

RE-INTEGRATIE

Theo Senden

bedrijfsarts, klinisch arbeids-
geneeskundige, kwartiermaker
Zorg voor Arbeid Radboudumc
Nijmegen

Desiree Dona

bedrijfsarts, klinisch arbeids-
geneeskundige, principal clinician
Radboudumc Nijmegen

Jacqueline Janssen

bedrijfsarts, klinisch arbeids-
geneeskundige Radboudumc
Nijmegen

KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE HEEFT SLEUTELROL

Radboudumc overbrugt kloof tussen zorg en arbeidsdomein

De kloof en de schotten tussen de zorg en het domein van arbeid en bedrijfsgezondheidszorg belemmeren het goed functioneren van de arbocuratieve zorgketen. In het Radboudumc zijn hieruit lessen getrokken, die geleid hebben tot het project Zorg voor Arbeid.

Maatschappelijke participatie is medebepalend voor kwaliteit van leven en zou een uitkomstmaat voor kwaliteit van zorg moeten zijn. Behoud van werk is dan een belangrijk behandeldoel. Maar onze gezondheidszorg is niet ingericht om de toenemende groep chronisch zieken te ondersteunen bij optimaal behoud van arbeidsparticipatie. In het zorgdomein ontbreekt het aan aandacht voor arbeid en arbeidsgeneeskundige kennis. In het arbeidsdomein heeft ruim 40 procent (!) van de werkenden geen toegang tot bedrijfsgezondheidszorg of deze is kwalitatief onder de maat.



LOGOPEDISTE (50 JAAR), COMPAGNON IN TWEEMANSPRAKTIJK

Vrouw met levensbedreigende complicaties na allogene stamceltransplantatie vanwege een T-lymfoblastair lymfoom. Nu medisch stabiel. De praktijk (vof) wordt conform de contractvoorwaarden na een jaar ziekte ontbonden. Haar arbeidsongeschiktheidsverzekering biedt geen begeleiding. Keert gelukkig wel 100 procent uit. Op het spreekuur van de KAG vat mevrouw haar problemen kort maar krachtig samen: 'Ik mag blij zijn dat ik het heb overleefd, maar intussen ben ik wel alles kwijt wat er voor mij toe deed: sporten, werken, sociaal leven. Wat nu? Wat kan ik nog? Hoe krijg ik weer regie en wie helpt mij daarbij?'

Patiënt heeft het advies van de KAG om als eerste stap weer werkritme en -conditie op te doen door stapsgewijze re-integratie, bijvoorbeeld als vrijwilliger bij een collega-praktijk, opgepakt. Vervolgens gaat zij in een praktijk voor een paar uur per week waarnemen. De KAG heeft geadviseerd hoe zij haar uren verder kan opbouwen. Dat is gelukt. Zij is nu met deze praktijkhouder bezig met de voorbereiding van een jaarcontract voor 24 uur per week.

Beide domeinen zijn sterk gescheiden, er is nauwelijks communicatie. Structurele verbetering van arbocuratieve samenwerking lukt ondanks vele projecten en rapporten niet. Kortom, er is sprake van systeemfalen. Kern van het probleem is het bestaan van gescheiden silo's, zowel in organisatie als in financiering.

Positief gezondheidsmodel

Het Radboudumc overbrugt kloof en schotten met de zorginnovatie Zorg voor Arbeid: de klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) als specialist in het behandelteam en als verbinder van zorg- en arbeidsdomein. De KAG organiseert en begeleidt de arbocuratieve netwerkzorg van diagnostiek en behandeling tot re-integratie op de werkvloer, samen met de patiënt. Inmiddels zijn circa duizend patiënten begeleid, mogelijk gemaakt met morele en financiële steun van de raad van bestuur. Evaluatieonderzoek loopt. Doel van het project is om door middel van gezond en passend werk herstel en kwaliteit van leven te bevorderen. Dit sluit aan bij het positieve gezondheidsmodel van Huber, waarbij gezondheid niet de afwezigheid van ziekte is, maar het vermogen van mensen om met hun beperkingen om te gaan, en wel zoveel mogelijk in eigen regie. Naast groot persoonlijk belang, wordt daarmee eveneens aanzienlijk maatschappelijk belang gediend. Namelijk besparing van zorg-, werkgevers- en uitkeringskosten, behoud van arbeidsproductiviteit en financiële onafhankelijkheid.

