

KLINISCHE LES

Werkhervatting na niet-aangeboren hersenletsel

ONZICHTBARE GEVOLGEN BEMOEILIJKEN ARBEIDSPARTICIPATIE

Coen A.M. van Bennekom, Haije Wind, Carel T.J. Hulshof en Monique H.W. Frings-Dresen

DAMES EN HEREN,

Een groot deel van de patiënten die niet-aangeboren hersenletsel oplopen, gaat na enige tijd weer aan het werk. Maar op de weg naar maatschappelijke participatie en werk zitten valkuilen voor zowel de professional en de patiënt als de werkgever. Dat komt omdat de gevolgen van de hersenaandoening op het gebied van cognitie, gedrag of emotie vaak onzichtbaar zijn.

Jaarlijks wordt in Nederland een groot aantal mensen in een ziekenhuis opgenomen met hersenletsel dat is ontstaan na een cerebrovasculaire aandoening (CVA) of een trauma. In 2011 betrof het respectievelijk 42.000 en 21.000 opnames.^{1,2} Deze vormen van niet-progressief hersenletsel worden met een overkoepelend begrip aangeduid als 'niet-aangeboren hersenletsel' (NAH). Van de patiënten met een CVA is 30% nog onder de pensioenge-rechtigde leeftijd; bij patiënten met hersentrauma is dit 50%.

Voor meer dan 23.000 mensen wacht dus werkhervatting na de diagnose en de revalidatie. Met deze klinische les illustreren wij het belang van het onderkennen van de onzichtbare gevolgen van een NAH voor het functioneren op het werk. Ook benadrukken wij de noodzaak tot samenwerking tussen disciplines.

Patiënt A, een 40-jarige man, ontwaakt op een zekere ochtend verward. Het lukt hem met moeite zijn dagelijkse routine op te pakken. Op zijn werk heeft hij problemen met rekenen en hij laat pen en papier uit zijn, dominante, linker hand vallen. In de auto op weg naar de SEH praat hij volgens zijn zus met dubbele tong. Patiënt gebruikt geen medicatie.

Het neurologisch lichamelijk onderzoek toont geen afwijkingen. Een CT-scan van de hersenen toont hypodensiteiten rechts frontaal en links pariëto-occipitaal, wat wijst op mogelijke eerdere ischemie. Er zijn geen aanwijzingen voor recente cerebrale ischemie. Als diagnose wordt 'voorbijgaand CVA' gesteld. Vanwege een eerstegraads atrioventriculair blok met rechter bundeltakblok op het ecg wordt patiënt opgenomen op de afdeling Cardiologie. De MRI die een dag later wordt gemaakt, laat naast de 2 oude infarcten een recent thalamusinfarct in de rechter hersenhelft zien. Onder de diagnose 'ernstige pulmonalisklepinsufficiëntie' als onderliggende

Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam,

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam.

Prof.dr. C.A.M. van Bennekom, revalidatiearts (tevens: Heliomare

Revalidatiecentrum, Wijk aan Zee); prof.dr. H. Wind,

verzekeringarts; prof.dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfsarts;

prof.dr. M.H.W. Frings-Dresen, bewegingswetenschapper en inspanningsfysioloog.

Contactpersoon: prof.dr. H. Wind (h.wind@amc.uva.nl).

oorzaak voor het ontstaan van multiple CVA's wordt patiënt naar een academisch centrum verwezen.

Hier vindt 4 maanden later een homograaft van de pulmonisklep plaats en primaire sluiting van een atriumseptumdefect. Na deze ingreep volgt patiënt een hartrevalidatieprogramma; hij blijft onder controle bij de cardioloog.

Patiënt herstelt fysiek goed en hervat ruim een half jaar later in overleg met de bedrijfsarts zijn werk als meewerkend magazijnmeester voor 50% (20 h/week). Hij houdt echter last van vermoeidheid, intolerantie voor geluid en licht, en een verminderd overzicht en organisatievermogen. Bij een reorganisatie wordt patiënt 3 maanden later met wederzijds goedvinden ontslagen.

Daarna lopen meerdere banen op een mislukking uit. Zonder dat patiënt goed de oorzaak kan duiden, lukt het hem niet het werk vast te houden. Omdat hij vastloopt in zijn privéleven en werk bezoekt patiënt na 2,5 jaar zijn huisarts. Die vermoedt dat er een verband is tussen de cerebrale aandoeningen en het functioneren van patiënt en verwijst hem naar een revalidatiecentrum voor verdere diagnostiek en begeleiding.

In dit centrum volgt een neuropsychologisch onderzoek om de cognitieve klachten te objectiveren. Hieruit komt vooral naar voren dat patiënt een trage informatieverwerking heeft en verminderde volgehouden aandacht en planningsvermogen. Aansluitend vindt gerichte cognitieve training plaats. Daarnaast krijgt patiënt psychoeducatie via een online behandeling. De arbeidsconsulent vraagt een arbeidstoeleidingstraject aan bij het UWV. Patiënt doet een beroepskeuzetest en hij begint met een werkervaringsplek om zijn belastbaarheid op te bouwen.

