

Titel Pagina

Voor de praktijk

Kan de bedrijfsarts dankzij de nieuwe CBO-richtlijn IBD, beter dan daarvoor, adviseren en begeleiden? Vragen en antwoorden.

G.J. Houwert (bedrijfsarts) *1

A.C. Houwert (student geneeskunde) *2

Correspondentieadres

G.J. Houwert, bedrijfsarts

Haaksbergweg 3

1101 BP Amsterdam

Email: g.houwert@medischconsult.nl

*1 Medisch Consult, Amsterdam

*2 Universitair Medisch Centrum Utrecht

Inleiding

Onlangs is de multi-disciplinaire CBO*-richtlijn Inflammatory Bowel Diseases (IBD) verschenen waarbij natuurlijk ook aandacht besteed wordt aan de factor arbeid (1)

IBD zijn chronische ziektebeelden die gepaard kunnen gaan met remissies en exacerbaties. Daarbij zal de bedrijfsarts betrokkene veelal na een exacerbatie-fase, dus in de remissie-fase, arbeidsgeneeskundig begeleiden.

Van IBD is niet bekend dat dit een arbeidsgerelateerde aandoening is. Dat laat onverlet dat bezien moet worden welke factoren in of gerelateerd aan het arbeidsproces, positief of remmend op de bedongen arbeid, of reïntegratie en duurzame inzetbaarheid kunnen uitwerken. Ook voor de persoon in kwestie zal het van groot belang zijn welke coping** stijlen gehanteerd kunnen worden en wat en wie er nodig is om deze zo optimaal mogelijk in te zetten.

Onderstaand wordt aan een casus toegelicht of en zo ja hoe de CBO-richtlijn IBD door de bedrijfsarts kan worden geïmplementeerd en wat de meerwaarde daarvan zou kunnen zijn.

* Centraal Begeleidings Orgaan/Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

** Definitie coping: de manier waarop iemand op aanpassingvereisende omstandigheden reageert met als doel een aanwezige stressor te elimineren of te reduceren.

Casus

Op het spreekuur van de bedrijfsarts komt een vrouw, 24 jaar oud. Zij is niet ziekgemeld. Op 1 januari 2008 is zij in dienst getreden, waarbij zij assisteert bij het maken (inhoudelijk) van publicaties (kantoorfunctie). Zij heeft een contract voor bepaalde tijd (29 uur per week).

Betrokkene komt lopend binnen en gaat normaal zitten. Zij maakt geen koortsige of anemische indruk.

Probleem/anamnese: betrokkene blijkt sinds 6 jaar buikklachten te hebben en is sinds 4 jaar bekend met de diagnose ziekte van Crohn (ZvC) waarvoor enkele malen fistelectomie en gedurende een periode medicamenteuze behandeling met Humira en Imuran. Er was toen sprake van enige stenose in het colon.

Op dit moment heeft betrokkene toenemend pijn door en last van een pararectaal abces/fistel en diarree waarvoor zij sinds 2 weken een antibiotica kuur van de huisarts krijgt.

De diarree heeft zij tot ongeveer 8 x per dag, na een periode van enkele dagen obstipatie; geen bloedverlies; geen bloedbijmenging. Zij heeft geen last van gewrichten/huid/ of ogen en er worden geen ernstige stresserende leef-werkomstandigheden aangegeven. Er is wel sprake van enige vermoeidheid maar deze belet haar niet om te werken.

Onderhouds medicatie: Humira en Imuran

Privé: betrokkene heeft een partner en de relatie wordt als goed omschreven.

Werk: zij doet dit met plezier.

Roken: tot voor 5 jaar gedurende 3 jaar 2-3 sigaretten per dag.

Lichamelijk onderzoek: de bedrijfsarts doet geen lichamelijk onderzoek.

Diagnose op de anamnese: ernstige (recidief)/ complicatie van de ZvC.

Advies: heroverwegen van het antibiotica beleid en met spoed aan de huisarts een verwijzing vragen voor de MDL-arts in het plaatselijke academisch ziekenhuis. Betrokkene wordt daartoe een kort bericht in schriftelijke vorm, gericht aan de huisarts, meegegeven.

