

KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE ONDERDEEL BEHANDELTEAM

‘Werk en welbevinden hebben grote

De afgelopen tien jaar is MDL-arts Frank Hoentjen (Radboudumc) slechts één keer gebeld door een bedrijfsarts over een IBD-patiënt. “Terwijl we er tweeduizend onder controle hebben. Velen van hen haken af in het arbeidsproces, wat zorgt voor veel frustratie. En dat heeft weer zijn weerslag op de ziekte.” Reden voor de IBD-groep van het Radboudumc om klinisch arbeidsgeneeskundige Monique Derikx op te nemen in het behandelteam.

“Waar ik op de polikliniek tegenaan liep, is dat we de darmen bij deze patiënten wel rustig krijgen met al onze therapieën, maar dat bijvoorbeeld chronische vermoeidheidsklachten blijven. Hierdoor hebben ze moeite om in het arbeidsproces overleefd te blijven. Tegelijkertijd zien ze er vaak nog jong en fit uit – de diagnose IBD (chronische darmontsteking) wordt meestal gesteld als patiënten tussen de twintig en dertig jaar oud zijn – waardoor bedrijfs- en verzekeringsartsen denken: ‘die kan zo weer aan het werk’. Dat genereert veel negatieve energie bij deze patiënten; ze hebben het gevoel dat ze niet worden begrepen. Het frustreerde mij dat wij daarin weinig konden betekenen. Als IBD-patiënten op een duurzame manier in het arbeidsproces meekunnen, komen ze beter in hun vel te zitten, en ik denk dat dat ook bevorderlijk is voor hun buik”, zegt Frank Hoentjen.

Frustraties

Joëll Jannink (29) is één van de IBD-patiënten die Hoentjen onder controle heeft. Zij herkent de frustraties. “Vanaf de eerste dag van mijn ziekmelding als maatschappelijk werker, met een achtergrond als verpleegkundige, liep ik tegen allerlei obstakels aan.

Zo heb ik bijvoorbeeld met drie verschillende bedrijfsartsen te maken gehad. De eerste zei: ‘nou meid, je moet je afvragen of je überhaupt nog wel kán werken met jouw klachten’, de tweede zei: ‘Ik vind dat je echt in staat bent om te werken, je ziet er prima uit.’ Ik had het gevoel dat ik mij moest bewijzen, wat sowieso lastig is voor mensen met een chronische ziekte. Dat maakte mij verdrietig en ik vond het bovenal onrechtvaardig. Ik gaf ze toestemming informatie bij het Radboudumc op te vragen, maar dat deden ze niet. Op een gegeven moment liep ik volkomen vast, kon al die telefoontjes, mailtjes, vragen en afspraken met alle betrokkenen en belanghebbenden niet meer managen. Ik had op dat moment veel behoefte aan iemand die mij tijdens dit traject bij de hand kon nemen, een onafhankelijke sparringpartner die met mij kon meedenken en adviezen kon geven.”

Tweejarig programma

Omdat Hoentjen dit probleem veel vaker tegenkwam bij IBD-patiënten, nam hij het initiatief een klinisch arbeidsgeneeskundige – een gespecialiseerde bedrijfsarts die meer ziektespecifieke kennis heeft – op te nemen in het behandelteam. Dankzij financiering van AbbVie en Pfizer werd het mogelijk om binnen het Radboudumc een tweejarig programma te starten. Klinisch arbeidsgeneeskundige, Monique Derikx, is toegankelijk voor iedere IBD-patiënt in het Radboudumc met vragen over werk, inkomen, opleiding en het psychosociale welbevinden. Derikx: “De vragen die bij mij terechtkomen, zijn heel verschillend. Het varieert van vragen over wet- en regelgeving tot de behoefte aan mentale ondersteuning. Sommige IBD-patiënten willen alleen graag hun verhaal kwijt; anderen hebben meer behoefte aan tips & tricks rondom het verzuimtraject. Ik geef bijvoorbeeld informatie hoe de WIA-keuring eruit ziet en wat ze

op orde moeten hebben. Een kwart tot een derde verwijs ik door naar een medisch psycholoog of multidisciplinair revalidatietraject, bijvoorbeeld omdat ze hun ziekte niet kunnen accepteren of niet weten hoe ermee om te gaan, en daarvoor extra hulp nodig hebben.”

