

Langetermijnevolgen voor werk van niet-aangeboren hersenletsel

Judith van Velzen, Coen van Bennekom

Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kunnen na een herstelperiode vaak weer aan het werk. Het kan echter gebeuren dat mensen jaren later alsnog problemen ervaren. Ze komen dan vaak met klachten bij hun huisarts terecht. Voor de huisarts is het dikwijls lastig om te zien dat de klachten verband kunnen houden met het eerdere NAH.

In Nederland leven naar schatting ruim 600.000 mensen met een vorm van NAH met een al dan niet traumatische oorzaak.¹ Vierentachtig procent van de mensen met traumatisch hersenletsel en ongeveer 30% van de mensen met niet-traumatisch hersenletsel zijn jonger dan 65 jaar op het moment dat ze het letsel oplopen.^{2,3} Volgens internationale onderzoeken is ongeveer 40% van de mensen die voor het NAH werk hadden binnen 2 jaar in staat terug te keren naar het eigen, aangepast of ander werk.⁴ Niettemin kunnen mensen na geslaagde arbeidsre-integratie na enige tijd, soms pas jaren na het ontstaan van NAH, alsnog problemen en klachten krijgen die het werken onmogelijk maken. Ze melden zich dan vaak met vage, op burn-out lijkende klachten bij hun huisarts. Dat het eerder opgetreden NAH (mede) de oorzaak kan zijn van het disfunctioneren wordt dan vaak niet onderkend (zie de casussen).⁵ We laten zien hoe u als huisarts kunt achterhalen of de klachten op het werk gerelateerd kunnen zijn aan het eerder opgelopen NAH. Daarnaast gaan we in op de in 2021 verschenen herziene richtlijn NAH en arbeidsparticipatie.⁶

NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL

NAH is een paraplubegrip voor hersenletsel met een traumatische oorzaak (zoals bij een ongeval, trauma of val) of een niet-traumatische oorzaak (zoals bij een beroerte, infectie of tumor). Progressieve aandoeningen als dementie en kwaadaardige hersentumoren vallen niet onder dit begrip. In overeenstemming met de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie richten wij ons in dit artikel op de mensen bij wie een neuroloog hersenschade heeft vastgesteld.

Neurologisch herstel vindt vooral plaats in de eerste 3 tot 6 maanden. Daarna berust verbetering van het functioneren vooral op het leren omgaan met de gevolgen van het letsel, waarbij de patiënt bijvoorbeeld compensatiestrategieën aanleert. De individuele gevolgen en de ernst van de gevolgen lopen uiteen, wat onder andere samenhangt met de grootte en

CASUS 1: EEN VROUW DIE WERK WEIGERT

Mevrouw Maas [60 jaar] is 30 jaar werkzaam bij hetzelfde bedrijf. Sinds een beroerte 4 jaar geleden draait mevrouw alleen nog avonddiensten. Op zeker moment moet iedereen in het bedrijf alle diensten gaan draaien om bedrijfsorganisatorische redenen, ook mevrouw Maas. Ze heeft sindsdien moeite haar werk naar behoren uit te voeren. Dit leidt tot een arbeidsconflict met haar leidinggevende. Mevrouw meldt zich ziek. Huisarts en bedrijfsarts vinden geen oorzaak voor de haperende uitvoering van de werktaken. De bedrijfsarts concludeert dat het om

CASUS 2: EEN MAN MET EEN BURN-OUT

Meneer Nasr [32 jaar] heeft sinds enkele weken problemen op zijn werk: hij is snel moe en geprikkeld, en kan zich slecht concentreren. Ook thuis reageert hij vaak geïrriteerd op zijn vrouw en kind. De huisarts denkt aan een burn-out. Vermoeidheid kan een rol spelen, omdat het het kind een jaar geleden is geboren.

locatie van de schade in de hersenen, en met de persoonlijke aanleg van de patiënt en diens omstandigheden. De gevolgen kunnen fysiek, cognitief, emotioneel en/of gedragsmatig van aard zijn.⁷ Het is niet altijd direct duidelijk wat de gevolgen zijn, omdat deze soms zo subtiel zijn dat ze pas duidelijk worden wanneer de patiënt het dagelijkse leven weer volledig oppakt.

