

ZORG

Arbeid als behandeldoel

NIEUWE RICHTLIJN 'REUMATOÏDE ARTRITIS EN PARTICIPATIE IN ARBEID'

Annelies Boonen en Willem F. Lems

Deelname aan het arbeidsproces is belangrijk voor ieder individu en voor de maatschappij als geheel. Ondanks de belangrijke verbeteringen in de herkenning en de medicamenteuze behandeling van reumatoïde artritis, resulteert de ziekte toch nog in belangrijke beperkingen in arbeidsparticipatie bij een substantieel deel de patiënten. De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie heeft daarom de multidisciplinaire richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' ontwikkeld. Het voornaamste doel is om tijdig ziektegerelateerde problemen bij het verrichten van betaald werk te herkennen en een behandelplan op te stellen dat ook gericht is op werk. Het ultieme doel is om door vroeg-interventie langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Zonder werk – meer specifiek: zonder betaald werk – zou onze huidige maatschappij niet bestaan. Dankzij onze arbeidsproductiviteit dragen we bij aan het bruto nationaal product en kunnen talloze publieke diensten georganiseerd worden. Daarnaast geeft inkomen uit arbeid financiële autonomie en zingeving aan het leven voor het individu. Het is dus niet verwonderlijk dat arbeid, maar ook het geheel van sociale maatregelen waaronder inkomensgarantie bij ziekte, is uitgegroeid tot een universeel recht van de mens.¹

De 'Internationale classificatie van functioneren en gezondheid' is het model voor gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie. In dit model maken restricties in arbeidsparticipatie integraal deel uit van de biomedische gevolgen van ziekte (figuur 1). Als zodanig hoort de preventie of vermindering van de impact van ziekte op arbeid onderdeel te zijn van de behandeldoelen van de arts.²

Bij de inrichting van de sociale zekerheid rond verzuim of arbeidsongeschiktheid door ziekte heeft men in Nederland ervoor gekozen het oordeel over de rechtvaardiging van verzuim en arbeidsongeschiktheid, en de daarmee samenhangende inkomenssubstitutie, over te laten aan een speciaal opgeleide arts. Deze arbeidsgeneeskundige arts – traditioneel is dit de bedrijfs- of verzekeringsarts – heeft beter inzicht in de relatie tussen belasting en belastbaarheid op de werkplek en in specifieke werkgerelateerde factoren die deze balans kunnen verbeteren.

Bovendien beschermt deze scheiding van taken en verantwoordelijkheden de arts-patiëntrelatie tegen belangenconflicten, die kunnen spelen rond de rechtvaardiging van arbeidsongeschiktheid en inkomenssubstitutie. Maar deze strikte scheiding tussen de zorg voor een zieke en het oordeel over de rechtvaardiging van uitkeringen heeft er – ten onrechte – toe bijgedragen dat de behandelend arts, dat wil zeggen: de huisarts of specialist, het verminderen van de impact van ziekte op arbeid vaak niet beschouwt als een behandeldoel.

Hierin is de laatste jaren een duidelijke kentering gekomen, deels door de erkenning dat arbeid een onlosmakelijk deel is van gezondheid, deels door het toenemende economische belang van arbeid voor de patiënt en voor de maatschappij. In deze context werden de 'Zorgmodule arbeid',³ de 'Blauwdruk participeren in richtlijnen',⁴ en