Onafhankelijk oordeel

Dat Derikx daadwerkelijk meedraait in het IBD-behandelteam, heeft verschillende voordelen. Hoentjen: “Monique werkt namens het Radboudumc. Dit geeft IBD-patiënten het vertrouwen dat ze haar werk in het belang van de patiënt uitvoert, en niet in het belang van andere partijen.”

Ook Derikx merkt dat patiënten haar oor-



Joëll Jannink

impact op de ziekte IBD'



deel als klinisch arbeidsgeneeskundige anders ervaren dan dat van bijvoorbeeld de eigen bedrijfsarts. “Ik werk ook twee dagen in de week als bedrijfsarts. Ondanks dat ik durf te zeggen dat je als bedrijfsarts een onafhankelijke rol hebt, voelt dat voor patiënten niet altijd zo. Inhoudelijk komt de bedrijfsarts misschien niet tot andere adviezen of een ander oordeel, maar ik merk toch dat de patiënten in het Radboudumc makkelijker iets tegen mij durven te zeggen over hun zorgen of vragen durven te stellen over eventuele consequenties voor hun werk.” Jannink: “Ik heb inderdaad het idee dat Monique meer onafhankelijk is. Bovendien is het fijn dat zij veel weet van de ziekte IBD (Derikx heeft enkele jaren de MDL-artsen-

opleiding gevolgd – red). En doordat ik vanuit het Radboudumc word ondersteund, voel ik mij ook sterker richting de bedrijfs- en verzekeringsarts: bij een medisch consult met hen neem ik nu zelf het initiatief om medische informatie aan te dragen.”

Onderdeel behandelteam

Derikx noemt meer voordelen van een klinisch arbeidsgeneeskundige in vergelijking met een bedrijfs- of arbo-arts. “Een gespecialiseerd bedrijfsarts heeft meer ziektespecifieke kennis van één of een bepaald aantal ziektebeelden. Mijn MDL-achtergrond helpt om de ziekte, en dus de IBD-patiënten, beter te begrijpen. Bovendien ben ik beschikbaar voor iederéén, dus ook voor mensen die

geen toegang tot een bedrijfsarts hebben, zoals zzp'ers, werkzoekenden, scholieren en mensen die vragen hebben over vrijwilligerswerk. Nog een voordeel: als ik tijdens mijn spreekuur relevante zaken signaleer die voor de MDL-arts of chirurg van belang zijn om mee te nemen in zijn of haar overwegingen voor de behandeling, kan er meteen een interactie zijn: ik ben immers onderdeel van het behandelteam. Die ingang heeft een bedrijfs- of verzekeringsarts natuurlijk niet zo makkelijk.” Als voorbeeld noemt zij een IBD-patiënt die psychosociaal dermate in de knel zit dat zo'n patiënt als eerste behandeloptie misschien beter geholpen is met psychosociale ondersteuning dan met medicijnen of zelfs chirurgie.



FOTO: JLF FOTO & FILMSTUDIO



FOTO: BART REITSMA

Frank Hoentjen



FOTO: BART REITSMA

Monique Derikx

Duurzaam model

Het programma in het Radboudumc loopt nu tien maanden, waarin Derikx veertig verschillende IBD-patiënten heeft gezien met wie zij in totaal zo'n zeventig tot tachtig contactmomenten had. "Ik ben nu een database aan het bijhouden over de resultaten. Intern zijn we als klinisch arbeidsgeneeskundigen in het Radboudumc nog op zoek naar de variabelen waarop we kunnen meten. Door de grote diversiteit aan patiënten en hulpvragen is dat lastig. Maar de bedoeling is dat we duidelijk gaan maken wat het effect is van onze zorg én het voor elkaar krijgen dat klinisch arbeidsgeneeskundigen structureel worden ingebed binnen de verschillende medisch specialismen in ziekenhuizen." Hoentjen: "Wij kunnen dit project nu alleen maar doen door de financiële steun vanuit de farmaceutische industrie. Wil je dit model duurzaam inzetten, dan moet er een

vergoeding worden opgenomen in de diagnose-behandelcombinatiestructuur (DBC), zodat zorgverzekeraars deze zorg kunnen gaan vergoeden. Een IBD-patiënt weer aan het werk betekent namelijk winst voor iedereen."