BELOOP VAN HET HERSTEL

Na het ontstaan van het letsel en het stellen van de diagnose begint de neuroloog of neurochirurg met een behandeling. Op deze acute fase volgt de herstelfase, waarbij het gaat om functieherstel. Zoveel mogelijk terugkeren naar het eigen dagelijkse leven is dan het doel.⁸ Vaak wordt hierbij een eerstelijnsfysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en/of psycholoog ingeschakeld. Wanneer de gevolgen van NAH ernstiger en complexer zijn, kan de patiënt voor behandeling worden verwezen naar een revalidatiecentrum of afdeling revalidatiegeneeskunde van een ziekenhuis. Tot slot volgt een adaptatiefase, waarin de patiënt zich voortdurend moet aanpassen aan de (blijvende) gevolgen van het NAH [figuur]. Deze fase kan levenslang duren, want ook als na verloop van tijd een stabiele situatie ontstaat, kan een kleine verandering in de omstandigheden dat evenwicht verstoren. De patiënt moet dan een nieuwe balans in het leven vinden.

DE KERN

- De huisarts is de aangewezen persoon om alert te zijn op de relatie tussen eerder opgelopen niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en ontstane problemen op het werk, ook langere tijd na het ontstaan van het NAH.
- De huisarts speelt een cruciale rol bij het tijdig doorverwijzen naar de juiste begeleiders en kan daardoor escalatie van de problemen helpen voorkomen.
- De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie biedt de huisarts handvatten voor de juiste begeleiding en doorverwijzing.

NAH EN WERK

Voor mensen met NAH is het verliezen van het werk een van de moeilijkst te accepteren veranderingen na het oplopen van het letsel.⁸ Ze raken niet alleen werk en inkomen kwijt, maar ook hun sociale contacten en een bepaalde identiteit. Dit kan hun zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde aantasten. Wanneer ze voor het letsel werk hadden, hoort terugkeer naar werk bij het herstel van het eigen dagelijkse leven. Hoeveel mensen in Nederland na het ontstaan van NAH in staat zijn weer aan het werk te gaan, is niet bekend. Wel weten we dat in maart 2020 bijna 19.000 mensen een UWV-uitkering ontvingen vanwege een vorm van NAH.

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) onderscheidt 5 domeinen die van invloed zijn op de arbeidsparticipatie: de aandoening (in dit geval het NAH), functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, en externe en persoonlijke factoren.⁹ Om te kunnen participeren, moet er een zeker evenwicht bestaan tussen deze factoren. Er ontstaan problemen wanneer dat evenwicht wordt verstoord. De aangeleerde compensatiestrategieën werken plotseling niet meer. Niet iedereen is in staat om zonder hulp nieuwe strategieën te bedenken en toe te passen. Dit kan zowel korte als lange tijd na het ontstaan van het NAH gebeuren. Veranderingen waar gezonde mensen nauwelijks last van hebben – zoals nieuwe apparatuur op het werk of een nieuwe collega –, kunnen het leven van mensen met NAH behoorlijk in de war schoppen. Het aanleren van nieuwe vaardigheden en het

aanpassen aan nieuwe omstandigheden zijn voor mensen met NAH niet altijd gemakkelijk.

