

# VA RIO



1<sup>e</sup> jaargang nummer 7

Beste collega's,

Nummer 7 van het VA RIO is een feit. Deze keer bevat het een samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn 'Mensen met migraine ...aan het werk!' uit december 2013 te behandelen. Het is een lijvig stuk van 143 pagina's dus ik heb geprobeerd een samenvatting te maken. Deze is helaas ook nog altijd redelijk lang, maar in ieder geval korter dan 143 pagina's. Het gehele stuk zal als bijlage meegestuurd worden voor de geïnteresseerden.

Verder was er een interessant artikel in het NTVG over artrose, een aandoening die de meeste van ons regelmatig aantreffen in onze cliënten. Het artikel bevat ook een toets zodat je kan nagaan of je de stof goed opgenomen hebt.

Verder is er weer een bijdrage van Bart van Schendel. Deze keer over het nieuwe IVA formulier dat bij ons in het team ontwikkeld is.

Groetjes,

Jetske

# NTVG

## Artrose, D1442

Naast de toenemende vergrijzing is er een duidelijke relatie tussen een BMI>30 en artrose van het knie- en handgewricht. De knie en heup zijn het vaakst aangedaan. Andere veel voorkomende locaties zijn de rug, nek en handen (vingers). Artrose komt zowel in een primaire als secundaire vorm voor, bij een secundaire vorm van artrose is er sprake van een pre-existente gewrichtsafwijking zoals bij de ziekte van Perthes, heupdysplasie, doorgemaakt trauma, doorgemaakte artritis of een aangeboren scheefstand.

De meest voorkomende risicofactoren voor het ontwikkelen van artrose zijn: leeftijd, geslacht (vrouw), knieletsel (meniscusresectie, intra-articulaire fractuur, microtrauma), mechanische afwijkingen en een hoog BMI. Andere risicofactoren die ook nog een rol spelen zijn: spiersterkte, fysieke activiteit, verkeerde bewegingen, werk, genoom, etniciteit, botmetabolisme en voeding.

De wetenschappelijke naam voor wat we in het Nederlands 'artrose' noemen is osteoarthritis (Engels: 'osteoarthritis'). De ontstekingscomponent is voornamelijk aanwezig in het synoviale weefsel.

Het Griekse 'arthron' betekent 'gewricht'. Artritis is dus een ontsteking van het gewricht. De meest voorkomende artritiden zijn reumatoïde artritis, jichtartritis, reactieve artritis en bacteriële artritis. Pseudoartrose is het verschijnsel dat optreedt wanneer een botbreuk niet vastgroeit en er vervolgens een vals gewricht ontstaat. Wanneer er na 6 maanden geen consolidatie is tussen de delen van een fractuur, is er sprake van 'non-union' en dus van pseudoartrose.

De diagnose kan klinisch gesteld worden op basis van de criteria uit de NICE-richtlijn:

- Anamnese:
  - o Leeftijd > 45 jaar
  - o Aan activiteiten gerelateerde pijn
  - o Geen of kortdurende ochtendstijfheid (<30 min)
- Ondersteunend lichamelijk onderzoek
  - o Verminderde flexie of extensie
  - o Crepitaties bij bewegingsonderzoek
  - o Gevoeligheid gewrichtsspleet
  - o Benige verbreding van gewricht

Er is een discrepantie tussen de mate van pijn bij artrose en de objectieve bevindingen op de röntgenfoto's. Van de mensen met kniepijn heeft 15-76% radiografische gonartrose en van degenen met radiografische gonartrose heeft 15-81% kniepijn. Bij de heup is de correlatie tussen heuppijn en röntgenologische tekenen van coxartrose eveneens laag. Een röntgenfoto dient dan ook alleen gemaakt te worden ter uitsluiting van andere aandoeningen.

Voor de conservatieve behandeling van artrose is er een stroomschema ontwikkeld:

Artrose -> oefentherapie/hulpmiddelen/gewichtsverlies/educatie -> paracetamol -> NSAID toevoegen -> glucocorticoidinjectie overwegen -> verwijzen naar orthopedisch chirurg

Wanneer conservatieve therapieën onvoldoende effect hebben kan een verwijzing naar een orthopeed uitkomst bieden voor het invasieve therapieën. Mogelijke ingrepen zijn: artroscopie, osteotomie, artrodese, artroplastiek en resectie-artroplastiek.

