van patiënten met NAH betrokken zijn. In het hoofdstuk wordt zowel ingegaan op de vraag wie bij dit proces betrokken zijn als ook hoe samenwerking vorm gegeven kan worden.

6.1 Welke disciplines zijn betrokken bij de re-integratie van de patiënt met NAH en hoe moeten die samenwerken?

Hoe moet terugkeer naar het arbeidsproces vorm gegeven worden?

6.2 Resultaten

Talrijke disciplines zijn momenteel betrokken bij het proces van terugkeer naar werk van patiënten met NAH. Dit zijn zowel medische als paramedische disciplines en andere partijen. Een overzicht is weergegeven in Bijlage 2.

Samenwerking tussen deze disciplines wordt bevorderd door afbakening van taken. Allen, die betrokken zijn bij het proces naar werk dienen op de hoogte te zijn wie met een specifieke hulpvraag benaderd kan worden. Wenselijk is een deskundige kern van disciplines, bestaande uit een revalidatiearts, een bedrijfsarts en eventueel aanvullend een neuropsycholoog en een arbeidsdeskundige. Wanneer geen revalidatie plaatsvindt en/of de patiënt geen bedrijfsarts heeft, dienen taken te worden ingevuld door de huisarts en/of particuliere verzekeraar of UWV. Patiënt, werkgever, mantelzorger en huisarts dienen intensief te worden betrokken bij het gehele proces. Een persoon fungeert als aanspreekpunt en zorgt voor bewaking van het proces.

Deze richtlijn is ontwikkeld met als doelstelling het proces van terugkeer naar werk van patiënten met NAH beter vorm te kunnen geven. Al vroeg dient er aandacht voor arbeid te zijn. Door middel van consensus is multidisciplinaire zorgafstemming ten aanzien van arbeidsparticipatie geëffectueerd. Onderlinge uitwisseling van informatie is noodzakelijk daarbij. Met toestemming van de patiënten dient informatie-uitwisseling plaats te vinden tussen bedrijfsarts en revalidatiearts. Voorafgaand aan de revalidatiebehandeling worden belastingen in het (eigen) werk van de patiënt in kaart gebracht. Aan het einde van de revalidatie informeert de revalidatiearts de bedrijfsarts en de huisarts over behaalde behandeldoelen en actueel functioneren. De bedrijfsarts overlegt daarop met patiënt, werkgever en mantelzorger hoe het re-integratietraject verder wordt ingericht. Samen dragen betrokken disciplines zorg voor eenduidigheid ten aanzien van informatieverstrekking en voor continuïteit in hulpverlening door adequate (door)verwijzing op het moment dat zich problemen voordoen; ook op lange termijn. Een casemanager of kerncoördinator fungeert daarbij als aanspreekpunt en bewaakt het proces. Aanbevolen wordt informatieoverdracht plaats te laten vinden door middel van een dossier dat een patiënt met NAH in

eigen beheer krijgt, of wanneer dit niet mogelijk is zijn mantelzorger. Disciplines, die betrokken zijn of waren bij deze patiënt voegen elk hun eigen bijdrage toe. Daarmee wordt een overzicht verkregen van 'beoordeling, behandeling en begeleiding' die tot dan toe heeft plaatsgevonden.

In een stroomdiagram is een overzicht gegeven van de ketenzorg rondom het proces van re-integratie en beoordeling weergegeven (Bijlage 3).

6.3 Aanbevelingen

Het is te aanbevelen dat:

- In een vroeg stadium informatie wordt uitgewisseld tussen neuroloog, revalidatiearts en bedrijfsarts over aard en ernst van het hersenletsel, zodat bepaald kan worden of terugkeer naar werk mogelijk is
- Informatie uitwisseling plaats vindt tussen revalidatiearts en bedrijfsarts om zicht te krijgen op knelpunten in het eigen werk als gevolg van NAH en de patiënt, zijn mantelzorger alsmede de werkgever te betrekken bij vormgeving van terugkeer naar werk
- Een dossier wordt opgebouwd met relevante informatie van het revalidatietraject en de re-integratie inspanningen dat wordt aangeboden bij de WIA aanvraag

Bijlage 1.

Overzicht van belemmerende en bevorderende factoren voor werkhervatting, ervaren door werknemers, werkgevers en professionals

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Werknemers	<ul style="list-style-type: none">• 'Drive' om terug te keren naar werk• Goed functioneren voor uitval• Actieve betrokkenheid bij eigen proces terug naar werk• Werkgever kennis over gevolgen NAH voor werk• Werkgever is bereid terugkeer naar werk te steunen• Steun partner• Lotgenotencontact	<ul style="list-style-type: none">• Onzichtbare gevolgen van de aandoening: vermoeidheid, cognitieve beperkingen• Gebrek aan kennis lijnmanager• Prikkel in omgeving• Onvoldoende kennis van wet- en regelgeving
Werkgevers	<ul style="list-style-type: none">• 'Drive' van werknemer om terug te keren naar werk• Goed functioneren van de werknemer voor uitval• Werknemer past goed binnen team• Terugkeer naar werk zonder financieel verlies• Steun geven om werknemer te laten terugkeren naar werk• Kennis over gevolgen NAH voor werk• Begeleiding/coaching ondersteuning• Steun partner	<ul style="list-style-type: none">• Onzichtbare gevolgen van de aandoening: vermoeidheid, cognitieve beperkingen• Werknemer die te gedreven is; leidt tot overbelasting• Prikkel op de werkvloer• Reorganisatie
Professionals		<ul style="list-style-type: none">• Disharmonisch profiel• Auditieve prikkels