Patiënt B is een 28-jarige man, die een neurotrauma oploopt als hij met zijn fiets ten val komt. Een CT-scan toont een subduraal hematoom links pariëtaal met contusiehaarden links pariëtaal en frontaal. Hij heeft geen paresen of sensibiliteitsstoornissen. Zijn klachten bestaan uit hoofdpijn, geheugenstoornissen en afasie.

Na een verblijf in het ziekenhuis van 10 dagen wordt patiënt ontslagen naar het revalidatiecentrum. Na een korte klinische opname van 2 weken volgt een poliklinisch revalidatietraject. Uit het neuropsychologisch onderzoek blijkt nu dat patiënt problemen heeft met het geheugen voor auditieve informatie en dat hij lichte woordvindingsproblemen heeft.

Patiënt is gemotiveerd om zijn werk te hervatten maar het risico dat hij zichzelf overschat en zijn omgeving hem ook, is groot; daarbij zijn de verminderde belastbaarheid en de taalproblemen het grootste struikelblok. De arbeidsconsulent van het revalidatieteam stelt samen met hem, het revalidatieteam, de bedrijfsarts en de werkgever een re-integratievisie op. Deze visie bevat een voor-

stel voor de opbouw van werk met een beschrijving van de belastbaarheid, de functionele belemmeringen, bevorderende factoren voor en adviezen bij de werkhervatting. Patiënt begint een maand na zijn val met werktraining in het revalidatiecentrum, waarbij werksituaties worden nagebootst. Weer een maand later hervat hij zijn werk als werkvoorbereider bij een wegenbouwbedrijf, waarbij hij 2 dagen per week, 2-3 h per dag werkt. Bij de opbouw en coaching zijn zowel de bedrijfsarts en de werkgever als een arbeidsconsulent betrokken. Een half jaar later is patiënt weer fulltime aan het werk, naar tevredenheid van patiënt en werkgever.

BESCHOUWING

Zoals blijkt uit de hier beschreven casussen moet er aandacht zijn voor de onzichtbare gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel voor het functioneren op het werk. Daarnaast laten de beschrijvingen het belang zien van samenwerking tussen de medisch specialist en de bedrijfsarts als een patiënt met hersenletsel het werk hervat.

Voor patiënt A had de cerebrale problematiek ernstige consequenties voor zijn werkhervatting, omdat de gevolgen ervan niet voldoende zichtbaar waren en omdat de medisch specialisten en de bedrijfsarts er te weinig aandacht voor hadden. De achtereenvolgende specialisten die hem behandelden, hadden oog voor andere dan de cerebrale problematiek. De valkuil hierbij is dat patiënt redelijk goed functioneerde in het dagelijks leven. Zolang er geen sprake was van tijdsdruk en overprikkeling en er geen nieuwe handelingen vereist waren, was hij goed in staat dagelijkse handelingen in eigen tempo uit te voeren. Deze discrepantie tussen het functioneren in het dagelijks leven en in een arbeidsomgeving wordt vaak niet herkend of erkend, noch door de omgeving noch door de patiënt zelf. De gevolgen hiervan zijn echter verstrekkend.

Het verhaal van patiënt B laat zien dat aandacht voor de gevolgen van het traumatische hersenletsel, ook al waren die niet direct zichtbaar, veel betekende voor de werkhervatting van patiënt. Ook een goede informatieoverdracht speelde daarbij een rol. De succesfactor bij deze patiënt was de intensieve samenwerking tussen de bedrijfsarts, de werkgever en het revalidatieteam. De adviezen om te beginnen met onder meer afgebakende taken zonder tijdsdruk, slechts één collega hem te laten aansturen, voldoende voorbereidingstijd te nemen en de uren rustig op te bouwen met een voortdurende terugkoppeling naar de bedrijfsarts en de arbeidsconsulent, leidden tot een succesvolle re-integratie. Diagnostiek en begeleiding vanuit een arbeidsgericht revalidatieteam kan noodzakelijk zijn. Werktraining kan in de revalidatie een aanvullende rol spelen.

RICHTLIJN NAH EN ARBEID

Dat de gevolgen van NAH niet goed zichtbaar zijn en dat de samenwerking tussen medisch specialisten en sociaal geneeskundigen (bedrijfs- en verzekeringsartsen) gebrekkig is, wordt al langer erkend. In 2012 is daarom de 'Multidisciplinaire richtlijn voor beoordelen, behandelen en begeleiden niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie' opgesteld met subsidie van ZonMw.³ De doelstelling van deze multidisciplinaire richtlijn is het stroomlijnen van het proces dat begint bij de manifestatie van klachten en ziekteverzuim en loopt tot en met de werkhervatting en de periode daarna. In de richtlijn worden diverse knelpunten voor terugkeer naar het werk besproken.