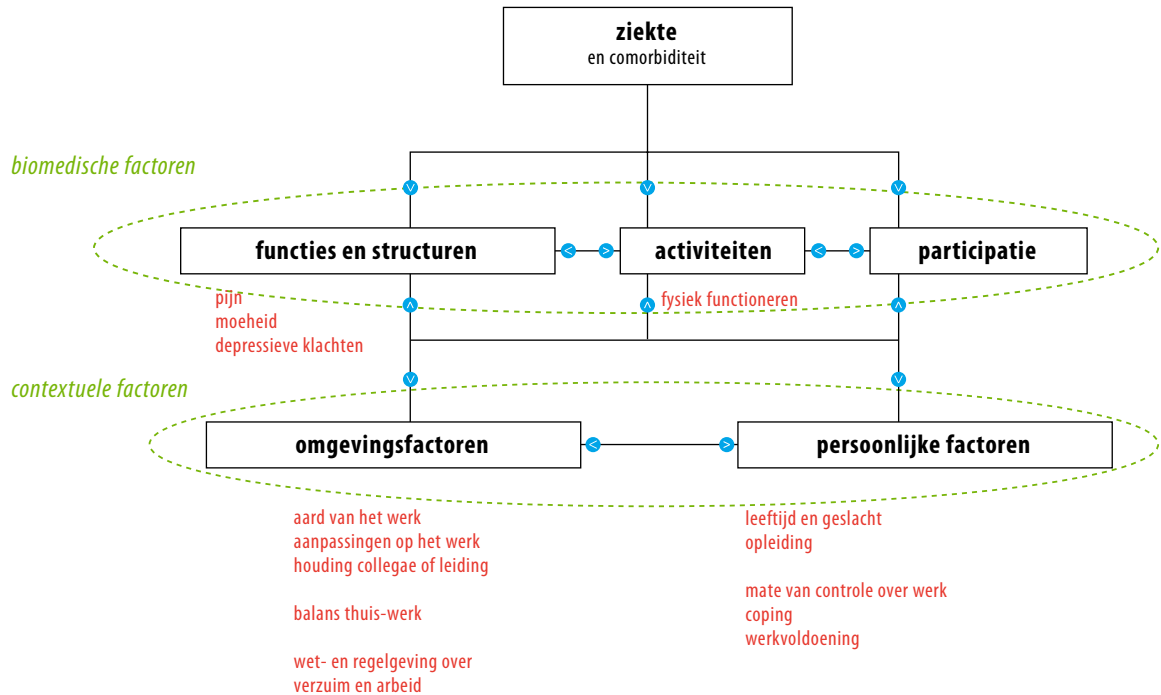
Maastricht Universitair Medisch Centrum, afd. Interne geneeskunde – Reumatologie en CAPHRI onderzoeksinstituut, Maastricht.

Prof.dr. A. Boonen, reumatoloog.

Amsterdam Rheumatology & Immunology Center, locatie VUmc en Reade, Amsterdam.

Prof.dr. W.F. Lems, reumatoloog.

Contactpersoon: prof.dr. A. Boonen (a.boonen@mumc.nl).



FIGUUR 1 Schematische weergave van de 'Internationale classificatie van functioneren en gezondheid', met binnen elke component de factoren die aangetoonde invloed hebben op de arbeidsparticipatie van patiënten met reumatoïde artritis.

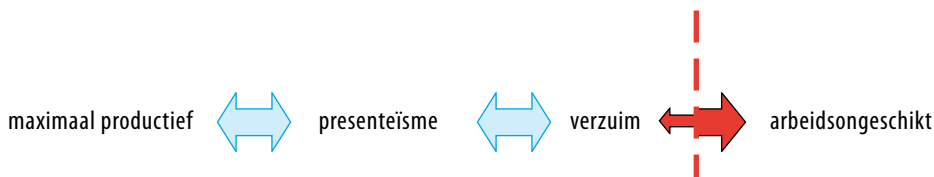
recent ook de eerste ziektespecifieke richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' gepubliceerd.⁵ In dit artikel lichten we deze laatste richtlijn toe.