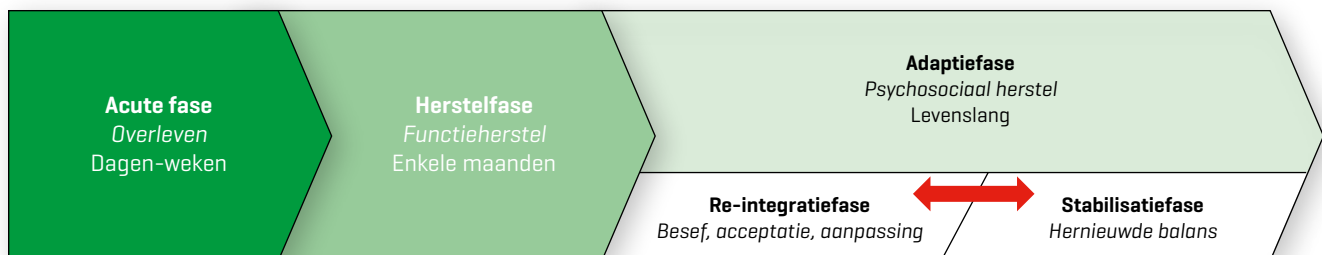
In de casussen gaat het om veranderingen in werktijden of de komst van een kind. In beide gevallen kregen de patiënten problemen op hun werk. Wat uit de tweede casus ook duidelijk wordt, is dat de klachten waarmee iemand zich bij de huisarts (of bedrijfsarts) meldt soms eerder lijken te wijzen op een burn-out, dan op de gevolgen van NAH. Het onderscheid tussen een 'gewone' burn-out en de gevolgen van NAH is niet altijd even gemakkelijk te maken. De fysieke en geestelijke vermoeidheid die bij burn-out optreden, kunnen ook voorkomen bij NAH. Mogelijk gebeurt dit bij mensen met NAH sneller doordat ze kwetsbaarder zijn voor de factoren die samenhangen met burn-out. Ook de onzichtbaarheid van de meeste gevolgen van NAH speelt hierbij een rol, want deze maakt dat mensen al snel worden overschat en/of overvraagd. Wanneer het achterliggende NAH niet wordt (h)erkend, kunnen de problemen op termijn blijven bestaan of zelfs groter worden omdat behandeling en begeleiding uitblijven. De activiteiten van mensen met NAH dienen niet alleen rustig te worden opgebouwd, maar er moet ook rekening worden gehouden met de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het NAH. Vaak is daarbij begeleiding van een psycholoog, jobcoach of arbeidsdeskundige met kennis van NAH nodig. Daarnaast kan een aanpassing van de werktijden, -plek en/of -taken nodig zijn om een burn-out of terugval te voorkomen.

VERVOLG CASUS 1: EEN ONTERECHE CONCLUSIE

De beschuldiging van werkweigering blijkt onterecht. Uit een arbeidsbelastbaarheidsonderzoek blijkt dat er als gevolg van de eerdere beroerte sprake is van cognitieve beperkingen. Door het werken in ploegendienst in plaats van alleen tijdens de avonddienst werd het weekschema van mevrouw in de war gegooid, had ze niet altijd voldoende tijd tussen de diensten om goed te herstellen en was haar werkplek minder rustig. Dit zorgde voor concentratieverlies, een korter lontje, ernstige vermoeidheid en daarmee verminderd functioneren. De problemen verdwenen toen mevrouw weer alleen avonddiensten kon werken verdwenen. Het duurde echter nog een tijd voor ze weer met plezier naar haar werk ging. Eerdere onderkenning van de oorzaak van het probleem had het arbeidsconflict en de negatieve ervaringen van mevrouw kunnen voorkomen.