Op grond van de anamnestiche bevindingen, wordt betrokkene conform schema 1 urenbeperking (bijlage 1) voornamelijk 50% arbeidsgeschikt geacht en er wordt een vervolg afspraak voor over 2 weken gemaakt.

Vijf dagen later wordt door de MDL-arts een coloscopie gedaan waarbij in het terminale ileum geen bijzonderheden; in het colon, vooral in het transversum en descendens, indrukwekkende ziekteactiviteit met neiging tot stenosering en grote gedenudeerde gebieden. In het perianale gebied: fisteling met resterende wond na fistelectomie.

Voorstel MDL arts: proctocolectomie met saneren van het perianale gebied en eindstandig ileostoma dan wel tijdelijke deviatie.

Beloop: Inmiddels heeft betrokkene zich nu 100% arbeidsongeschikt gemeld.

Er wordt op verzoek van betrokkene door de curatieve sector toch nog geprobeerd om met ophogen van de medicatie het actieve proces te beïnvloeden. Dit blijkt een mission impossible.

Begin mei 2009 wordt er een laparoscopische colectomie verricht met aanleggen van een eindstandig ileostoma. Geleidelijk aan komt betrokkene weer terug op gewicht en op haar eigen energie-niveau.

Betrokkene benoemt (zie “steekwoorden” Bijlage 2) waar zij tegen op ziet en/of moeite mee heeft. Zij heeft de hulp van een psycholoog ingeroepen waarmee zij haar situatie bespreekt en handvatten krijgt hoe daar mee om te gaan. Om haar zelfvertrouwen in relatie tot haar beducht zijn voor de stoma-problematiek (zoals lekken etc) te ondersteunen tijdens en na woon-werk verkeer, wordt geadviseerd tijdelijk met eigen vervoer te komen: een bedrijfs-parkeerplaats wordt door werkgever geaccordeerd.

Per eind juni 2009 reïntegreert betrokkene conform probleemanalyse en plan van aanpak geleidelijk volgens schema, in uren, waarbij de werkinhoud een duidelijke structuur heeft. Drie maanden later is betrokkene weer volledig arbeidsgeschikt: “Ik heb er weer zoveel zin in!”

En: ze heeft inmiddels een contract voor onbepaalde tijd gekregen.

Beschouwing

Richtlijn commissie's.

Over het proces van het maken van richtlijnen en over voorgestelde veranderingen daarin, werd recent in de Lancet gepubliceerd (2). Zolang richtlijn-commissies niet uitsluitend uit epidemiologen bestaan, is de kans te verwaarlozen dat er voor wat betreft de deelnemende bedrijfsarts sprake zal zijn van een belangen conflict waaronder die richting farmaceutische industrie. Een andere vorm van belangen conflict zou daaruit kunnen bestaan dat een lid van de commissie een buitenproportioneel gewicht legt op resultaten van studies waarvan deze zelf (co)auteur is.

Voor de bedrijfsarts in de CBO-richtlijn IBD commissie was daarvan evenmin sprake.

Algemeen: Voor elke patiënt (werknemer), met elke diagnose, geldt voor de bedrijfsarts (“algemene insteek”):

- beoordeel mogelijkheden, beperkingen en prognose* van betrokkene
- beoordeel of er sprake is van een werkgerelateerde component/oorzaak
- beoordeel het herstelgedrag en de coping
- beoordeel bij (actieve) ziekte: is er sprake van adequate behandeling
- beoordeel of de voorgeschreven medicatie (let ook op mogelijke bijwerkingen!) een negatief-/risico effect op de werkzaamheden kan hebben
- beoordeel of arbo-curatief overleg noodzakelijk is en zo ja met welke doelstelling
- beoordeel motivatie en arbeidsgeschiktheid of inzetbaarheid
- probeer waar mogelijk te “demedicaliseren”
- dat “de diagnose” in een eventueel advies “urenbeperking” niet leidend is.
- dat het uitgangspunt is de gedragsmatige aanpak, ook vanwege privacy wetgeving en de wet geneeskundige behandelings overeenkomst (WGBO)
- er door alle daarbij betrokkene partijen voldaan moet worden aan de Wet Verbetering Poortwachter

Voor elke patiënt (werknemer) met een chronische ziekte geldt bovendien voor de bedrijfsarts:

- beoordeel of er sprake is van een remissie of van een exacerbatie
- beoordeel of en zo ja in welke mate er sprake is van een energetische beperking.