Oproep

Het belangrijkste vinden Hoentjen en Derikx nu om *awareness* te genereren dat arbeid een belangrijke impact op de ziekte heeft, en vice versa. Hoentjen: "Het is lastig om dit in getallen uit te drukken, maar je ziet de opluchting bij IBD-patiënten als ze maatschappelijk weer kunnen meedoen." Jannink beaamt dat: "Het heeft mij heel veel rust gegeven." Hoentjen vervolgt: "Bovendien scheelt het de maatschappij veel kosten als we jonge IBD-patiënten aan het werk kunnen houden." Ook Derikx pleit voor meer aandacht voor werk en psychosociale

problemen bij chronisch zieken.

"In het visiedocument *Zorg die werkt* van de KNMG wordt dat ook aangedragen. Dus zorg ervoor dat de arbeidsgerichte zorg gewoon vergoed wordt vanuit de zorgverzekering en toegankelijk wordt voor iedereen." Maar om beslagen ten ijs te komen richting overheid en zorgverzekeraars is het belangrijk de krachten te bundelen, weten Hoentjen en Derikx. Hoentjen: "Ik zou daarom graag de oproep willen doen aan MDL-afdelingen die affiniteit hebben met het onderwerp en/of hiermee iets willen, om contact met ons op te nemen."

Meer informatie

Kijk op <https://www.radboudumc.nl/projecten/arbeidsgerichte-zorg> en/of neem contact op met Frank Hoentjen (hoentjen@ualberta.ca) of Monique Derikx (monique.derikx@radboudumc.nl).

E-HEALTH

Ons leven is zo langzamerhand bijna ondenkbaar zonder het gebruik van allerhande apps. Ook op medisch gebied zijn inmiddels veel apps ontwikkeld, bijvoorbeeld om snel allerlei medische berekeningen te doen zoals BMI, creatinineklaring en MELD-score (MedCalc®). Voor patiënten komen er steeds meer apps waarmee zij hun ziekte (beter) kunnen monitoren. Zo verkrijgen zij meer regie over hun aandoening of ziekte.

Happi Liver: de NAFLD-applicatie voor leefstijlondersteuning

Veranderingen in het ziektebeeld kunnen patiënten bijvoorbeeld via de app registreren middels vragenlijsten, waarna ze (sneller) contact kunnen opnemen met hun zorgverleners. De informatie wordt veelal in een gekoppelde *backoffice* (Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) of eigen portaal) verwerkt en besproken, en als terugkoppeling stuurt de zorgverlener een advies naar de patiënt. Waar in het verleden telefonische consulten of een spoed-polikli-

nisch bezoek werden ingepland, geeft zo'n patiëntmelding nu minder druk en stress voor zorgverleners en zijn de poliklinische controles beter regelbaar. Bekende en veel gebruikte apps zijn MijnIBDcoach en Luscii Thuismeten-apps.

Leververvetting

Voor patiënten met leververvetting is er sinds 1 juli 2021 de Happi Liver-app. Niet-alcoholische vetleverziekte (NAFLD) is

een prevalentie aandoening. Ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking heeft leververvetting veroorzaakt door een ongezonde leefstijl die wordt gekenmerkt door weinig beweging en hoogcalorische voeding. Bij een derde van de personen met NAFLD ontstaat een niet-alcoholische steatohepatitis (NASH), een chronische leverontsteking. NAFLD en NASH treden het meest frequent op in personen met overgewicht en obesitas. In het proces naar overgewicht en obesitas