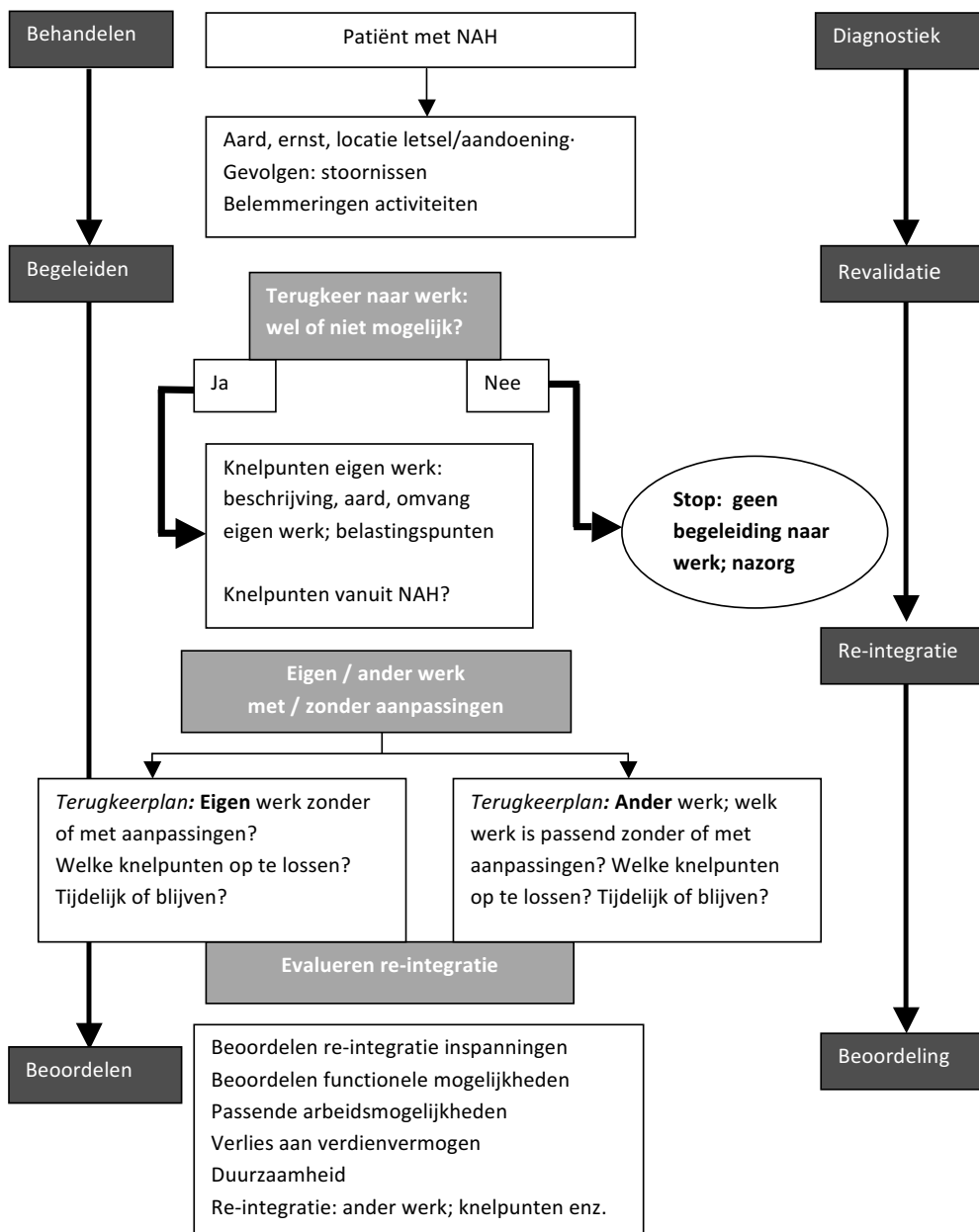
Bijlage 2.

Overzicht van de bij re-integratie van NAH patiënten betrokken disciplines

Medische disciplines	Paramedische disciplines	Overige disciplines
Neuroloog	Neuropsycholoog	Gemeente
Neurochirurg	(GZ) psycholoog	Stichting MEE
Huisarts	Wijkverpleegkundige	Arbeidsdeskundige
Revalidatiearts	Ergotherapeut	(Bedrijfs-) maatschappelijk werk
Psychiater	Fysiotherapeut	Re-integratie consulent
Bedrijfsarts	Bewegingsagoog	Jobcoach
Verzekeringsarts	Logopedist	Collega
	Neurolinguïst	Werkgever
	Cognitief trainer	HRM en leiding
	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	UWV
		Onderwijs instelling
		Mantelzorg
		Casemanager
		Patiëntenorganisatie

Bijlage 3.

Stroomdiagram Ketenzorg



Richtlijn

Niet-Aangeboren Hersenletsel en Arbeidsparticipatie

Ieder jaar opnieuw wordt een aanzienlijk aantal werknemers getroffen door niet-progressief niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Slechts 40% van hen blijkt in staat binnen 2 jaar terug te keren naar werk. Dit was de aanleiding om de multidisciplinaire richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel en Arbeidsparticipatie te ontwikkelen. Deze richtlijn die in 2012 uitkwam, is herzien en specifiek toegespitst op toepassing in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het doel van de richtlijn is om het proces rondom terugkeer naar werk voor werknemers met NAH te stroomlijnen en de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners te verbeteren.