* Prognose; zowel wat de duur van de beperkingen betreft alsook van de (mate van) arbeidsgeschiktheid.

Specifiek: IBD-patiënten zullen medisch-technisch en indien geïndiceerd en gewenst, psychologisch behandeld en begeleid worden met als leidraad de CBO-richtlijn IBD.

Vermeldenswaard is onder andere in deze richtlijn, dat er géén aanwijzingen voor ziektespecifieke persoonlijkheidsfactoren of psychiatrische factoren zijn die een rol spelen bij het ontstaan van de ziekte. Problemen die worden aangegeven door de IBD patiënten zijn: energieverlies, verlies van controle, negatief lichaamsbeeld, sociaal isolement, het gevoel tekort te schieten en gebrek aan informatie van de kant van de hulpverleners. Omdat een psychologische interventie de kwaliteit van leven kan helpen bevorderen, is deze inzetbaar bij ervaren problemen met ziekte acceptatie en bij gevoelens van hulpeloosheid.

De bedrijfsarts zal zich de vraag stellen: wat is er voor die patiënt mogelijk en wat faciliteert het herstel/ de inzetbaarheid aan de hand van bovenstaande handvatten.

Ook zal, zoals in de hierboven beschreven casus, moeten worden beoordeeld of de behandeling adequaat is. Daartoe zal de bedrijfsarts bijvoorbeeld kennis moeten nemen van de richtlijnen om ook als arts up-to-date te blijven.

De arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts zal verlopen conform de leidraad die te vinden is op de NVAB website

<http://nvab.artsenet.nl/Artikel-2/Verwijzen-door-de-bedrijfsarts.htm>

In Bijlage 3 werden vragen en antwoorden naar aanleiding van deze casus, samengevat.

Dat IBD een onmiskenbaar effect op de arbeidsparticipatie heeft werd door Boonen et al. in de door hen beschreven Nederlandse populatie vastgesteld (3). Door de eerste auteur van dit artikel is destijds aan het UWV gevraagd over 2004 de IBD WAO-instroom te berekenen. Daarbij bleek die instroom **tenminste** (aangezien IBD als co-morbiditeit, niet werd meegerekend) 0,58% van die totale instroom te zijn (1).

Bij de ZvC is de impact op de arbeidsparticipatie groter dan bij Colitis Ulcerosa en het grootst in de groep jongeren en hoog opgeleiden.

Om een zo optimale arbeidsparticipatie te verkrijgen is een behandeling die een duurzame remissie tot gevolg heeft een belangrijke voorwaarde.

Conclusie.

Indien de bedrijfsarts zorgvuldig en consequent zijn “algemene insteek” hanteert, is het arbeidsgeneeskundig advies onafhankelijk van de medische diagnose, toch vrijwel volledig gecoverd. Voor de finesses is kennis van de CBO-richtlijn echter onontbeerlijk. Zeker wanneer er sprake is van een situatie waarbij diagnostiek en handelen op grond van medische kennis aan de orde is.

Als onderbouwing van bovengenoemde noodzakelijke medische kennis, kan ook gerefereerd worden aan de uitspraak in mei 2003 ten tijde van de Bedrijfsgeneeskundige Dagen in Noordwijk, van Mariele A-Tjak, destijds voorzitter van de NVAB:

“De titel arts is en moet voor de bedrijfsarts een kroonjuweel blijven”

Het antwoord op de vraag:

Kan de bedrijfsarts dankzij de nieuwe CBO-richtlijn IBD, beter dan daarvoor, adviseren en begeleiden? luidt bevestigend.

Bijlage 1

Schema 1

Urenbeperking

Stap 1:

Is er sprake van overbelasting?
(Medische diagnose is op zich géén criterium tav
urenbeperking)

Stap 2

Van wat voor soort overbelasting is er sprake?
per tijdseenheid

- a. piekbelasting
- b. normale belasting te lange tijd
- c. onvoldoende hersteltijd

Stap 3

In welke sfeer vindt de overbelasting plaats?

1. privé
2. werk

Stap 4:

Wat is de reden om urenbeperking te geven?