Een totale knieprothese gaat momenteel ongeveer 15 jaar mee, afhankelijk van hoe actief de patiënt is. Bij jonge en actieve patiënten is de levensduur van deze prothese korter.

# Richtlijn Migraine

De richtlijn is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten en is geautoriseerd door onder andere de NVVG en NVAB.

## Wat is migraine?

Migraine is een chronische neurovasculaire hersenziekte die zich met name manifesteert door aanvallen van hevige hoofdpijn. Migraine komt relatief veel voor; de prevalentie in Nederland wordt geschat op ongeveer 19%, 7,5% bij mannen en 25% bij vrouwen (Linde, 2012; Launer, 1999). Migraine is voor meer dan 50% erfelijk bepaald. We spreken van de aandoening 'migraine' wanneer er tenminste vijf hoofdpijnaanvallen zijn opgetreden, die voldoen aan de criteria van de International Headache Society (IHS) (IHS, 2004).

De criteria zijn:

1. waarschuwingfase (prodromale fase)
2. aurafase
3. hoofdpijnfase
4. fase waarin de hoofdpijn langzaam verdwijnt
5. herstelfase (postdromale fase)

## Frequentie en intensiteit van migraine op de werkplek

De prevalentie van migraine onder de bevolking uiteen loopt van minder dan 10% tot 20%, waarbij de prevalentie onder vrouwen ongeveer drie maal zo hoog is als onder mannen. Waarschijnlijk speelt hierbij de menstruatie-gerelateerde migraine een rol van betekenis.

Bij een praktijkgrootte van circa 2000 werknemers lijkt het aannemelijk dat de bedrijfsarts 200 tot 400 potentiële migrainepatiënten zal kunnen ontmoeten. Het is waarschijnlijk dat het aantal extra verzuimdagen door migraine gemiddeld niet meer bedraagt dan circa vijf dagen per jaar. Het aantal werkdagen met verminderde productiviteit ligt waarschijnlijk dicht bij de 10 dan bij de 20 dagen per jaar. Door de grote mate van onderrapportage van migraine (door ontkenning, onderdiagnosticering en onderbehandeling) is er voor patiënt, bedrijfsleven en maatschappij bij adequate benadering nog veel winst te behalen met betrekking tot de mate van arbeidsparticipatie van de migrainepatiënt.

## Omgevingskenmerken en de relatie met migraine op het werk

Voor geen enkele omgevingskenmerk is overtuigend bewijs gevonden dat deze een migraineaanval initieert. Toch worden deze factoren door veel mensen met migraine, onafhankelijk van elkaar en wereldwijd, genoemd als potentiële triggers voor een migraineaanval. De triggers zijn niet absoluut omdat de aanwezigheid van een dergelijke factor niet altijd een aanval opwekt bij dezelfde persoon en alleen subgroepen van personen met migraine gevoelig kunnen zijn voor een specifieke uitlokkende factor. Dit suggereert een multifactorieel triggermechanisme voor individuele aanvallen. Veel mensen met migraine vinden het belangrijk dat factoren, die zij als 'triggers' zien, worden aangepast, ook al is er geen één op één relatie tussen een trigger en een migraineaanval. Voor die mensen, waarbij bepaalde arbeidsomstandigheden, zoals licht, geluid, binnenklimaat en dergelijke uitlokkende factoren lijken te zijn voor een migraineaanval kan aanpassing van deze omstandigheden aanbevolen worden. Bij mensen uit de werkomgeving, die niet gewend zijn om te gaan met het wisselvallige optreden van migraineaanvallen, kan vaak onbegrip en soms wantrouwen ontstaan ten opzichte van de persoon met migraine, die zich onverwachts terugtrekt of minder alert is.

De werkgroep acht een open communicatie over migraine, tussen de persoon met migraine en zijn collega's en leidinggevenden, van belang om goede arbeidsverhoudingen in stand te houden. De werkgroep is van mening dat voor veel werkenden met migraine het zelf kunnen regelen en indelen van werkinhoud en werktijden (autonomie over tijdgebruik) bijzonder nuttig kan zijn om de negatieve effecten van 'afwezigheid' of verminderde productiviteit ten gevolge van migraine te compenseren. Goed onderling overleg wordt ook aanbevolen wanneer bepaalde taken aanleiding

geven tot een verhoogde migraine frequentie op de werkplek danwel migraineaanvallen versnellen en/of verhevigen. Het is voorstelbaar dat sommige beroepen minder goed te combineren zijn met onverwachte uitval of geringere alertheid door migraine.

### **Persoonlijke kenmerken en de relatie met migraine op het werk**

De persoonlijke kenmerken, die personen met migraine noemen, verschillen in vóórkomen en in de mate waarin door deze kenmerken een migraineaanval uitgelokt, dan wel versneld wordt. Er zijn geen sluitende empirische bewijzen gevonden dat deze kenmerken gelden voor de gehele populatie migrainepatiënten. Toch worden deze kenmerken frequent genoemd door personen met migraine. Er zijn aanwijzingen dat migrainepatiënten – aspecifiek – gevoeliger zijn voor bepaalde prikkels of liever, voor verandering daarin, met name vlak voor de migraineaanval.

Voor de hele groep van migrainepatiënten zijn dit dus aspecifieke kenmerken. Maar per persoon kunnen dit specifieke patronen zijn. Het lijkt de werkgroep voor de hand liggend om met deze (en eventueel andere) persoonlijke kenmerken rekening te houden.

### **Preventieve maatregelen en medicamenteuze behandelingen rond migraine op het werk**

De effecten van patiënteneducatie, in welke vorm dan ook, zijn weliswaar niet enorm groot, maar toch vaak lonend. Door grotere kennis omtrent migraine en beter begrip wordt de ervaren ziektelast meestal verminderd en de productiviteit verhoogd. Om de informatie beter te laten bekliven, is het zinvol wanneer juist medewerkers met migraine deze ontvangen in plaats van het totale personeelsbestand. Met eenvoudige onderzoekstechnieken (bijvoorbeeld een vragenlijstje) of bestaande bestanden zijn medewerkers met migraine te traceren. In de literatuur is niet gevonden wat de kosten zijn van dit soort interventies, maar deze lijken gering ten opzichte van de secundaire kosten van migraine (verzuim, productieverlies, medicijngebruik, en zorgvraag).

De effecten van cognitieve gedragstherapie bij hoofdpijn zijn in lijn met de effecten bij chronisch pijn in het algemeen. De behandelingen duren relatief kort. Biofeedback wordt weinig aangeboden, maar psychosomatisch fysiotherapeuten kennen de principes. De principes van cognitieve gedragstherapie vinden wellicht hun weg naar de spreekkamers van huisartsen. Psychiatrische comorbiditeit kan van invloed zijn op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Toch hoeft een mentale stoornis geen onoverkomelijk probleem voor het volgen van cognitieve gedragstherapie te zijn. De cultureel bepaalde aversie tegen psychologische behandeling lijkt af te nemen. Mindfulness en met name Mindfulness Based Stress Reduction wordt toegepast voor chronische pijn. Daarbij worden positieve resultaten geboekt.

Er zijn geen studies gevonden naar de seriële 'uitprobeer'-strategie. Er zijn alleen studies gepubliceerd naar aparte medicatie (één of meer medicijnen naast elkaar). Wel kan geschat worden dat, onder ideale omstandigheden, de last van migraine bij 90% van de mensen verminderd kan worden, bij 80% zelfs veel verminderd.

De belemmeringen voor een effectieve behandeling van migraine liggen in de praktijk niet zozeer bij de farmacotherapeutische mogelijkheden, maar bij de omgeving, bij de ruimte die een persoon met migraine krijgt om de migraineaanval effectief aan te pakken en bij de multimorbiditeit. Bovendien zijn er nog steeds veel mensen met migraine die geen professionele hulp zoeken. Ook bij een optimale aanpak en een patiënt zonder multimorbiditeit lukt het soms niet de migraine effectief te reguleren. Geregeld gaat dit samen met dagelijkse gewone hoofdpijn en regelmatig met frequent gebruik van medicijnen die voor coupering van migraine aanvallen bestemd zijn. Vaak is medicijnovergebruik van de aanvalsmedicatie de oorzaak van het probleem.