REUMATOÏDE ARTRITIS EN ARBEID

De prevalentie van reumatoïde artritis is 1-2%.⁶ Traditioneel heeft deze aandoening binnen de reumatologie grote aandacht vanwege haar hoge menselijke en economische ziektebelasting. Ongeveer drie kwart van de maatschappelijke ziektekosten voor reumatoïde artritis kunnen worden toegeschreven aan het verlies van productiviteit door verzuim en arbeidsongeschiktheid.⁷ In de eerste jaren na de diagnose verzuimt ongeveer 50-80% van de patiënten met reu-

matoïde artritis en zijn er jaarlijks 46 verzuimdagen per werkende patiënt, wat na 5 jaar resulteert in een arbeidsongeschiktheid van 50% van de werkende patiënten.⁸

De betere behandelstrategieën, die worden gekenmerkt door vroegere en agressievere therapie, kunnen de negatieve impact van reumatoïde artritis op arbeidsparticipatie niet geheel onderdrukken.⁹ Dit werd het best aangetoond door Zweeds onderzoek, waarin men patiëntgegevens koppelde aan gegevens van controlepersonen uit de algemene bevolking.¹⁰ Na 2 jaar hadden zelfs de optimaal behandelde patiënten 2 keer zo veel verzuim- en arbeidsongeschiktheidsdagen als de algemene bevolking. Naast optimale behandeling van de ziekteac-



FIGUUR 2 Arbeidsparticipatie als een continuüm. De terugkeer vanuit een situatie van arbeidsongeschiktheid naar betaald werk is moeilijk. Daarom wordt steeds meer aandacht gegeven aan de vroege tekenen van een verminderd werkvermogen, zoals presenteïsme of verzuim.

tiviteit moet daarom ook aandacht zijn voor andere al dan niet reversibele beperkingen en contextuele factoren die bijdragen aan restricties in het arbeidsproces (zie figuur 1).

Recente onderzoeken tonen dat het zelfgerapporteerde arbeidsvermogen of de zelfgerapporteerde arbeidsproductiviteit op de werkplek, ook wel presenteïsme genoemd, een goede voorspeller is voor toekomstig verzuim (figuur 2).¹¹ De meerwaarde van het gebruik van presenteïsme als voorspeller, vergeleken met andere zelfgerapporteerde maten voor gezondheid, wordt mogelijk verklaard doordat ook juist de contextuele arbeidsrelevante factoren impliciet worden meegewogen in het beoordelen van eigen werkvermogen of productiviteit.

Nu meerdere studies laten zien dat re-integratie van patiënten die al arbeidsongeschikt zijn weinig succesvol is en we ons meer en meer richten op preventie van arbeidsongeschiktheid, krijgt presenteïsme veel aandacht als screeningsinstrument. Daarnaast is vermindering van presenteïsme een behandeldoel.⁹

AANBEVELINGEN VOOR REUMATOLOGIETEAM

De multidisciplinaire richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' is tot stand gekomen door samenwerking tussen professionals, zoals reumatologen, revalidatieartsen, bedrijfs- en verzekeringsdeskundigen, en ergotherapeuten, en in overleg met patiënten. Deze richtlijn heeft als doel reumatologen te stimuleren: (a) tijdig problemen met betrekking tot arbeidsparticipatie te identificeren; en (b) arbeidsparticipatie als behandeldoel te benadrukken om aldus langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. De richtlijn noemt 12 aanbevelingen voor de reumatoloog en zijn of haar team; we bespreken hier de kern van deze aanbevelingen.

Arbeidsanamnese Centraal staat de aanbeveling om bij elk controlebezoek van een patiënt met reumatoïde artritis aan de polikliniek een arbeidsanamnese af te nemen als screening voor een verhoogd risico op uitval uit het werk. Indien nodig moet een behandelplan, dat gericht is op werkbehoud, worden opgesteld en besproken. Traditioneel wordt bij een eerste patiëntcontact het wel of niet hebben van werk, en eventueel het beroep van een patiënt consequent ingevuld onder de 'huidige arbeidssituatie' als onderdeel van de sociale anamnese. Bij de verdieping van de klacht en de probleeminventarisatie, wordt echter zelden gevraagd naar de functionele gevolgen van de klachten op het uitoefenen van het werk; slechts 6% van de reumatologen en 36% van de gespecialiseerde reumaverpleegkundigen geeft aan regelmatig in vervolcontacten te vragen naar de functionele impact van de ziekte op betaalde arbeid.