1. Energetisch aspect
 - a. door somatische ziekte
vb. maligniteit
 - b. als syndroom op zich
vb. chronisch vermoeidheidssyndroom
2. Beschikbaarheids aspect
vb. door behandeling niet aanwezig kunnen zijn op het werk
3. Preventief aspect
vb. voorkomen overbelasting

Stap 5

Beantwoord de vraag: zal de urenbeperking
herstelbevorderend werken?

Bijlage 2 Steekwoorden

“Je wil jezelf zonder hulp van anderen kunnen redden; energie verlies; je niet comfortabel voelen; Comfort-zone; het helpt wanneer je iemand hebt waar je je ei bij kwijt kan; bij speciale situaties: hoe moet je die “handelen” hoe moet je daarmee omgaan?; als je steeds van alles moet.... dan verlaat jij je comfort-zone met alle gevolgen van dien; zo min mogelijk onnodige veranderingen; stabiliteit; structuur.”

En hoe betrokkene haar situatie met stoma ervaart:

“Je moet leren je er aan aan te passen; stel dat het gaat lekken en je bent afhankelijk van het openbaar vervoer...schaamte...; bang zijn voor het opstarten van hobby's bijvoorbeeld gaan sporten: gaan tennissen.”

Arbeidsgeneeskundige vragen en -antwoorden bij bovengenoemde casus	
Vraag	Antwoord
Is betrokkene ten tijde van het eerste consult bij de bedrijfsarts in remissie?	Neen
Waarom doet de bedrijfsarts in deze casus geen lichamelijk onderzoek?	Er lijkt sprake te zijn van een duidelijke exacerbatie van de MC met indicatie voor beoordeling van eventuele aanpassing van de medicatie dan wel operatie. Lichamelijk onderzoek door de bedrijfsarts zou alleen maar onnodig- belastend voor betrokkene zijn.
Heeft de bedrijfsarts de indruk dat de ingezette behandeling adequaat is?	Neen
Is er sprake van medicatie die de mate van arbeidsgeschiktheid van betrokkene in negatieve zin kan beïnvloeden?	Neen
Wordt er geadviseerd over arbeidsgeschiktheid en wordt dit dan gedaan in het licht van een WIA uitgangspunt: bezien wat kan wel?	Ja, aanvankelijk werd betrokkene niet meer 100% maar 50% arbeidsgeschikt geacht. Tijdens het eerste consult werden de stappen (zie bijlage1 volgens 1: ja, 2 c; 3: 1 en 2; 4: 1a en 3; 5: ja) Uiteindelijk reïntegreerde betrokkene weer 100% in eigen werk.
Aangezien roken een risicofactor voor de ontwikkeling van de MC lijkt te zijn, is het van belang naar het rookgedrag te informeren. Rookt betrokkene?	Betrokkene rookt niet meer.
Is er sprake van extra-intestinale verschijnselen?	Neen
Heeft de bedrijfsarts zich ervan vergewist of er een indicatie is voor psycho-sociale steun?	Ja, betrokkene heeft een behandelrelatie met een psycholoog.
Faciliteert de bedrijfsarts (tijdelijke) voorzieningen waardoor de disutility verminderd kan worden voor betrokkene?	Ja (in dit geval het advies om tijdelijk een parkeerplek voor betrokkene ter beschikking te stellen).
Is er sprake van een arbo-curatieve informatie-stroom?	Ja
Worden er voldoende reïntegratie inspanningen door werkgever en werknemer verricht?	Ja
Is er reden om bij een ileostoma de werkzaamheden van betrokkene aan te passen?	Neen. (mogelijk indicatie voor psychologische steun en tijdelijk faciliteren van woon-werk-verkeer)
Waar moet specifiek aandacht aan worden besteed bij de terugkeer naar werk?	De genoemde “steekwoorden” kunnen daarbij leidend zijn.

Literatuur:

- (1) De richtlijn is geheel en als samenvatting te downloaden via onder andere de CBO website en wordt binnenkort ook nog als samenvatting gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG).
- (2) Hirsh J, et al. Clinical experts or methodologists to write clinical guidelines [comment]? Lancet 2009; 374: 273-275
- (3) Boonen CS. Inflammatory Bowel Diseases 8(6): 382-389 2002