De tabel geeft een overzicht van de mogelijke gevolgen van NAH op cognitie, emotie en gedrag die kunnen interfereren met werkhervatting. Vooral deze onzichtbare gevolgen zijn een belangrijk struikelblok, omdat de professionals en de werkgever er niet voortdurend aan worden herinnerd en er op den duur vaak geen rekening meer mee houden. Een patiënt met NAH neemt de eigen beperkingen vaak onvoldoende waar. Dit kan worden veroorzaakt door verwerkingsproblematiek en vermindert inzicht. Een patiënt neigt zichzelf daardoor te overschatten, waarbij het risico bestaat op overbelasting in het werk. De knelpunten op het gebied van terugkeer

TABEL Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel die kunnen interfereren met werkhervatting³

cognitieve gevolgen	gevolgen voor persoonlijkheid, emotie en gedrag
geheugenstoornissen	apathie
attentie- en/of concentratiestoornissen	initiatiefvermindering
apraxie	prikkelbaarheid en/of irritatie
afasie	stemmingsverandering
afname tempo informatieverwerking	stemmingswisselingen
waarnemingsstoornissen ('neglect')	woede-uitbarstingen en/of agressie
plannings- en/of organisatieproblemen	ontremd gedrag
beperkte probleemoplossing	eetontremming
mentale vermoeidheid	libidoverandering
	decorumverlies
	risicozoekend gedrag
	emotionele vervlakking
	dwanglachen en/of dwanghuilen
	egocentriciteit
	afname empathie
	veranderd gevoel voor humor
	moeite met relativeren
	gestoord ziektebesef

- **Niet-aangeboren hersenletsel, waaronder CVA en traumatisch hersenletsel, kan leiden tot problemen met cognitie, emotie en gedrag, gevolgen die vaak onzichtbaar zijn en niet onderkend worden door de omgeving**
- **De onzichtbare gevolgen en het gebrek aan ziekte-inzicht bij de patiënt, kunnen leiden tot vertraging of afname van de maatschappelijke participatie van patiënten met niet-aangeboren hersenletsel.**
- **Om duurzame arbeidsparticipatie te bereiken van patiënten met niet-aangeboren hersenletsel is samenwerking nodig tussen alle professionals in de arbeidsketen.**
- **De richtlijn voor niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie biedt een houvast voor professionals om de terugkeer van patiënten naar het werk te bevorderen.**

naar werk vragen in het algemeen om steun en langdurige begeleiding van bijvoorbeeld de werkgever, collega's en bedrijfsarts, waarbij een patiënt gaandeweg tot nieuwe inzichten komt over zijn of haar beperkingen.^{4,5}

Het is juist deze langdurige begeleiding die maakt dat verzekeringsartsen nogal eens geconfronteerd worden met deze problematiek. Omdat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling het karakter heeft van een momentopname is ook hier de valkuil dat de gevolgen van NAH niet voldoende zichtbaar zijn. Waar de verzekeringsarts bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid de patiënt als belangrijkste bron van informatie heeft voor zijn of haar beoordeling, bestaat het risico van onderschatting van de beperkingen. Kennis van de aspecten die beschreven staan in de richtlijn, is dan essentieel om tot een goed inzicht te komen in de bestaande beperkingen en mogelijkheden voor werk.

In de richtlijn wordt een voorzet gedaan voor een arbeidsketen waarbij alle betrokken professionals hun rol oppakken. Deze kan variëren van signalering en adequate doorverwijzing tot het inzetten van re-integratietrajecten onder begeleiding van een jobcoach. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie kan bij de bedrijfsarts of verzekeringsarts liggen.

De diagnostiek en behandeling van de gevolgen van NAH vallen overigens onder de Zorgverzekeringswet. De begeleiding op de werkvloer door bijvoorbeeld een jobcoach wordt echter gefinancierd door de werkgever of vanuit de sociale voorzieningen.

Dames en Heren, bij patiënten die hersenletsel hebben opgelopen, is het van groot belang om aandacht te hebben voor factoren die de maatschappelijke participatie belemmeren, waaronder de participatie in werk. Omdat de gevolgen van het hersenletsel mogelijk onzichtbaar

zijn en de patiënt zelf mogelijk een gebrek aan inzicht heeft, is het vaak noodzakelijk een arbeidsgericht revalidatieteam in te zetten met expertise op het gebied van niet-aangeboren hersenletsel. Samenwerking tussen dit team, de bedrijfsarts, de werkgever en de patiënt stroomlijnen het arbeidsparticipatieproces. Een samenwerking die de patiënt veel kopzorgen kan besparen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 januari 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:A9608

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9608**

LITERATUUR

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl.
- 2 Landelijke Medische Registratie van Dutch Hospital Data, geraadpleegd op 25 oktober 2015.
- 3 Van Bennekom CAM, Wind H, Frings-Dresen MHW, Donker-Cools BHPM. Multidisciplinaire Richtlijn voor beoordelen, behandelen en begeleiden niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid; 2012.
- 4 Donker-Cools B, van Bennekom C, Wind H, Frings-Dresen M. Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie: een multidisciplinaire richtlijn voor beoordelen, behandelen en begeleiden (3B). Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. 2012;20:201-6.
- 5 Raven E, de Boer L. Dokters, hou uw hoofd bij NAH. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. 2014;22:272-5.