Patiënten hebben grote zorgen en stress rondom werk en inkomen

De rol van de KAG

In het model wordt een arbeidsgeneeskundige – een geregistreerde senior bedrijfsarts – ingezet als lid van het behandelteam. Deze ontwikkelt zich door scholing, deelname aan multidisciplinair overleg en ervaring tot een ziektespecifieke, arbeidsgeneeskundig specialist ofwel klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG). Ervaring is opgedaan met KAG's in behandelteams voor diverse oncologische en hematologische ketens, voor CVA- en parkinsonpatiënten en voor een aantal cardiologische patiëntgroepen. Zie de *kaders* voor enkele korte casusbeschrijvingen, die de problematiek op het gebied van arbeid en de rol van de KAG illustreren. Verwijzing van patiënten naar polisprekuren van KAG's vindt op indicatie plaats door de behandelend medisch of verpleegkundig specialist. Verwijzingen komen vaker van verpleegkundig specialisten dan van medisch specialisten. Zij richten zich namelijk op sociale implicaties van ziekte en behandeling. Om participatieproblemen goed te kunnen bespreken en voor de triage worden zij geschoold en gecoacht.



PROJECTLEIDER EVENEMENTEN (38 JAAR), ONREGELMATIG WERK, PIEKBELASTING

Man, sinds drie jaar lijdend aan de ziekte van Parkinson. Ziekte debuteerde met traagheid, stijfheid en beven. Goede reactie op medicatie. Patiënt vindt zijn baan leuk. Soms werkt hij zeven dagen achter elkaar. Cognitieve klachten nemen de laatste tijd toe en belemmeren hem in het werk; hij heeft moeite met plannen en organiseren. Alles kost meer tijd en energie en bij piekbelasting krijgt hij toenevend parkinsonsymptomen. Hij wil graag zo lang mogelijk aan het werk blijven, maar weet niet wat hij kan verwachten op langere termijn. Hij beseft dat beperkingen gestaag zullen toenemen en dat dus zowel in de behandeling als in het werk voortdurend proactief bijgestuurd zal moeten worden om overbelasting en vroegtijdige uitval te voorkomen. De KAG geeft adviezen mee voor de korte termijn, zoals afbakenen van taken, organisatie van werk, aanpassing werkplek en energiemangement gedurende de dag. Voor de langere termijn wordt een loopbaantraject overwogen. De KAG geeft eveneens voorlichting over Wvp en WIA en adviseert om met zijn advies het preventief spreekuur van de eigen bedrijfsarts te bezoeken. Deze is welkom voor overleg.

Na verwijzing naar het polisprekeuur van de KAG voert deze een uitgebreide intake uit, en stelt een probleemanalyse op. Bevorderende en belemmerende factoren voor terugkeer naar of behoud van werk worden op een rij gezet. Op basis van de analyse stelt hij met de patiënt een plan op met adviezen en interventies in het zorgdomein en/of arbeidsdomein. Zo nodig stemt de KAG af met