### **Het optimaliseren van samenwerking rond en met de persoon met migraine**

Samenwerking van (al dan niet medische) disciplines die in of rond de werkomgeving functioneren, met behandelende disciplines en met de werknemer, vindt in Nederland (te) weinig plaats. De persoon met migraine communiceert niet altijd open en volledig naar de werkgever of bedrijfsarts over de migraineklachten. Voor het arbeidsverzuim worden dikwijls andere redenen opgegeven. Anderzijds weten bedrijfsartsen meestal onvoldoende van migraine met zijn specifieke problematiek en vragen zij daar onvoldoende op door, om alert en op constructieve wijze samen met de patiënt de problemen in de arbeidssituatie en de lasten voor de werkgever te verminderen.

In Nederland zou de hoofdbehandelaar, in overleg met de patiënt, vaker een verwijzende rol richting bedrijfsarts kunnen vervullen, zeker wanneer er sprake is van in het werk gelegen factoren. Idealiter blijft er tijdens het vervolg van het zorgproces contact bestaan tussen hoofdbehandelaar en bedrijfsarts.

De verzekeringsarts bepaalt de mate van belastbaarheid van de patiënt, wanneer er sprake is van een ziekte. Het weten van de exacte diagnose is niet doorslaggevend om de belastbaarheid te kunnen vaststellen. Voor migrainepatiënten is deze belastbaarheid minder eenvoudig te duiden. Tijdens en rond een migraineaanval is de belastbaarheid voor migrainepatiënten veel geringer dan onder normale omstandigheden.

### **Het beoordelen van de arbeids(on)geschiktheid**

Van 1 januari 2006 -1 augustus 2008 heeft UWV 117 werknemers beoordeeld in het kader van een WIA-aanvraag. Van die werknemers werd 47% als minder dan 35% arbeidsongeschikt beschouwd. Van de overige werknemers kreeg één persoon een IVA, 37% een uitkeringspercentage 80-100% WGA en 15% werd ingedeeld in de klasse 35-80% WGA. De WIA cijfers van UWV hebben betrekking op 31 mannen en 86 vrouwen. De leeftijdsverdeling is als volgt: 26-35 jaar (28%), 36-45 jaar (28%), 45-55 jaar (30%) en 56 jaar of ouder (11%). Bij de betreffende WIA-beoordeling was migraine de hoofddiagnose. In 66 gevallen was dit de enige diagnose. Veel voorkomende nevend diagnoses waren depressie (20%), overspanning (7%) en spanningshoofdpijn (5%). Deze WIA cijfers wijken niet essentieel af van de algemene cijfers met betrekking tot instroom WIA.

## **Ingezonden stukken**

### **Nieuwe IVA-voorlegger, Bart van Schendel**

In Rijnmond wordt de 'voorlegger en beslisdocument IVA-toekenning' gebruikt voor de controle van dossiers waarin IVA aan de orde kan zijn. Al vele jaren geleden is deze beoordeling door de adviseurs bij de uitvoerende collega's ondergebracht. Toch wordt er op het formulier nog verwezen naar de stafverzekeringsarts. Daarbij staat er bij verschillende invulregels standaard 'verzekeringsarts', terwijl er vele AIOS en ANIOS onder ons zijn. Aangezien het een officieel dossierstuk is en 'verzekeringsarts' een beschermd titel, zou dit in theorie een probleem kunnen vormen. Vandaar dat ik het formulier op een aantal plaatsen heb aangepast, zodat het meer correct is. Verder heb ik een paar veranderingen aangebracht om het meer overzichtelijk en gebruiksvriendelijker te maken voor de controlerende geregistreerde verzekeringsarts. Eén en ander is in overleg met George Moggre gedaan. In team 3/4 is het reeds het 'officiële' voorlegdocument. Het aangepaste formulier is te vinden in de bijlage.