Figuur

Biopsychosociaal model van de zorgfasen na hersenletsel⁸



VERVOLG CASUS 2: EEN AANGEPASTE DIAGNOSE

De conclusie van de huisarts dat het om een burn-out gaat, verandert als ze in het patiëntendossier ziet staan dat meneer 3 jaar eerder door een val traumatisch hersenletsel heeft opgelopen. De huisarts vermoedt dat de thuissituatie door de komst van het kind dusdanig is veranderd dat de balans tussen werk en privé die na het NAH was gecreëerd, werd verstoord. De huisarts verwijst meneer door naar een revalidatiecentrum voor hulp bij het hervinden van de balans. Tijdens de revalidatiebehandeling krijgt hij meer handvatten om beter met de toename van prikkels thuis om te gaan. Omdat herstellen na het werk moeilijk blijft, gaat meneer ook minder uren werken. Hierdoor komt de balans tussen werk en privé weer op orde. Het snelle ingrijpen heeft een langdurige ziekmelding voorkomen. Meneer kon met plezier blijven werken en het ook thuis fijn hebben met zijn gezin.

Wat de gevolgen van het niet vroegtijdig onderkennen of behandelen kunnen zijn, wordt duidelijk in het vervolg van de twee casussen.

BESCHOUWING

De rol van de huisarts

Wanneer mensen lichamelijke of psychische klachten hebben, melden ze zich in eerste instantie vaak bij hun huisarts. Vooral als ze geen revalidatietraject hebben doorlopen en/of geen bedrijfsarts hebben, is de huisarts de aangewezen persoon voor hulp. Als er in het verleden sprake is geweest van NAH, moet mogelijk een andere behandeling worden ingezet dan wanneer dat niet het geval is. Daarbij kan de beslisregel voor het opsporen van NAH van pas komen.¹⁰ Alarmsignalen voor een (dreigende) uitval uit het werk waarbij eerder opgelopen NAH mogelijk een rol speelt, zijn onder andere: onbegrepen moeheid, veranderingen in concentratievermogen, geheugenproblemen, verminderde prikkeltolerantie, emotionele labiliteit, depressie en/of angst, verminderde kwaliteit en/of kwantiteit van de werkzaamheden en een verstoorde werk-privébalans.⁶ Het voor zorgverleners ontwikkelde signaleringsinstrument SIGEB, signaleringsinstrument voor de langetermijngevolgen van een beroerte, en de signaleringslijst Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel kunnen de huisarts (en/of de POH(-ggz)) helpen bij het in kaart brengen van de niet direct zichtbare gevolgen van NAH.¹¹⁻¹³ Omdat het invullen van de SIGEB gemiddeld 85 minuten duurt, kan de POH(-ggz) met kennis van NAH deze het beste invullen, om de resultaten vervolgens met de huisarts te bespreken.¹¹ Wanneer het specifiek om cognitieve en emotionele problemen gaat, kan het voldoende zijn om alleen de Checklijst Cognitieve en Emotie (CLCE-24) uit de SIGEB in te vullen. Dit verkort de invultijd sterk.

De POH-ggz kan ondersteuning bieden bij een verstoorde werk-privébalans. Gedragsproblemen en ernstige depressie kunnen worden behandeld door een eerstelijnspsycholoog, bij grote vermoeidheid en problemen met de energiebalans kan een eerstelijns ergotherapeut behulpzaam zijn. Verder zijn er verschillende landelijke en regionale organisaties die zich bezighouden met de behandeling van mensen met NAH. Voor-

Tabel

Aanbevelingen voor de huisarts uit de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie⁶

Fase	Aanbeveling
Acute fase	Adviseer de patiënt om de mogelijke gevolgen van NAH in een zo vroeg mogelijk stadium met de bedrijfsarts te bespreken wanneer er al problemen met werken worden verwacht voordat de patiënt weer aan het werk gaat.
Herstelfase	Wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig voor arbeidsgerichte interventies. Neem, na toestemming van de patiënt, contact op met de bedrijfsarts wanneer er problemen zijn met de terugkeer op de werkvloer of als de patiënt werkgerelateerde problemen ervaart.*
Langetermijnfase	Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het werkgerelateerde functioneren. Betrek de bedrijfsarts er tijdig bij om bij signalen van overbelasting de oorzaak van de verandering in kaart te brengen. Zorg ervoor dat de patiënt en diens naasten tijdig geïnformeerd worden over de WIA-aanvraag [de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen], zodat ze de juiste stappen kunnen zetten en op de hoogte zijn van de procedure.

* Elders is dit artikel en in de module 'Geen werkgever' van de richtlijn wordt beschreven met wie patiënten contact kunnen opnemen wanneer ze geen werkgever (en daarmee geen bedrijfsarts) hebben.

beelden zijn InteraktContour, Siza en het landelijke netwerk Hersenz. Wanneer de patiënt kampt met complexere problematiek waarvoor samenwerking tussen disciplines nodig is, kan deze een verwijzing krijgen naar een revalidatie-instelling met expertise op het gebied van NAH en arbeid.^{6,14} Een tijdige en juiste verwijzing helpt de patiënt bij het terugkeren naar en behouden van werk. De Breinlijn (www.breinlijn.nl) is een gratis landelijk loket waar zowel de patiënt als een professional – zoals een huisarts of POH(-ggz) – een hersenletseldeskundige uit de eigen regio kan vinden, die kan meedenken over verwijzing naar passende zorg en ondersteuning. In 2021 is de herziene multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie verschenen.⁶ Deze is opgebouwd volgens de fasen die iemand na het letsel doorloopt. Ze bevat aanbevelingen voor de acute fase, herstelfase (uitgesplitst in de onderwerpen 'voorspellen terugkeer naar werk' en 'interventies ten aanzien van arbeidsparticipatie'), bijna-aan-het-werkfase en de langetermijnfase. Daarnaast geeft de richtlijn informatie en aanbevelingen over de relevante wet- en regelgeving op het gebied van arbeids(on)geschiktheid voor mensen met en zonder werkgever. Omdat hard bewijs ontbreekt, zijn de meeste aanbevelingen gebaseerd op *expert opinion*. Beoogde gebruikers van de richtlijn zijn ook de huisarts en POH(-ggz). Zij spelen immers binnen vrijwel alle genoemde fasen een belangrijke rol.

Aanbevelingen

De [tabel] bevat een overzicht van de aanbevelingen uit de richtlijn waarbij de huisarts een rol speelt. Het is belangrijk om alert te blijven op veranderingen in het (arbeidsmatig) functioneren, ook op de lange termijn. Verwijs tijdig voor specialistische behandeling en begeleiding wanneer terugkeer



Ook op de lange termijn kan NAH klachten geven en die worden vaak niet als zodanig herkend.

Foto: Shutterstock

naar en behoud van werk problemen opleveren. Wanneer de patiënt daarvoor toestemming geeft, kunt u bij signalen van overbelasting verwijzen naar de bedrijfsarts om de mogelijke oorzaken van veranderingen in het functioneren in kaart te brengen en zo verdere escalatie te voorkomen. Wanneer er geen bedrijfsarts bij de patiënt is betrokken, kunt u de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar inschakelen (als de patiënt een zzp'er is met een arbeidsongeschiktheidsverzekering) of de verzekeringsarts Ziektewet (wanneer de patiënt onder het vangnet van de Ziektewet valt). Adviseer een bijstandsgerechtigde patiënt om contact op te nemen met de gemeente. De module 'Geen werkgever' in de richtlijn gaat hier verder op in. Wie de betrokken partners ook zijn: communicatie tussen en samenwerking met de betrokken disciplines is en blijft belangrijk.^{6,15}

CONCLUSIE

Ook op de lange termijn kan NAH klachten geven die tot verminderde arbeidsprestaties kunnen leiden. Blijf daarom alert op NAH in de voorgeschiedenis, zodat u vroegtijdig een juiste behandeling kunt inzetten. In de eerste 3 tot 6 maanden vindt neurologisch herstel plaats. Na die tijd kunnen deze patiënten nog wel beter gaan functioneren doordat ze met hun beperkingen leren omgaan. Ze blijven evenwel verhoogd kwetsbaar. Een ogenschijnlijk kleine verandering in de privé- of werksituatie kan daardoor tot grote problemen leiden. Mensen die

in eerste instantie hun werkzaamheden konden oppakken, vallen in een later stadium soms alsnog uit. Om verergering en langdurige problemen te voorkomen, is het belangrijk om de relatie tussen NAH en de ontstane problemen snel te (h) erkennen. Als huisarts speelt u hierbij een cruciale rol, bij voorkeur in samenwerking met andere disciplines. De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie biedt handvatten voor de juiste begeleiding en doorverwijzing.⁶ ■

DANKWOORD

De auteurs danken wijlen dr. G.H.M.I. (George) Beusmans (voormalig huisarts) voor het meedenken met en meeschrijven aan een eerste versie van dit artikel.

LITERATUUR

1. Hersenstichting. Cijfers over patiënten. <https://www.hersenstichting.nl>. Geraadpleegd op 17 februari 2022.
2. Hersenstichting. Traumatisch hersenletsel. <https://www.hersenstichting.nl>. Geraadpleegd op 14 april 2022.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Medisch Specialistische Zorg; DBC's naar diagnose (detail). <https://opendata.cbs.nl>. Geraadpleegd op 14 februari 2022.
4. Van Velzen JM, Van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Inj* 2009;23:473-88.
5. Van Velzen JM, Beusmans G, Van Bennekom CAM. Niet-aangeboren hersenletsel en werk: gevolgen op langere termijn. *TBV Tijdschr Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd* 2020;28:6-9.

-
6. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn NAH en arbeidsparticipatie. <https://richtlijndatabase.nl>. Geraadpleegd op 10 februari 2022.
 7. Van Bennekom CAM, Van Heugten CM. Revalidatie na een beroerte 1: langetermijngevolgen. In: Franke CL, Limburg M, redactie. Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.
 8. Stiekema A, Winkens I, Ponds R, De Vugt M, Van Heugten C. Het hervinden van een balans in het leven. Zorgbehoeften van mensen met hersenletsel en hun partners. Maastricht: Maastricht University, 2018.
 9. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO, 2002.
 10. Van Heugten C, Sillekens N, Metsemakers J, Van den Akker M. De onzichtbare gevolgen van hersenletsel. Huisarts Wet 2020;63:49-53.
 11. Fens M, Beusmans G, Van Heugten C, Metsemakers J, Limburg M, Van Hoef L. Signaleringsinstrument voor de lange termijn gevolgen van een beroerte (SIGEB). Utrecht: Kennisnetwerk CVA Nederland, 2013.
 12. Fens M, Beusmans G, Limburg M, Van Hoef L, Van Haastregt J, Metsemakers J, et al. A process evaluation of a stroke-specific follow-up care model for stroke patients and caregivers; a longitudinal study. BMC Nurs 2015;14:3.
 13. Winkens I, Ritzen WJM, Dijcks B, Rasquin SMC, Van Heugten CM. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel. Signaleringslijst voor zorgverleners. Handleiding. Hoensbroek: Vilans, 2008.
 14. Van Velzen JM, Van Bennekom CAM, Frings-Dresen MHW. Arbeidsgerichte revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel: aanbod en praktijkvariatie binnen de medisch specialistische revalidatiepraktijk. Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskd 2017;39:149-55.
 15. Miedema HS, Van Velzen JM, Van Bennekom CAM. Werk en inkomen. In: Van der Naalt J, Jacobs B, redactie. Handboek traumatisch hersenletsel. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2021:227-43.

Van Velzen JM, Van Bennekom CAM. Langetermijngevolgen voor werk van niet-aangeboren hersenletsel. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1494-y.
Heliomare Research & Development, Wijk aan Zee: dr. J.M. van Velzen, senior onderzoeker, j.van.velzen@heliomare.nl; prof. dr. C.A.M. van Bennekom, revalidatiearts, manager R&D.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.