De kernvragen voor screening door het reumatologieteam zoals voorgesteld in de richtlijn zijn:

- Werkt u? Hoeveel uren werkt u momenteel?
- Gaat alles goed op het werk? Zijn er problemen of maakt u zich zorgen? Hebt u verzuim gehad?
- Wilt u aan het werk?
- Kan de reumatoloog of het reumatologieteam u steunen bij uw functioneren op het werk of bij het hervatten van werk?

Het doel van deze arbeidsanamnese is te screenen op de aanwezigheid van presenteïsme of recent verzuim. Op basis daarvan kan worden nagedacht over verbeterpunten op het gebied van arbeidsparticipatie en kan een eventueel behandelplan worden opgesteld.

Behandelplan Het behandelplan legt bovenal de klemtoon op een positieve en faciliterende houding van de arts en zijn team tegenover deelname van de patiënt aan het arbeidsproces. Een behandelplan kan eenvoudig zijn en zich richten op de leefstijl (lichamelijke conditie),¹² stimuleren tot zelfredzaamheid, zoals het actief nadenken over oplossingen, en stimuleren deze te spreken met de leidinggevende.^{13,14}

Voor complexere problemen die sterker gerelateerd zijn aan werkomstandigheden hebben de meeste patiënten een bedrijfsarts die expertise heeft op dit gebied. De scheiding in de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van gezondheidgerelateerde arbeidsproblemen door de reumatoloog tegenover het oordeel over de rechtvaardiging van arbeidsongeschiktheid door de bedrijfs- of verzekeringsarts wordt in de richtlijn niet ter discussie gesteld. De richtlijn benadrukt wel het belang van adequate informatie-uitwisseling en communicatie tussen de disciplines.

Omdat steeds meer Nederlanders in de werkzame leeftijd geen bedrijfsarts hebben, kan de revalidatiearts nadere functionele analyses doen en een behandelplan opstellen. Er gaan ook steeds meer stemmen op om een arts (specialist) 'arbeid en gezondheid' te laten werken binnen de gebruikelijke gezondheidszorg, op gelijk niveau met andere artsen en specialisten. Deze arts is makkelijker toegankelijk voor patiënten en kan eenvoudiger informatie uitwisselen met andere artsen.

Zowel het afnemen van de arbeidsanamnese als het voorstellen van een behandelplan is geenszins een exclusieve taak van de reumatoloog maar een taak van zijn team, waarin de reumaverpleegkundige in toenemende mate een essentiële rol speelt. Bovendien biedt de nieuwe informatietechnologie de mogelijkheid dat patiënten bij het elektronisch voorbereiden van hun eigen controlebezoek via het patiëntportaal van het elektronisch patiëntendossier alvast de vragen van de arbeidsanamnese beantwoorden.

GENERALISEERBAARHEID NAAR ANDERE CHRONISCHE AANDOENINGEN

Hoewel de hier besproken richtlijn één specifieke aandoening betreft, zijn de algemene uitgangspunten, de aanbevelingen voor de arbeidsanamnese en het gedachtegoed van een behandelplan generaliseerbaar naar andere chronische aandoeningen. Musculoskeletale aandoeningen hebben vooral door hun hoge prevalentie een grote impact op uitkeringen voor verzuim en arbeidsongeschiktheid. Diverse studies toonden inmiddels dat nagenoeg alle chronische ziekten een even groot relatief risico hebben op arbeidsongeschiktheid, met uitzondering van de substantieel hogere relatieve en ook absolute impact van mentale aandoeningen op arbeid. Binnen de gedachte dat participatie in arbeid een behandeldoel zou moeten zijn, doen ook de 'Zorgmodule arbeid' en 'Blauwdruk participeren in richtlijnen' een beroep op huisartsen en alle specialisten om aandacht te geven aan arbeidsparticipatie van patiënten.

UITDAGINGEN

Om de richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' te implementeren is binnen de reumatologie het project Target@Work begonnen. Een enquête onder reumatologen en reumaverpleegkundigen leerde immers dat het bevorderen van arbeidsparticipatie een belangrijk behandeldoel is (score belang: 7,8/10; 10 staat voor 'hoogste belang'), maar toonde ook dat zij onvoldoende vertrouwd zijn met de arbeidsanamnese en met het uitwerken van een behandelplan (score vertrouwdheid aanpak: 6,2/10; 10 staat voor 'hoogste vertrouwdheid'). In een tweede fase van het implementatieproject wordt dan ook aandacht gegeven aan het opstellen van een gefaseerd behandelplan.

Ook patiënten waarderen de aandacht voor arbeid tijdens het polibezoek. In een enquête onder 401 patiënten in de werkzame leeftijd op de polikliniek Reumatologie werd bij 168/400 (42%) patiënten arbeid besproken tijdens het consult en dit was naar tevredenheid van 141/168 (84%) van deze patiënten.

De richtlijn is een belangrijke eerste stap om arbeidsparticipatie van onze patiënten te steunen, maar vraagt tegelijkertijd om verbetering. Zo zijn de testkenmerken van de voorgestelde screeningsvragen niet bekend. Evenmin weten we welke interventies het effectiefst zijn, noch bij welke patiënten of welke omstandigheden arbeid toch nadelig kan zijn. Meer en beter klinisch onderzoek op dit gebied geeft steun aan de uitvoering van de richtlijn. Pas dan kan de discussie worden voortgezet of de arbeidsanamnese een kwaliteitsindicator moet zijn.

TOT SLOT

Arbeidsparticipatie is bij uitstek een gebied waar de arts tegelijkertijd zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt en voor de maatschappij kan nemen. Het doel hiervan is de patiënt te steunen in het waarborgen van zijn of haar 'universele recht op arbeid', ondanks ziekte.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 18 november 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9593

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9593**

LITERATUUR

- 1 The Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations Department of Public Information; 1948.
- 2 International Classification of Functioning, Disability and Health. Genève: World Health Organization; 2001.
- 3 Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Utrecht: CBO; 2014.
- 4 Blauwdruk Participeren in Richtlijnen: leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen. Utrecht: CBO; 2010.
- 5 Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid. Utrecht: CBO; 2015.
- 6 Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:229.
- 7 Franke LC, Ament AJ, van de Laar MA, Boonen A, Severens JL. Cost-of-illness of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27(Suppl 55):S118-23.
- 8 Geuskens GA, Burdorf A, Hazes JM. Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles—a literature review. *J Rheumatol*. 2007;34:1248-60.
- 9 Ter Wee MM, Lems WF, Usan H, Gulpen A, Boonen A. The effect of biological agents on work participation in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:161-71.
- 10 Eriksson JK, Neovius M, Bratt J, et al. Biological vs. conventional combination treatment and work loss in early rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1407-14.
- 11 Tran-Duy A, Nguyen TT, Thijs H, et al. Longitudinal analyses of presenteeism and its role as a predictor of sick leave in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67:1578-85.
- 12 De Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, et al. Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? Results of a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2003;48:2415-24.

- 13 Verhoef J, Toussaint PJ, Putter H, Zwetsloot-Schonk JH, Vliet Vlieland TP. The impact of the implementation of a rehabilitation tool on the contents of the communication during multidisciplinary team conferences in rheumatology. *Int J Med Inform.* 2007;76:856-63.
- 14 Van den Hout WB, de Buck PD, Vliet Vlieland TP. Cost-utility analysis of a multidisciplinary job retention vocational rehabilitation program in patients with chronic arthritis at risk of job loss. *Arthritis Rheum.* 2007;57:778-86.