OPERATOR MACHINALE HOUTBEWERKING (45 JAAR), VASTE LOONDIENTST, KLEINE WERKGEVER

Herseninfarct met dysartrie en halfzijdige verlamming. In acute fase succesvol behandeld. Fysieke beperkingen herstellen vrijwel restloos. Bij werkhervatting is hij echter snel moe, zijn er problemen met informatieverwerking, geheugen en verdelen en vasthouden van aandacht. Hij is stapsgewijs gaan re-integreren met aangepast tempo en takenpakket. Goede ondersteuning van collega's en leidinggevende. Bij zes werkuren per dag stagneert de re-integratie. Met de WIA-keuring in zicht wordt op advies van de casemanager de stap naar volledige hervatting gezet. Het UWV heeft immers moeite met een urenbeperking... Maar dan gelden weer de normale productienormen, meent zijn baas. Iedereen is tevreden dat het niet tot een WIA-keuring is gekomen. Op het spreekuur van de KAG vertelt echtgenote dat meneer uitgeteld thuiskomt van zijn werk en niets meer bijdraagt aan huishouden en gezin. Zijn lontje wordt alsmaar korter en de sfeer thuis is beroerd. Zelf is ze herstellend van een hartinfarct. De KAG geeft de patiënt een brief mee voor de bedrijfsarts met zijn oordeel dat volledige ureninzet met volledige productiviteit in eigen werk te belastend is. Hij adviseert zo nodig een mentaal duurbelastbaarheidsonderzoek om de beperkte duurbelastbaarheid te onderbouwen.



professionals in beide domeinen, zoals medisch specialist, verpleegkundige, revalidatiearts, paramedici, bedrijfsarts, werkgever, verzekeringsarts, re-integratiebegeleider van de gemeente, et cetera.

Zeer waardevol

In peilingen bij diverse patiëntgroepen in het Radboudumc staat het thema werk steeds in de top 3 van prioriteiten. Patiënten ervaren het als zeer waardevol dat ze al vroeg na hun diagnose informatie en begeleiding krijgen bij het opstellen van een 'werkplan' als onderdeel van het zorgplan. De uitgebreide intake, die zowel het medische als het werkdomein in beeld brengt, en het opstellen van een geïntegreerd plan, helpen patiënten vaak al heel goed verder. Zij krijgen beter zicht op hun situatie en ervaren daardoor weer meer grip en regie.

Zorgprofessionals zien dat hun patiënten grote zorgen en stress hebben rondom werk en inkomen. Het beslag dat op hun kostbare tijd gelegd wordt door arbeidsgerelateerde vragen van de patiënt, waar ze vervolgens niet bij kunnen helpen, wordt als frustrerend ervaren. Ze zien dat begeleiding door de KAG de patiënt verder helpt en stress vermindert, en daarmee de effectiviteit van de behandeling vergroot en het herstel bevordert. Eerstelijnsbedrijfsartsen ervaren de KAG als steunend wanneer ze merken dat de KAG niet op hun stoel gaat zitten, maar wil verbinden. Steeds vaker zoeken zij contact met de KAG's voor overleg en afstemming bij begeleiding van gezamenlijke patiënten. Wanneer de bedrijfsarts of verzekeringsarts medische informatie opvraagt bij de medisch specialist helpt de KAG om de vertaalslag te maken naar informatie die voor de aanvrager relevant is.

Belangrijkste belemmering

Van raad van bestuur tot zorgprofessionals en patiënten, zijn partijen unaniem van mening dat Zorg voor Arbeid doorontwikkeld en verspreid moet worden. Het Radboudumc gelooft daarin en blijft erin investeren. Uiteraard moet evaluatieonderzoek de effectiviteit en doelmatigheid aantonen.

Voor verdere ontwikkeling en verspreiding is essentieel dat ook bij de politiek en de verantwoordelijke minister het besef ontstaat dat de bestaande scheiding van financiering tussen curatieve en bedrijfsgezondheidszorg geïntegreerde, arbocuratieve netwerkzorg voor werkenden in de weg staat. De Zorgverzekeringswet voorziet niet in de mogelijkheid van financiering van in de zorg geïntegreerde 'arbeidszorg' en vormt daarmee de belangrijkste belemmering. Dat schot moet met gebundelde krachten van stakeholders in beide domeinen neergehaald worden om de kloof tussen zorg en arbeid te kunnen overbruggen. Dat besef groeit, evenals de bereidheid om zich daar sterk voor te maken. ■

contact

theo.senden@radboudumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl