



Federatie
**Medisch
Specialisten**

NAH en arbeidsparticipatie

Inhoudsopgave

NAH en arbeidsparticipatie	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina - NAH en arbeidsparticipatie	3
Acute fase bij NAH	5
Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk bij NAH	8
Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie bij NAH	17
Bijna aan het werk bij NAH	35
Lange termijnfase bij NAH	40
Sociale zekerheid bij NAH	45
Geen werkgever bij NAH	56
Zelfstandig ondernemers en ZZP'ers bij NAH	58
Zieke voormalig werknemers met NAH (die vallen onder het vangnet van de Ziektewet)	65
Gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35 tot 80%) bij NAH	72
Personen in de bijstand bij NAH	75

Startpagina - NAH en arbeidsparticipatie

Waar gaat deze richtlijn over?

Personen met een NAH met een niet-progressief verloop, waarbij na een acuut of subacuut begin de nadruk ligt op herstel van functioneren. Dit omvat beschadiging van de hersenen, door een neuroloog gediagnosticeerd, door een hersenbloeding en herseninfarct (inclusief TIA waarvan later blijkt dat er toch blijvende schade is), door een hersentrauma (inclusief licht traumatisch hersenletsel), door een hersenontsteking ten gevolge van een bacteriële of virale infectie of een auto-immuun aandoening, door hypoxie als gevolg van bijvoorbeeld een hartstilstand, door intoxicatie of door een laaggradige hersentumor. Verder dient er een relatie te zijn tussen het functioneren, klinisch beeld en het hersenletsel en betreft het personen die een relatie tot werk hebben of wensen.

De fase waarin de persoon met NAH verkeert, vormt de basis voor de opbouw van de richtlijn. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- Aanbevelingen in acute fase, herstelfase, bijna-aan-het-werk fase en de lange termijnfase.
- Voorspellen terugkeer naar werk
- Interventies t.a.v. arbeidsparticipatie
- Informatie en aanbevelingen rond sociale zekerheid, zoals Wet Verbetering Poortwachter, (de gevolgen van) Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling en de Participatiewet (breder toepasbaar dan alleen patiënten met NAH)
- Informatie en adviezen indien de persoon met NAH geen werkgever heeft

Zie 'Algemene inleiding' in de bijlage voor meer informatie over de verschillende fasen.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

Personen met NAH, revalidatieartsen, verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, neurologen, huisartsen, POH(-GGZ), (neuro)psychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, psychiaters, arbeidsdeskundigen, jobcoaches, re-integratieprofessionals en personen rondom de persoon met NAH die betrokken zijn bij de re-integratie, maatschappelijk werkenden, physician assistants, verpleegkundig specialisten en (gespecialiseerd) verpleegkundigen.

Voor patiënten

In Nederland leven naar schatting ruim 600.000 mensen met een vorm van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Een groot deel van de mensen zijn tussen de 18 en de 67 jaar. Uit cijfers van UWV blijkt dat in maart 2020 bijna 19.000 mensen met NAH een WIA of Wajong uitkering ontvingen. Hoeveel mensen in Nederland in staat zijn terug te keren naar werk na NAH, weten we niet. Wereldwijd blijkt ongeveer 40% van de mensen binnen twee jaar terug te keren naar eigen, aangepast of ander werk (van Velzen, 2009).

Op dit moment is Thuisartsinformatie voor deze richtlijn in ontwikkeling. Gerelateerde Thuisartspagina's zijn o.a.:

<https://www.thuisarts.nl/beroerte>

<https://www.thuisarts.nl/begeleiding-van-bedrijfsarts>

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). De

richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep met vertegenwoordigers vanuit de revalidatieartsen, verzekeringsgeneeskundigen, bedrijfsgeneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen, jobcoaches, neurologen, ergotherapeuten, psychologen, arbeidsdeskundigen en ervaringsdeskundigen. Op grond van gesprekken met verschillende vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen zijn knelpunten vastgesteld. Deze zijn in de richtlijn aan de orde worden gesteld.

Toepassen

In de bijlage van module 'Sociale Zekerheid' vindt u een schematisch overzicht van de belangrijke momenten t.a.v. Wet Verbetering Poortwachter.

In de bijlage van module 'Geen werkgever' vindt u een schematisch overzicht van de verantwoordelijke instanties.

Status van de richtlijn

De autorisatiedatum van de laatste herziening van de richtlijn betreft 31-03-2021. De richtlijn is toen geheel herzien.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Acute fase bij NAH

Uitgangsvraag

Wanneer en door wie wordt welke informatie gegeven tijdens de acute fase na ontstaan van hersenletsel?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen:

1. Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?
2. Op welk moment moet contact met de bedrijfsarts gezocht worden?

Aanbeveling

Deelvraag 1

Behandelsetting:

Bespreek met de patiënt en naasten in een zo vroeg mogelijk stadium de mogelijke gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel die het proces van terugkeer naar werk kunnen beïnvloeden, waarbij de timing van de informatieverstrekking afhankelijk is van de klinische toestand van de patiënt en het ingezette revalidatietraject.

Welke zorgverlener dit bespreekt is afhankelijk van lokale en regionale afspraken.

Deelvraag 2

Behandelsetting:

Adviseer de patiënt om wanneer er problemen met werkhervatting worden verwacht vóór het hervatten van het werk, de mogelijke gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel in een zo vroeg mogelijk stadium met de bedrijfsarts te bespreken.

Overwegingen

De meeste patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel worden tijdens de acute fase gezien door een arts (huisarts, spoedeisende hulparts en/of neuroloog). Deze groep is zeer heterogeen wat betreft ernst van het hersenletsel, het herstel en de prognose. Het merendeel van de patiënten herstelt na enkele dagen; een deel verslechtert, waarna soms neurochirurgische interventie wordt verricht; enkelen van hen overlijden of komen (langdurig) niet bij bewustzijn (zogenaamd niet-responsief waaksyndroom of minimaal bewuste toestand). Na het stellen van de diagnose en de medische behandeling, wordt de patiënt door de behandelaar ingelicht over het eventuele verdere revalidatie-traject en het beloop.

1. Welke aandachtspunten dienen met de patiënt te worden besproken?

De werkgroep is van mening dat artsen en zorgverleners in deze (acute) fase alert moeten zijn op de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces. Deze gevolgen kunnen zich op verschillende gebieden uiten en bestaan uit stoornissen in sensorische en motorische vaardigheden ('zichtbare gevolgen'), maar ook uit cognitieve stoornissen, stemmings- en gedragsproblemen ('onzichtbare gevolgen'). Deze mogelijke gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel zijn in een tabel weergegeven. Een complicerende factor is dat er sprake kan zijn van een gebrek aan inzicht, met of zonder besef, bij een deel van

de patiënten en een verschil tussen de belasting in de thuissituatie en op het werk dat niet altijd (h)erkend wordt door de patiënt of de omgeving. Hierdoor bestaat het risico dat op langere termijn problemen ontstaan op het werk. De gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel die de arbeidsparticipatie kunnen belemmeren moeten met de patiënten en eventuele naasten worden besproken door de artsen en zorgverleners. Deze informatieverstrekking dient bij voorkeur in de acute fase van het ziektebeloop plaats te vinden, waarbij de timing van de informatieverstrekking afhankelijk is van de klinische toestand van de patiënt en het ingezette revalidatietraject. Dit kan tijdens de ziekenhuisopname, het revalidatietraject of poliklinische bezoek plaatsvinden. Indien bekend is welke gevolgen patiënten op dat moment ervaren kan deze worden benoemd tijdens het gesprek. Welke zorgverlener dit bespreekt is afhankelijk van lokale en regionale afspraken.

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006)

2. Op welk moment moet contact met de bedrijfsarts gezocht worden?

Wanneer er problemen met de werkhervatting worden verwacht vanwege de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, dienen deze door de behandelaar met de patiënt te worden besproken. De behandelaar kan de patiënt adviseren om deze te bespreken met de bedrijfsarts, alvorens hij of zij het werk hervat. Voor patiënten zonder werkgever zie module 'Geen werkgever'. Indien de patiënt met niet-aangeboren hersenletsel een revalidatieprogramma volgt, moet de revalidatiearts of behandelaar de patiënt er op wijzen dat tijdig contact met de bedrijfsarts essentieel is. Afhankelijk van de ernst van het letsel kunnen ook tijdens de revalidatie al re-integratiemogelijkheden ontstaan. De patiënt kan dan in een zo vroeg mogelijk stadium ondervinden waar hij/zij tegen aangaat lopen in het werk en daar (indien mogelijk) gericht aan werken in de revalidatie. Ook kan hij hetgeen hij/zij leert in de revalidatie gaan leren toepassen in de dagelijkse praktijk. Een goede afstemming tussen de revalidatiearts en de bedrijfsarts is daarbij essentieel.

Andere patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel, zoals een licht traumatisch schedelhersenletsel of een TIA, worden ontslagen naar huis nadat de medische diagnose is gesteld, vaak met de mededeling dat ze geen of nauwelijks klachten hebben. Na de acute fase en bij hervatten van het werk zijn er niet-zichtbare gevolgen, die interfereren met het werk. Het is van belang dat neurologen, physician assistants, huisartsen of verpleegkundig specialisten dit probleem tijdig signaleren en zo nodig specialistische hulp inschakelen. Professionals (neurologen, revalidatieartsen, huisartsen en/of verpleegkundig specialisten) dienen daarom in een acute fase informatie over de diagnose, de mogelijke zichtbare en niet-zichtbare gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met werkhervatting en de prognose van de ziekte te geven aan de patiënten en/of zijn/haar omgeving, afhankelijk van het cognitieve niveau van de patiënt (zie module '[Bijna aan het werk](#)'). De werkgroep is van mening dat dit van belang is voor een goede overdracht en stroomlijnen van arbeidsparticipatieproces.

Onderbouwing

Achtergrond

De acute fase is de eerste fase na het optreden van het hersenletsel. Deze fase bestaat bij de meeste patiënten uit beoordeling op de spoedeisende hulp en eventuele ziekenhuisopname tot ontslag. Deze fase is vooral gericht op de diagnostiek en behandeling van het onderliggende hersenletsel. De duur van de acute fase varieert per patiënt en per ziektebeeld, en wordt onder andere bepaald door de duur van de ziekenhuisopname. Er is in dit stadium vaak onvoldoende aandacht voor de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel op de arbeidsparticipatie. Indien artsen en zorgverleners de patiënt in een vroeg stadium hierover informeren, kan deze de situatie indien nodig tijdig met de bedrijfsarts bespreken om de werkhervatting zo goed mogelijk te bevorderen.

Zoeken en selecteren

Gezien de aard van de uitgangsvraag en gezien de specifieke Nederlandse setting is besloten geen systematische search uit te voeren. Achtergrond op de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Van Bennekom, C. A., Wind, H., Hulshof, C. T., & Frings-Dresen, M. H. (2016). Werkhervatting na niet-aangeboren hersenletsel. Onzichtbare gevolgen bemoeilijken arbeidsparticipatie. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 160, A9608.

Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk bij NAH

Uitgangsvraag

Welke vragenlijst(en)/test(en) kun je bij welke persoon met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?

Aanbeveling

Baseer een inschatting of iemand weer aan het werk kan niet op één instrument. Kijk breed, multidimensionaal, naar alle belangrijke aspecten: cognitieve functies, fysieke beperkingen, mentale beperkingen, fysieke belastbaarheid, mentale belastbaarheid, sociaal functioneren en emotioneel functioneren. Dit in samenhang met de benodigde capaciteiten voor het werk en de werkomstandigheden zoals werkdruk, prikkels, taken en arbeidsbelasting.

De formele bepaling of iemand kan werken ligt bij bedrijfsarts, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige.

Overwegingen

Voor- en nadelen van de diagnostische instrumenten en de kwaliteit van het bewijs

Er is weinig onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van instrumenten met betrekking tot de terugkeer naar werk. Bij de enkele instrumenten waar dit wel is gedaan is de bewijskracht laag door de kwaliteit van de studie, de kleine populatie of de zeer specifieke subpopulatie waarin dit onderzoek is gedaan.

Het aantal studies dat is gevonden per meetinstrument is zeer gering. Van de BADS, FAM, MoCA, RBMT en TMT is ieder slechts één studie gevonden die de voorspellende waarde voor terugkeer naar werk bij personen met NAH heeft onderzocht. Voor de WHODAS 2.0 zijn twee studies gevonden, waarbij gebruik is gemaakt van gegevens uit een database waar patiënten zichzelf konden aanmelden om toegang te krijgen tot sociale voorzieningen. Het risico op selectiebias en overschatting door zelfrapportage van de ervaren klachten is bij deze studies groot. Daarnaast is het percentage personen dat kon terugkeren naar werk (4,5%) in deze zeer geselecteerde populatie zeer laag. Daarom zijn deze studies niet vergelijkbaar met het percentage in de Nederlandse (en internationale) patiëntengroep met NAH. Hierdoor zal de gerapporteerde sensitiviteit en de specificiteit anders zijn dan in de doelgroep van deze richtlijn.

Geen enkele studie rapporteerde een goede sensitiviteit en specificiteit. De overall bewijskracht is daardoor zeer laag. In de besluitvorming gaan we uit van de expert opinion van de werkgroepleden.

Gezien de zeer lage overall bewijskracht, is hier sprake van een duidelijke kennislacune. Er is behoefte aan meer onderzoek, met name naar instrumenten die al in de praktijk worden gebruikt in Nederland. De prognostische waarde van deze instrumenten en vooral ook een combinatie van instrumenten, zoals een neuropsychologisch onderzoek of een testbatterij, op terugkeer naar werk zou onderzocht moeten worden. Zie verder ook de Kennislacunes in de bijlage.

De werkgroepleden stellen dat het varen op één instrument niet de goede weg is en er verschillende instrumenten gebruikt moeten worden die een breed scala van de voor arbeidsparticipatie belangrijke aspecten

in kaart brengen. Dit om een afgewogen deskundig oordeel te geven. In de praktijk worden er in Nederland instrumenten in zowel de herstelfase als in de lange termijnfase ingezet. In de behandelfase zijn deze instrumenten veelal niet specifiek op arbeid gericht, maar geven zij duidelijkheid over het cognitief en/of fysiek functioneren. Een aantal revalidatie-instellingen in Nederland bieden arbeidsgerichte revalidatie en beschikken over de expertise om gericht onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor de terugkeer naar werk. Ook zijn er commerciële partijen die diagnostiek verrichten in het kader van arbeidsparticipatie. Het is hierbij wel van belang om na te gaan of er ook voldoende expertise is ten aanzien van NAH.

Op basis van één instrument is niet goed in te schatten of iemand weer aan het werk kan. Hierbij spelen ook de eisen die aan de functie van de persoon met NAH worden gesteld een belangrijke rol. Wel is duidelijk dat vele factoren de mogelijkheid tot participatie beïnvloeden. De in de literatuurzoekactie gevonden instrumenten zijn onderdeel van een neuropsychologisch onderzoek. Het neuropsychologisch onderzoek meet de objectieve cognitieve stoornissen (tempo van informatieverwerking, verdeelde aandacht, korte en lange termijn geheugen, executief functioneren). Het neuropsychologisch onderzoek omvat voornamelijk veel tests die de cognitieve functies in kaart brengen samen met ecologisch valide tests en prestatievaliditeitstests. Deze tests zijn gevalideerd en goed genormeerd. Duurbelasting is geen onderdeel van het neuropsychologisch onderzoek, maar maakt veelal wel onderdeel uit van de problematiek bij mensen met NAH. Door een NPO aan het begin van de dag af te nemen en (delen van) het NPO aan het eind van de dag te herhalen, wordt soms wel geprobeerd een beeld van de duurbelastbaarheid te krijgen. De voorspellende waarde van deze werkwijze is echter niet onderzocht. Daarnaast worden vaak observatie-instrumenten afgenomen die het cognitief functioneren in kunstmatige en natuurlijke settings in kaart brengen, eventueel aangevuld met (subjectieve) zelfrapportagelijsten ingevuld door persoon met NAH of diens naasten (voor een overzicht zie Domensino, 2020).

Verder is het ook belangrijk zicht te hebben op het communicatief functioneren en de psychosociale aanpassing alsmede de subjectieve beleving van het functioneren door de persoon met NAH. Daarom zal er breed, multidimensionaal, naar alle belangrijke aspecten gekeken moeten worden, waarbij men niet alleen uitgaat van een korte momentopname. In de literatuur worden vele factoren frequent genoemd: cognitieve functies, fysieke beperkingen, mentale beperkingen, fysieke belastbaarheid, mentale belastbaarheid, sociaal functioneren en het gedragsmatig-emotioneel functioneren. Het wegen van de diverse belemmerende factoren, het bepalen van de impact op het arbeidsmatig functioneren van de persoon met NAH en hier conclusies aan verbinden ten aanzien van participatiemogelijkheden vraagt om een gedegen kennis van zowel de arbeidsmarkt als de beperkingen van de persoon met NAH in relatie tot werk.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Voor patiënten is het belangrijk dat het afnemen van het instrument niet onnodig belastend is voor hen. De afname van instrumenten moet bijdragen aan een afgewogen advies over de arbeidsmogelijkheden en -beperkingen. Personen met NAH willen over het algemeen graag weer aan het werk. Daarom is de sensitiviteit van het instrument belangrijk, zodat er niet ten onrechte geconcludeerd is dat men niet aan het werk kan, terwijl dat wel zou kunnen. Echter ook de specificiteit is belangrijk zodat niet wordt geconcludeerd dat een persoon met NAH aan het werk kan terwijl hij/zij zelf veel beperkingen of een (sterk) verminderde belastbaarheid heeft.

Kosten (middelenbeslag)

De kosten voor het afnemen van een neuropsychologisch onderzoek (NPO) zijn omstreeks 1000 tot 2000 euro. Daarnaast zijn aan het gebruik van sommige instrumenten, zoals de FAM, kosten verbonden vanwege licenties en/of het volgen van een gecertificeerde training om het instrument af te kunnen nemen. Al deze kosten zullen echter opwegen tegen het positieve aspect van goede diagnostiek: het feit dat de persoon met NAH eerder aan het werk kan, op een geschikte aangepaste werkplek komt of minder snel zal uitvallen wanneer hij of zij weer aan het werk is gegaan.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

Diagnostiek bij het vaststellen of een persoon met NAH aan het werk kan is niet nieuw. Een neuropsychologisch onderzoek wordt veelvuldig uitgevoerd en blijkt aanvaardbaar en haalbaar. Ditzelfde geldt ook voor vele andere instrumenten. Een extra diagnostisch instrument past binnen de gebruikelijke zorg. Een eventuele extra training voor het afnemen van een specifiek instrument of vragenlijst is eenvoudig te implementeren.

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Er is weinig onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van instrumenten met betrekking tot de terugkeer naar werk. In de besluitvorming is daarom uitgegaan van de expert opinion van de werkgroepleden. De werkgroep kan niet één specifieke vragenlijst of test aanbevelen. De meeste gevonden instrumenten in de literatuurstudie zijn onderdeel van een neuropsychologisch onderzoek, dat al veelvuldig wordt uitgevoerd en aanvaardbaar en haalbaar blijkt te zijn. De werkgroepleden zijn van mening dat het belangrijk is om naast de cognitieve functies naar meerdere aspecten te kijken. Het gaat hierbij om fysieke beperkingen, mentale beperkingen, fysieke belastbaarheid, mentale belastbaarheid, sociaal functioneren, communicatief functioneren en het gedragsmatig-emotioneel functioneren en hoe deze zich verhouden tot het werk dat iemand geacht wordt te verrichten of wil gaan verrichten.

Onderbouwing

Achtergrond

Gedurende de herstelfase en aan het einde van een behandel-/revalidatieperiode is er behoefte aan duidelijkheid over resterende arbeidsmogelijkheden en belastbaarheid. Er is behoefte aan een duidelijk instrumentarium om het arbeidsmatig functioneren van patiënten in kaart te brengen alvorens zij zich gaan richten op re-integratie. Welke instrumenten kun je inzetten? Welke voorspellende waarde hebben zij? En welke informatie/inzichten kan je patiënten meegeven aan de hand van deze instrumenten?

Conclusies

Zeer laag GRADE	<p>Het is onduidelijk of de Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs) kan onderscheiden of patiënten met traumatisch hersenletsel 3 maanden na afname van de BADs voltijd aan het werk gaan zonder aanpassingen of ondersteund werk gaan verrichten.</p> <p><i>Bronnen: (Sawamura, 2018)</i></p>
----------------------------	--

<p>Laag GRADE</p>	<p>Er zijn enige aanwijzingen dat de Functional Assessment Measure (FAM), afgenomen bij ontslag uit het ziekenhuis, een redelijke sensitiviteit en een redelijke specificiteit heeft voor het onderscheiden van patiënten met traumatisch hersenletsel die 3 jaar na letsel werkloos zijn ten opzichte van patiënten die werkzaam zijn 3 jaar na letsel.</p> <p><i>Bronnen: (Grauwmeijer, 2012)</i></p>
<p>Laag GRADE</p>	<p>Er zijn enige aanwijzingen dat de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), afgenomen 6 maanden na subarachnoïdale bloeding (SAB), een redelijke sensitiviteit en een redelijke specificiteit heeft voor het onderscheiden van patiënten met een SAB die terugkeren naar werk 12 maanden na SAB ten opzichte van patiënten die niet terugkeren naar werk.</p> <p><i>Bronnen: (Wallmark, 2016)</i></p>
<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk of de Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) bij patiënten met traumatisch hersenletsel kan onderscheiden of zij werkloos worden of ondersteund werk gaan verrichten 3 maanden na afname van de RBMT.</p> <p>Het is onduidelijk of de Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) bij patiënten met traumatisch hersenletsel kan onderscheiden of zij voltijd aan het werk gaan zonder aanpassingen of ondersteund werk gaan 3 maanden na afname van de RBMT.</p> <p><i>Bronnen: (Sawamura, 2018)</i></p>
<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk of de Trail Making Test (TMT) bij patiënten met traumatisch hersenletsel kan onderscheiden of zij werkloos worden of ondersteund werk gaan verrichten 3 maanden na afname van de TMT.</p> <p><i>Bronnen: (Sawamura, 2018)</i></p>
<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk of de World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) cross-sectioneel kan onderscheiden of patiënten met een doorgemaakte beroerte of traumatisch hersenletsel terugkeren naar werk bij personen die zich registreerden om in aanmerking te komen voor sociale voorzieningen.</p> <p><i>Bronnen: (Huang, 2018; Huang, 2019)</i></p>

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Vijf studies zijn geïncludeerd met in totaal 4576 patiënten.

Grauwmeijer (2012) heeft de voorspellende waarde van de Functional Assessment Measure (FAM) voor werkstatus onderzocht. De FAM evalueert het cognitief en communicatief functioneren en psychosociale aanpassing. Bij 94 patiënten (66 mannen en 28 vrouwen; 33,2 jaar \pm 13,1) met mild tot ernstig traumatisch hersenletsel (Glasgow Coma Scale 3 tot 12) werd de FAM door getrainde onderzoekspsychologen afgenomen bij ontslag uit het ziekenhuis. De werkstatus werd op een aantal momenten tot 3 jaar na het hersenletsel vastgesteld. Voor het hersenletsel was 80% aan het werk, 3 maanden na het letsel was dat 15% en 3 jaar na letsel 55%. Van de 88 personen die werkten voor het letsel, werd 38% werkloos, 39% hield hun huidige baan en 22% veranderde van baan (2% lost-to-follow up). Er is niet beschreven of de voorspellende waarde van de FAM voor werkstatus is berekend op basis van de populatie die ten tijde van het hersenletsel aan het werk was of dat ook de personen zonder werk ten tijde van het letsel waren meegenomen in de berekening.

Huang (2018) heeft de World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) onderzocht in relatie tot terugkeer naar werk bij patiënten met beroerte (N = 2963). De WHODAS 2.0 is een zelfrapportagevragenlijst waarin de 6 aspecten van functioneren (cognitie, mobiliteit, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten en participatie) volgens het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) worden geëvalueerd. De onderzoekers maakten gebruik van gegevens uit de Taiwan Data Bank of Persons with Disability. Patiënten kunnen zich in dit systeem registreren om toegang te krijgen tot sociale voorzieningen. Patiënten jonger dan 60 jaar met ICD-9-CM codes 430 tot 438 werden geselecteerd. Er is geen data gerapporteerd over hoeveel tijd er in de onderzochte groep is verstreken sinds de beroerte. De WHODAS 2.0 werd ingevuld op hetzelfde moment dat de patiënten zich in dit systeem registreerden. De vragen in de WHODAS 2.0 hebben betrekking op de afgelopen 30 dagen. Van de 2963 patiënten (2146 mannen en 817 vrouwen) keerden er 119 terug naar werk na het letsel en 2844 keerden niet terug naar werk.

Huang (2019) heeft de World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) onderzocht in relatie tot terugkeer naar werk bij patiënten met traumatisch hersenletsel (N = 1312). In deze cross-sectionele studie maakten zij gebruik van gegevens uit de Taiwan Data Bank of Persons with Disability. Patiënten kunnen zich in dit systeem registreren om toegang te krijgen tot sociale voorzieningen. Patiënten tussen 20 en 60 jaar met ICD-9-CM codes voor traumatisch hersenletsel werden geselecteerd. Dit omvatte ook patiënten met licht traumatisch hersenletsel. Patiënten werden uit de database geselecteerd indien het traumatisch hersenletsel langer dan 6 maanden geleden was opgelopen. Er is geen data gerapporteerd over de tijd die is verstreken sinds het hersenletsel in de onderzochte groep. De WHODAS 2.0 werd ingevuld op hetzelfde moment dat de patiënten zich in dit systeem registreerden. De vragen in de WHODAS 2.0 hebben betrekking op de afgelopen 30 dagen. Van de 1312 patiënten (981 mannen en 331 vrouwen) keerden er 60 terug naar werk na het letsel en 1252 keerden niet terug naar werk.

Sawamura (2018) onderzocht verschillende neuropsychologische tests onder 132 Japanse patiënten (70% man; gemiddeld begin 40 jaar) met traumatisch hersenletsel dat langer dan 6 maanden geleden was opgelopen. Zij hadden matig tot ernstig letsel (Glasgow Coma Scale 3 tot 12) en waren in de werkzame leeftijd (18-65 jaar). De afgenomen tests waren: de Trail Making Test part A (TMT-A) en part B (TMT-B), Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT), Miyake's Paired Verbal Association Learning Test (PVALT), Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) en de Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III). Met de TMT-A werd selectieve aandacht en verwerkingssnelheid beoordeeld en de TMT-B werd gebruikt om schakelen van aandacht, verdelen van aandacht en verwerkingssnelheid te beoordelen. De RBMT

evalueert het alledaags geheugen, inclusief verbaal geheugen, visueel geheugen en prospectieve geheugentaken. De PVALT evalueert het verbale geheugen en leren. De BADS evalueert het executief functioneren. De WAIS-III evalueert intelligentie en verbale prestaties. Werkstatus is vastgesteld 3 maanden na het afnemen van de tests. Op dat moment was 53,8% werkloos, 25,0% was fulltime werkzaam zonder speciale werkomstandigheden en 21,2% had werk met ondersteuning. Deze ondersteuning kon worden geboden vanuit de revalidatie, maar omvatte ook sociale werkvoorziening en andere tijdelijke of permanente werkondersteuning. De geïnccludeerde patiënten werkten op het moment van het oplopen van het letsel, maar de werkstatus is niet opnieuw vastgesteld bij het afnemen van de tests.

Wallmark (2016) onderzocht de voorspellende waarde van de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) op terugkeer naar werk bij 75 patiënten (36% man; 58 jaar \pm 12) die een subarachnoïdale bloeding (SAB) hadden doorgemaakt. Met behulp van de MoCA worden de cognitieve domeinen geëvalueerd: visuospatieel/executief, naamgeving, aandacht, taal, abstractie, vertraagde herinnering en oriëntatie. Voor de analyse werden enkel de patiënten meegenomen die ten tijde van de SAB werkzaam waren. De MoCA en terugkeer naar werk werden respectievelijk 6 maanden en 12 maanden na bloeding afgenomen/vastgesteld. 48% van de patiënten was niet teruggekeerd naar werk, 34% was weer volledig aan het werk en 18% was gedeeltelijk aan het werk.

Resultaten

Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)

De BADS totaalscore heeft een gemiddelde van 100 met een standaarddeviatie van 15.

Sawamura (2018) vonden voor de BADS totaalscore de optimale afkapwaarde van 94 of lager voor het onderscheiden van patiënten met traumatisch hersenletsel die 3 maanden na afname van de test ondersteund werk verrichtten ten opzichte van patiënten met een voltijd aanstelling zonder aanpassingen drie maanden na het afnemen van de test. Hierbij rapporteren ze een redelijke sensitiviteit van 76% en een goede specificiteit van 82%. De sensitiviteit en een specificiteit bij het onderscheiden van werkeloze versus werkzame patiënten (met en zonder aanpassingen) zijn niet vermeld.

Functional Assessment Measure (FAM)

Scores op de FAM variëren van 12 (totaal afhankelijk) tot 84 (totaal onafhankelijk).

Grauwmeijer (2012) vonden een waarde lager dan 65 op de FAM ten tijde van ontslag uit het ziekenhuis voor het onderscheiden van patiënten die werkloos waren 3 jaar na traumatisch hersenletsel ten opzichte van patiënten die werkzaam waren. Zij rapporteren hierbij een redelijke sensitiviteit van 75% en een redelijke specificiteit van 70%. De positief voorspellende waarde is 65% en de negatief voorspellende waarde 79%. Er is niet beschreven of bij het bepalen van de prognostische waarde van de FAM enkel de personen zijn meegenomen die voor het letsel werkzaam waren.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Scores op de MoCA lopen van 0 tot 30, waarbij een hogere score staat voor een beter cognitief functioneren.

Wallmark (2016) vonden bij patiënten met een subarachnoïdale bloeding voor de MoCA, afgenomen 6 maanden na de bloeding een afkapwaarde van lager dan 27 voor het onderscheiden van patiënten die niet

waren teruggekeerd naar werk 12 maanden na de bloeding ten opzichte van patiënten die wel waren teruggekeerd naar werk. Hierbij rapporteren ze een redelijke sensitiviteit van 71%, een redelijke specificiteit van 65%, een positief voorspellende waarde van 65% en een negatief voorspellende waarde van 68%.

Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT)

De RBMT bestaat uit meerdere subtests die resulteren in een totaalscore. De totaalscore kan omgezet worden naar een profielscore.

Sawamura (2018) vonden voor de RBMT profielscore een afkapwaarde van 14 of lager bij het onderscheiden van patiënten met matig tot ernstig traumatisch schedelhersenletsel die 3 maanden na afname van de test werkloos waren ten opzichte van patiënten met ondersteund werk. Zij rapporteren hierbij een redelijke sensitiviteit van 65% en een redelijke specificiteit van 68%.

Bij het onderscheiden van patiënten met ondersteund werk ten opzichte van patiënten met een voltijd aanstelling zonder aanpassingen vonden ze voor de RBMT profielscore een score van 20 of lager met een goede sensitiviteit (82%) en een redelijke specificiteit (68%).

De sensitiviteit en een specificiteit bij het onderscheiden van werkeloze patiënten versus patiënten die voltijd werkzaam waren zonder aanpassingen zijn niet vermeld.

Trail Making Test (TMT)

Het resultaat van de Trail Making Test wordt gerapporteerd in aantal seconden die nodig waren om de test te voltooien.

Sawamura (2018) vonden voor de TMT-B een afkapwaarde van 169 seconden of meer voor het onderscheiden van patiënten met matig tot ernstig traumatisch hersenletsel die 3 maanden na afname van de test werkloos waren ten opzichte van patiënten die ondersteund werk verrichtten. Hierbij rapporteren ze een lage sensitiviteit (56%) en een redelijke specificiteit (71%). De sensitiviteit en een specificiteit zijn niet vermeld voor het onderscheiden van werkloze patiënten versus patiënten met een voltijd aanstelling zonder aanpassingen en ook niet voor het onderscheiden van patiënten met een voltijd aanstelling zonder aanpassingen versus patiënten met ondersteund werk.

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)

Voor de WHODAS 2.0 zijn de scores gestandaardiseerd naar scores van 0 tot 100, waarbij een hogere score staat voor meer moeite met het uitvoeren van dagelijkse taken.

Huang (2018) vonden voor de WHODAS 2.0 somscore een afkapwaarde van 42,5 of lager onderscheidend voor patiënten met beroerte die terugkeerden naar werk ten opzichte van patiënten die niet terugkeerden naar werk. Hierbij vonden zij een redelijke sensitiviteit van 65,6% en een goede specificiteit van 82,4%.

Huang (2019) vonden voor de WHODAS 2.0 een gestandaardiseerde somscore van 39,5 of lager onderscheidend voor patiënten met traumatisch hersenletsel die terugkeerden naar werk ten opzichte van patiënten die niet terugkeerden naar werk. Hierbij vonden zij een redelijke sensitiviteit van 73,5% en een goede

specificiteit van 86,7%.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht van de studies start op GRADE hoog.

De bewijskracht voor de Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) is met 3 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -2) en het geringe aantal patiënten (imprecisie; -1).

De bewijskracht voor de Functional Assessment Measure (FAM) is met 2 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -1) en het geringe aantal patiënten (imprecisie; -1).

De bewijskracht voor de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is met 2 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -1) en het geringe aantal patiënten (imprecisie; -1).

De bewijskracht voor de Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) is met 3 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -2) en het geringe aantal patiënten (imprecisie; -1).

De bewijskracht voor de Trail Making Test (TMT) is met 3 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -2) en het geringe aantal patiënten (imprecisie; -1).

De bewijskracht voor de World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) is met 3 niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; -3).

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de waarde van verschillende vragenlijsten/testen in het voorspellen van werkhervatting bij personen met NAH?

P: patiënten met niet-progressief niet-aangeboren hersenletsel en (een relatie met) werk gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode;

I: vragenlijst(en)/test(en);

C: vergelijking met één van de andere vragenlijsten/testen of geen vergelijking;

O: voorspellende waarde (accuratessesmaten);

T: vragenlijst(en)/test(en) afnemen direct na NAH tot één jaar na letsel.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte alle accuratessesmaten (positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde, sensitiviteit en specificiteit) van waarde voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde de afkapwaarden van de accuratessematen als volgt: een sensitiviteit van 65% tot 80% als redelijk en > 80% als goed; een specificiteit van 65% tot 80% als redelijk en > 80% als goed. Er is door de werkgroep gekozen om geen onderscheid te maken tussen kortere en langere termijn.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID), Embase (via Embase.com) en PsychInfo is op 27 februari 2020 met relevante zoektermen gezocht. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. Er werd teruggezocht tot en met 2011, het jaartal van de literatuurzoekactie van de vorige richtlijn. De literatuurzoekactie leverde 867 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews (gezocht in tenminste twee databases, gedetailleerde zoekstrategie en resultaten van individuele studies beschikbaar), gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en observationele studies waarin bovenstaande PICO wordt beantwoord. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie elf studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens zes studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording), en vijf studies definitief geselecteerd.

Resultaten

Vijf studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse. De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk-of-biastabellen.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Domensino, A. F., van Heugten, C. M., & de expertgroep. (2020). Van de 15-woordentest naar 'Heb ik nu wel alle boodschappen gedaan?': Het meten van cognitief functioneren op het continuüm van de kunstmatige testsituatie tot het dagelijks leven. Tijdschrift voor Neuropsychologie, 15(1), 37-49.

Grauwmeijer, E., Heijenbrok-Kal, M. H., Haitzma, I. K., & Ribbers, G. M. (2012). A prospective study on employment outcome 3 years after moderate to severe traumatic brain injury. Archives of physical medicine and rehabilitation, 93(6), 993-999.

Huang, S. W., Chi, W. C., Chang, K. H., Yen, C. F., Liao, H. F., Escorpizo, R., & Liou, T. H. (2018). World health organization disability assessment schedule 2.0 as an objective assessment tool for predicting return to work after a stroke. Disability and rehabilitation, 40(21), 2592-2597.

Huang, S. W., Chang, K. H., Escorpizo, R., & Liou, T. H. (2019). Accuracy of a modified World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 as an assessment tool for predicting return-to-work among patients with traumatic brain injury. Disability and Rehabilitation, 1-7.

Sawamura, D., Ikoma, K., Ogawa, K., & Sakai, S. (2018). Clinical utility of neuropsychological tests for employment outcomes in persons with cognitive impairment after moderate to severe traumatic brain injury. Brain injury, 32(13-14), 1670-1677.

Wallmark, S., Ronne-Engström, E., & Lundström, E. (2016). Predicting return to work after subarachnoid hemorrhage using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Acta neurochirurgica, 158(2), 233-239.

Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie bij NAH

Uitgangsvraag

Welke interventies zijn bij welke personen met NAH effectief ten aanzien van terugkeer naar en duurzaam behoud van werk?

Aanbeveling

Op basis van de literatuur, de (klinische) overwegingen en het patiëntperspectief is er voor (groepen) personen met NAH niet één type interventie aan te wijzen die het meest effectief is met betrekking tot arbeidsparticipatie. De werkgroep kiest er daarom voor om op basis van *expert opinion* de meest belangrijke kenmerken en stappen van interventies te geven die terugkeer naar werk kunnen maximaliseren en aanbevelingen te formuleren.

Belangrijke kenmerken interventies:

1. maak (terugkeer naar) werk zo vroeg mogelijk bespreekbaar;
2. betrek, na toestemming van de persoon met NAH en rekening houdend met geldende wetgeving op het gebied van privacy, werkgever en bedrijfsarts (dit sluit aan bij Nederlandse wet- en regelgeving) en wissel relevante informatie uit;
3. zet een arbeidsgerichte interventie in op basis van de door de persoon met NAH geformuleerde (tussen)doelen;
4. betrek minimaal 1 iemand met kennis van NAH en kennis van wet- en regelgeving op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid tijdens de behandelfase en (bij voorkeur ook) tijdens de re-integratiefase (bijvoorbeeld een in NAH gespecialiseerde jobcoach of arbeidsdeskundige);
5. deel als behandelaar en/of betrokkene bij het herstel- en/of re-integratieproces kennis over NAH en (de resultaten van) ingezette interventies met de andere professionals/partners die betrokken zijn bij het re-integratieproces van de individuele persoon met NAH (indien nodig en gewenst);
6. evalueer regelmatig de resultaten van de arbeidsgerichte interventie en het verloop van het proces van terugkeer naar werk;
7. vervolg de begeleiding in lijn met het verloop van het herstel en waarborg nazorg, ook op de langere termijn. Zie ook de modules '[Bijna aan het werk](#)' en '[Lange termijnfase](#)'.

Drie belangrijke stappen die gedurende het proces van terugkeer naar werk gezet moeten worden (algemeen):

1. breng problemen, barrières en mogelijkheden voor de terugkeer naar werk in kaart op basis van de domeinen van het ICF-model en de functiebelasting (behandel- en arbeidsetting);
2. stel een plan van aanpak op voor de terugkeer naar werk, inclusief tijdlijn, actieverantwoordelijke en planning structurele evaluaties (arbeidsetting, met name de werkgever);
3. borg begeleiding wanneer men weer aan het werk gaat, ook op de langere termijn (arbeidsetting).

Specifieke aanbeveling per betrokkene:

Voor neuroloog/physician assistant/verpleegkundig specialist: maak (terugkeer naar) werk al vroeg na het ontstaan van het NAH bespreekbaar en schakel bij (te verwachten) problemen tijdig de juiste personen in of verwijs naar een revalidatiearts bij (milde) cognitieve problemen of problemen ten aanzien van werkhervatting.

Voor revalidatieteam (inclusief revalidatiearts): betrek, na toestemming van de persoon met NAH, zo vroeg mogelijk in het proces de bedrijfsarts, re-integratie deskundige/arbeidsdeskundige, werkgever (eventueel via de bedrijfsarts) en persoon met NAH met partner/verzorger bij terugkeer naar werk en zorg voor een overdracht van informatie. Dit alles heeft als doel vertraging later in het proces te voorkomen.

Voor jobcoach: betrek bedrijfsarts, werkgever, collega's en persoon met NAH met partner/verzorger bij terugkeer naar werk en zorg voor een overdracht van informatie.

Voor bedrijfsarts: adviseer de werkgever interventies in te zetten die gericht zijn op re-integratie van mensen met NAH in het kader van de Wet verbetering Poortwachter. Betrek de persoon met NAH en zijn partner/verzorger daarbij. Evalueer het beloop met de persoon met NAH en zijn of haar naaste, de werkgever en andere mensen die bij het individuele proces van terugkeer naar werk zijn betrokken. Wees reëel en tijdig duidelijk met het communiceren over resterende arbeidsmogelijkheden naar de persoon met NAH, zijn/haar naaste(n) en andere betrokkenen toe. Haal na toestemming van de persoon met NAH informatie op bij neuroloog, revalidatiearts en/of huisarts.

Voor arbeidsdeskundige: breng de functiebelasting van de persoon met NAH, of de gewenste beroepsrichting als men nog geen werk heeft, goed in kaart. Let daarbij vooral op de cognitieve belasting en energetische belasting (zie ook de module 'Bijna aan het werk'). Indien er twijfel is over de belastbaarheid en arbeidsmogelijkheden raadpleeg (in samenspraak met bedrijfsarts, verzekeringsarts of medisch adviseur) een professional met kennis van NAH over de inzet van nadere diagnostiek en/of interventies. Wees reëel en tijdig duidelijk met het communiceren over resterende arbeidsmogelijkheden naar de persoon met NAH, zijn/haar naaste(n) en andere betrokkenen toe.

Voor werkgevers: besef dat de werkgever een belangrijke rol speelt in het proces naar werk, de werkgever kan belangrijke barrières in het werk wegnemen door werk(plek)aanpassingen. Schakel daarbij zo vroeg mogelijk na het uitvallen van de werknemer de bedrijfsarts in. En schakel, indien nodig en in overleg met de bedrijfsarts, de hulp in van een (in NAH gespecialiseerde) re-integratiedeskundige. Wees ook op de lange termijn alert op de gevolgen van NAH.

Voor verzekeringsarts: zorg voor voldoende kennis van NAH en weet dat arbeidsgerichte interventies mogelijk zijn en dat mensen daarnaar verwezen kunnen worden. Vraag informatie over (de resultaten van) eerder ingezette interventies op bij (eerder) betrokken medisch specialisten of de huisarts.

Voor huisarts en POH(-GGZ): wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig voor arbeidsgerichte interventies. Neem, na toestemming van de persoon met NAH, contact op met de bedrijfsarts indien er problemen zijn met de terugkeer op de werkvloer of als er werkgerelateerde problemen ervaren worden.

Voor persoon met NAH en zijn of haar naaste(n): vraag bij bedrijfsarts, revalidatiearts, neuroloog of andere betrokkenen naar interventies die ingezet kunnen worden om de kans op een succesvolle terugkeer naar werk te vergroten.

Overwegingen

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Er zijn vijf RCT's geïdentificeerd die werkhervatting na NAH onderzochten. De bewijskracht van de studies is laag tot zeer laag vanwege de het lage aantal geïnccludeerde personen in de studies en het risico op bias gezien problemen in het randomisatieproces of gebrek aan blindering. De studies waren bovendien heterogeen; alleen de studies van Trexler (2010 & 2016) konden worden gepoold. De uitkomst werkhervatting was weinig specifiek. Het was onduidelijk of het ging om terugkeer naar eigen werk, eigen werk in aangepaste vorm of integratie naar ander werk. De studies die daar wel iets over rapporteerden waren te klein om conclusies aan te verbinden.

De studies van Trexler (2010 & 2016) en Ntsiea (2015) lieten een positief effect van de interventie op werkhervatting zien. Opvallend daarbij is dat deze studies actiever de werkgever betrokken in het proces van terugkeer naar werk vergeleken met de andere studies. Echter, de bewijskracht van de studies is om eerdergenoemde redenen laag. Er is niet aan te geven welke interventie eventueel beter zou werken voor welke subgroep. Opgemerkt moet worden dat in de studie van Trexler (2010) mensen met sterk verminderde uitdrukkingsvaardigheid werden geëxcludeerd. De resultaten van die studie zijn daardoor niet te generaliseren naar mensen met ernstige fatische stoornissen.

De samenvatting van de literatuur in deze module van de richtlijn geeft indicaties dat het betrekken van de werkgever een positief effect kan hebben op het proces van terugkeer naar werk. Het betrekken van de werkgever past ook bij de situatie in Nederland. Volgens de Wet verbetering Poortwachter zijn de werkgever en de werknemer immers verplicht om (minimaal) 2 jaar te werken aan de terugkeer naar werk. Zij kunnen daarbij ondersteund worden door een bedrijfsarts. Het betrekken van externe partners, zoals de werkgever, is ook in lijn met de resultaten van een eerder uitgevoerde literatuurstudie waarin werd gekeken naar elementen van effectieve interventies (Donker-Cools, 2016). Volgens deze studie, welke ook niet-vergelijkende studies includeerde, waren onderdelen van effectieve werkgerichte interventies:

- werk gerelateerde componenten (zoals aanpassingen in taken, uren en omgeving);
- educatie;
- coaching;
- training van sociale en werk gerelateerde vaardigheden;
- een geïndividualiseerd proces;
- persoon met NAH en de werkgever worden betrokken;
- aanpassingen in werkplek of werk bekijken;
- vroeg na NAH starten.

Resultaten uit die review en uit andere reviews geven aan dat interventies gericht op terugkeer naar werk effectief kunnen zijn bij mensen met NAH maar dat er te weinig bewijs is om een specifieke interventie aan te

kunnen wijzen als de beste interventie (Donker-Cools, 2016; Fadyl & McPherson, 2009; Graham, 2016). In de studie van Fadyl & McPherson (2009) worden drie modellen voor arbeidsgerichte revalidatie beschreven, namelijk het 'case coordination', 'supported employment' en 'program-based' model. Belangrijke kenmerken van het case coordination model zijn het monitoren van de voortgang van het individuele proces door een casemanager en het integreren van de arbeidsgerichte revalidatie in het individuele revalidatieproces. Focus ligt op vroege interventie, continuïteit van zorg en overleg over arbeidsgerichte revalidatie met ketenpartners die, indien nodig, de begeleiding overnemen. Bij het supported employment model staat een snelle plaatsing op het werk voorop. Er vindt minimale training vooraf plaats: training en begeleiding worden gegeven op de werkplek. Individuele jobcoaching vindt plaats tot iemand bekwaam is om het werk uit te voeren. Het program-based model wordt gekarakteriseerd door een uit modules opgebouwd programma, gericht op het opdoen van aan arbeid gerelateerde vaardigheden. Het bestaat over het algemeen uit: 1) intensieve en individuele revalidatie gericht op arbeidsvaardigheden en interventies in een gestructureerde werkomgeving, 2) begeleide werkoefeningen en testsituaties en 3) begeleide plaatsing in werk met een overgangsbegeleiding. Voor alle drie modellen is bewijs voor effectiviteit op arbeidsre-integratie maar er is onvoldoende bewijs om een van de modellen aan te wijzen als meest effectief.

Er zijn een aantal studies in Nederland uitgevoerd waarin is gekeken naar de effectiviteit van terugkeer naar werk interventies. In studies van Velzen (2014, 2015, 2016) wordt een protocol voor arbeidsgerichte revalidatie (AGR; in het Engels Early Vocational Rehabilitation, EVR) beschreven. AGR vergemakkelijkt een interdisciplinaire en systematische focus op de terugkeer naar werk tijdens de medisch specialistische revalidatie bij mensen met NAH en is gebaseerd op het case coordination model. Bij de AGR-methode wordt vanaf de eerste dag van de revalidatie aandacht besteed aan de terugkeer naar werk. In samenspraak met de werkgever en de bedrijfsarts wordt vastgelegd wat iemand moet kunnen om zijn of haar werk uit te voeren. Het behandelteam van het revalidatie-instelling kijkt vervolgens of iemand dat op dat moment ook kan. Wanneer dit nodig is, worden in het revalidatie-instelling vaardigheden die van belang zijn voor het werk, getraind. Bij de afronding van AGR vindt een overdracht van informatie plaats naar de revalidant, werkgever en bedrijfsarts.

Een andere Nederlandse interventie die wordt aangeboden vanuit een medisch specialistisch revalidatie-instelling is de Ronde Tafel (RT) methode (Goossens, 2012; Van Dongen, 2018). Deze methode is gebaseerd op het supported employment model. Bij de RT-methode start de arbeidsrevalidatie zodra de patiënt zich thuis zelfstandig kan redden. Tijdens een gesprek met de revalidant en zijn of haar naaste, werkgever, collega en bedrijfsarts geven leden uit het revalidatieteam (meestal een behandelend neuropsycholoog en ergotherapeut) informatie over NAH en de mogelijkheden van de revalidant. Daarnaast wordt er informatie over het werk van de revalidant uitgewisseld en wordt een plan van aanpak voor de arbeidsre-integratie gemaakt. De revalidant start vervolgens onder begeleiding van een collega met het uitvoeren van taken op de werkvloer. De revalidant en de collega worden daarbij ondersteund vanuit het revalidatie-instelling. Na acht en zestien weken wordt de voortgang plenair besproken. Na zestien weken stopt de begeleiding vanuit het revalidatie-instelling en neemt de werkgever en/of bedrijfsarts de begeleiding over.

De AGR-methode en de RT-methode zijn met elkaar vergeleken. De conclusie was dat beide methoden succesvol waren bij het begeleiden van mensen met NAH terug naar werk: 80 tot 90% van de deelnemers was in staat binnen een jaar na de start van de revalidatie een start te maken met het uitvoeren van werkzaamheden

voor een werkgever. De groepen waren echter klein en er was geen controlegroep betrokken die geen begeleiding ontving. Er konden daardoor geen harde uitspraken over de effectiviteit worden gedaan (Van Velzen, 2014).

Een andere interventie die in Nederland wordt toegepast is het Brain Integration Programme. Het Brain Integration Programme is een interventie die uit een aantal modules bestaat, onder andere: training van coping en sociale vaardigheden, uitleg over de gevolgen van NAH, vaststellen van arbeidsvaardigheden en beoordelen van de functionele mogelijkheden (Geurtsen, 2008; Geurtsen, 2011; Geurtsen, 2012). In de studie uit 2008 steeg het percentage werkzame deelnemers van 38% (voor de behandeling) naar 58% (1 jaar na de behandeling), het aantal gewerkte uren per week steeg daarbij van 8 naar 15. In de studie uit 2011 steeg het percentage werkzame deelnemers van 18% (3 maanden voor de behandeling) naar 54% (1 jaar na de behandeling), het aantal gewerkte uren per week steeg daarbij van 14 naar 19. Bij de follow-up van de studie van Geurtsen uit 2011 bleek dat drie jaar na de behandeling het aantal werkenden verder was toegenomen tot 65% en het aantal gewerkte uren bleef 19 (Geurtsen, 2012).

In drie studies van Geurtsen (2008, 2011, 2012) is gekeken naar het effect van de behandeling. In beide studies werd geconcludeerd dat het Brain Integration Programme terugkeer naar werk bevordert van mensen met NAH en ernstige psychosociale problematiek. Het aantal participanten in beide studies was echter beperkt (respectievelijk 24, 70 en 63 mensen) en er was geen controlegroep betrokken. In de studie uit 2011 werd wel een wachtlijst-controleperiode van 3 maanden gehanteerd.

Een laatste programma dat wordt aangeboden in Nederland en waarnaar onderzoek is gedaan, is het Brains4U programma (Van Markus-Doornbosch, submitted). Dit programma richt zich op jongvolwassenen (18 tot 50 jaar) met NAH, die starten met werken of op een andere baan zijn aangewezen. Mensen worden begeleid door revalidatieprofessionals, jobcoaches (van een commercieel arbeidsintegratiebureau) en/of een professionele mentor (managers van bedrijven uit de commerciële of publieke sector die vrijwillig iemand met NAH ondersteunen). Het programma is gebaseerd op het inventariseren van de wensen en mogelijkheden met betrekking tot het behalen van werk, training, individuele begeleiding en ondersteuning door de mentor. De duur van het programma hangt af van de wensen van de persoon met NAH en de beschikbare financiën. In de studie van Markus-Doornbosch (submitted) is gekeken naar het resultaat van het programma. De follow-up tijd varieerde van 6 tot 58 maanden, de follow-up meting is uitgevoerd bij 41 mensen. Negen mensen hebben betaald werk gevonden (7 met hulp van de mentor), 6 hiervan werden door hun gezondheidsproblemen gehinderd tijdens het werk. De mensen die niet aan het werk kwamen waren niet in staat te werken, gingen studeren of vonden onbetaald werk. Tien van hen waren tevreden met dit resultaat. Bij 9 mensen moest het programma vroegtijdig gestopt worden. Ondanks dat het vinden van financiering van het arbeidsintegratietraject deel uitmaakt van het programma, waren onvoldoende financiën de belangrijkste oorzaak van het vroegtijdig stoppen.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers) en van werkgevers

In 2018 is het rapport 'Het hervinden van een balans in het leven. Zorgbehoeften van mensen met hersenletsel en hun partners' (Stiekema, 2018) verschenen. Dit rapport bevat het verslag van een onderzoek naar zorgbehoeften van mensen met NAH en partners van mensen met NAH. Uit dit rapport blijkt dat er bij mensen met NAH vaak een grote wens is tot werken of, als dat echt niet mogelijk is, een andere vorm van zinvolle

dagbesteding (Stiekema, 2018). Het verlies van het werk wordt door mensen met NAH als een van de meest moeilijk te accepteren veranderingen na het oplopen van het letsel ervaren. Naast dat het werken en het uitvoeren van taken in het dagelijks leven moeilijk kan zijn, lopen mensen ook op tegen onbegrip bij instanties (met name UWV en gemeenten). Er is vanuit mensen met NAH en hun naasten behoefte aan begrip bij instanties, maar ook behoefte aan begeleiding door iemand met kennis van hersenletsel bij het contact met dergelijke instanties. Ook buiten de instanties wordt gebrek aan kennis van en begrip voor de onzichtbare gevolgen wordt ervaren. Daarnaast kunnen mensen zelf niet altijd inschatten hoe ze hun werk moeten opbouwen en hoe ze werk en privé op elkaar af moeten stemmen. Een van de aanbevelingen uit het rapport is dat er specifieke begeleiding zou moeten zijn, bijvoorbeeld door een jobcoach of een vergelijkbare professional, bij terugkeer naar werk of het vinden van vervangende daginvulling. Hoe de begeleiding er precies uit moet zien wordt niet benoemd.

Uit interviews tijdens een ander onderzoek is ook gebleken dat mensen met NAH en hun werkgevers profiteren van steun van professionals tijdens het proces van terugkeer naar werk, bijvoorbeeld van een arbeidsdeskundige of een jobcoach (Donker-Cools, 2018). Een gebrek aan kennis over NAH ervaren ze als een belemmering. Werkgevers willen hun werknemers met NAH goed ondersteunen bij terugkeer naar werk, waarbij goede aanpassingen van de werk(plek) een belangrijke rol spelen (Donker-Cools, 2018). Mensen met NAH vinden het belangrijk actief betrokken te zijn in het eigen proces naar werk (Donker-Cools, 2018).

Kosten (middelenbeslag)

De studies genoemd in de samenvatting van de literatuur hebben geen kosten-batenanalyse uitgevoerd. Op basis van die studies is dus niet aan te geven of de behandeling kosteneffectief is.

Voor drie interventies die in Nederland worden aangeboden (AGR, RT en het Brain Integration Programme) zijn de kosten bepaald. In een studie werden vanuit verschillende perspectieven de kosten van de AGR- en de RT-methode met elkaar vergeleken (Van Velzen, 2014). Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden. Bij de kostenanalyse van het Brain Integration Programme werden de kosten in het jaar voor de interventie (retrospectief bepaald) vergeleken met de kosten in het jaar na de interventie (Van Heugten, 2011). In het jaar na de interventie waren de kosten statistisch significant lager dan in het jaar voor de interventie. In beide onderzoeken waren de groepen participanten echter klein, was er geen controlegroep aanwezig van mensen die geen op werk gerichte interventie ontvingen en was de follow up relatief gezien kort (1 tot 1,5 jaar). De kosteneffectiviteit van de behandelingen is op basis van deze studies onvoldoende aangetoond.

De ervaring in de praktijk is dat langdurige en intensieve begeleiding regelmatig nodig is. Deze begeleiding is kostbaar. Daar staat tegenover dat, wanneer het lukt om mensen met NAH weer aan het werk te krijgen en te houden, er geen of minder uitkeringen hoeven worden uitgekeerd. Daarnaast is bekend dat mensen die werken over het algemeen een betere kwaliteit van leven en minder zorgkosten hebben (Corrigan, 2001; Brown, 2004; Lasseur, 2010; Materne, 2018). De voorzichtige verwachting is daardoor dat interventies gericht op terugkeer naar werk maatschappelijk gezien kosteneffectief zijn. Of de kosten en de baten ook op dezelfde plek liggen is onduidelijk. Zo wordt arbeidsgerichte begeleiding tijdens de behandelfase meestal betaald vanuit de zorgverzekeringswet, wordt de inzet van de bedrijfsarts en de re-integratiespecialist betaald door de werkgever en kunnen de werkgever en UWV (en daarmee de maatschappij) bijdragen aan begeleiding door een jobcoach. Welke baten bij welke partij liggen is niet eenduidig aan te geven.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

De enige bekende haalbaarheidsstudie in Nederland is de studie van Velzen (2016). In die studie werd gekeken of het mogelijk was de eerdergenoemde AGR-methode te implementeren in een Nederlands revalidatie-instelling. De conclusie was dat AGR goed te implementeren is in een revalidatie-instelling. Van de 34 ondervraagde behandelaren, revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen gaven er bovendien 32 aan dat zij verwachten dat het AGR-protocol geschikt is om mensen met NAH te helpen tijdens hun proces van terugkeer naar werk.

Er heeft een onderzoek plaatsgevonden onder Nederlandse revalidatie-instellingen (zowel revalidatiecentra als afdelingen revalidatiegeneeskunde van algemene en academische ziekenhuizen) om te inventariseren wat er in Nederland gebeurt op het gebied van arbeidsgerichte revalidatie bij mensen met NAH (Van Velzen, 2017; Van Velzen, 2020). Van de 120 instellingen die waren aangeschreven, stuurden 55 instellingen de vragenlijst terug. Van deze 55 instellingen gaven 34 instellingen (62%) aan arbeidsgerichte revalidatie te bieden aan mensen met NAH. Dit wijst erop dat het aanbieden ervan tijdens of na de reguliere revalidatie geaccepteerd en haalbaar is maar niet in alle revalidatie-instellingen. De praktijkervaring leert bovendien dat het ene beroep van de persoon met NAH zich beter leent voor begeleiding en training tijdens de revalidatie dan het andere beroep.

De revalidatie-instellingen die geen arbeidsgerichte revalidatie aanbieden gaven als belangrijkste redenen op dat het werd uitgevoerd door derden (dit antwoord werd met name gegeven door ziekenhuizen die verwezen naar revalidatiecentra), onvoldoende financiën en onvoldoende capaciteit (Van Velzen, 2017). Wat betreft het financiële aspect wordt aangegeven dat de splitsing tussen de zorgverzekeringswet en de socialezekerheidswetten een belemmering vormt bij het bieden van de juiste arbeidsgerichte begeleiding. Begeleiding die tijdens de reguliere zorg (zoals revalidatie) plaatsvindt, wordt vergoed vanuit de zorgverzekeringswet. De financiering van zaken die te maken hebben met arbeidsre-integratie en arbeids(on)geschiktheid vallen daarentegen onder de verantwoordelijkheid van de werkgever, arbeidsongeschiktheidsverzekeraar en/of sociale wetgeving. Zodra de behandeling binnen de zorg stopt, moet ook de op arbeidsgerichte behandeling die wordt geboden stoppen. Tenzij de behandeling verder op commerciële wijze wordt aangeboden en betaald wordt door de werkgever of een instantie. Een overdracht vanuit de zorg naar de persoon met NAH en zijn/haar naaste, de werkgever, de bedrijfsarts en eventueel andere betrokkenen als een jobcoach is belangrijk, om te voorkomen dat zaken dubbel of niet worden gedaan en kostbare tijd (want de 2 jaar die de Wet verbetering Poortwachter biedt is beperkt) verloren gaat. Bedrijfsartsen en revalidatieartsen moeten voor deze overdracht openstaan en, waar mogelijk, al eerder de samenwerking aangaan.

Het aanbod van werkgerichte interventies buiten de revalidatie-instellingen is overigens niet meegenomen in het onderzoek van Velzen (2017). Aangezien een groot deel van de mensen met NAH niet in de revalidatie terecht komt, is onbekend of zij begeleiding krijgen en hoe die begeleiding eruitziet.

Onderbouwing

Achtergrond

In binnen- en buitenland worden interventies op het gebied van terugkeer naar en behoud van werk ingezet. Er

zijn indicaties dat de inzet van arbeidsgerichte revalidatie/begeleiding een positief effect heeft op de kans op terugkeer naar werk. We weten ook dat bepaalde elementen binnen die interventies belangrijk zijn. Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van de interventies in binnen- en buitenland. Ook weten we niet of er subgroepen bestaan waarbij bepaalde interventies beter of minder goed in te zetten zijn.

Conclusies

Multidisciplinair poliklinisch follow-up programma versus reguliere zorg bij licht traumatisch hersenletsel

Laag GRADE	<p><i>Tijd tot terugkeer naar werk</i></p> <p>Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat er geen klinisch relevant verschil is bij personen met licht traumatisch hersenletsel in 'tijd tot terugkeer naar werk' tussen de interventiegroep die een multidisciplinair poliklinisch follow-up programma onderging met individuele check-ups en deelname aan een psycho-educatie groepsinterventie vergeleken met reguliere zorg waarbij na het multidisciplinaire onderzoek de verantwoordelijkheid van de follow-up bij de huisarts ligt.</p> <p><i>Bronnen: (Vikan, 2017)</i></p>
-----------------------	---

Programma gericht op terugkeer naar werk uitgevoerd op de werkvloer versus reguliere zorg bij personen die een beroerte hebben gehad

Laag GRADE	<p><i>Werkhervatting na 6 maanden</i></p> <p>Er zijn aanwijzingen dat personen met een beroerte die een interventieprogramma op de werkvloer gericht op terugkeer naar werk volgen waarin onder andere de werkgever wordt betrokken, er wordt gewerkt aan potentiële barrières ten aanzien van werkhervatting en indien nodig aanpassingen in het werk worden gedaan vaker weer werk hervatten vergeleken met personen die reguliere zorg ontvingen.</p> <p><i>Bronnen: (Ntsiea, 2015)</i></p>
-----------------------	--

Cognitieve gedragstherapie versus telefonische consulten bij licht traumatisch hersenletsel

Zeer laag GRADE	<p><i>Werkhervatting na 12 maanden</i></p> <p>Het is onduidelijk of vijf sessies cognitieve gedragstherapie leidt tot een hoger of lager percentage werkhervatting na 12 maanden vergeleken met vijf telefonische consulten bij personen met licht hersentrauma.</p> <p><i>Bronnen: (Scheenen, 2015)</i></p>
----------------------------	--

Resource facilitation versus reguliere zorg bij traumatisch hersenletsel (Trexler, 2010 & 2016)

Laag GRADE	<p><i>Werkhervatting na 15 maanden</i></p> <p>Er zijn aanwijzingen dat personen met niet-aangeboren hersenletsel die een resource facilitation programma volgen waarbij de werkgever wordt betrokken en er eens in de twee weken contact is met een resource facilitator vaker het werk hervatten vergeleken met personen die reguliere zorg ontvingen.</p> <p><i>Bronnen: (Trexler, 2010 & 2016)</i></p>
-----------------------	---

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Multidisciplinair poliklinisch follow-up programma versus reguliere zorg bij licht traumatisch hersenletsel

Vikane (2017) onderzocht in een RCT de effectiviteit van een multidisciplinair poliklinisch follow-up programma vergeleken met reguliere (niet-gestandaardiseerde) zorg met betrekking tot terugkeer naar werk. De studie werd uitgevoerd in Noorwegen en de studiepopulatie bestond uit personen in de leeftijdscategorie 16 tot en met 55 jaar met licht traumatisch hersenletsel waarvoor zij tenminste vijf uur waren opgenomen in het ziekenhuis en na zes weken nog steeds klachten van ondervonden. Tevens dienden de personen een score van 13, 14 of 15 te hebben op de Glasgow Coma Scale gedurende de eerste 30 minuten na het ongeval of als laagste score gedurende de eerste 24 uur na het ongeval, minder dan 30 minuten bewustzijnsverlies en posttraumatische amnesie korter dan 24 uur. Mensen werden geïnccludeerd als ze 2 maanden na het ongeval ziekgemeld waren op het werk of het risico liepen ziekgemeld te worden vanwege post-commotioneel syndroom. Intracraniaal letsel was bij 28% van de interventiegroep en 26% van de controlegroep zichtbaar op de CT-scan. Drieëntachtig van de in totaal 151 personen in de studie waren op het moment van randomisatie (2 maanden na het ongeval) nog niet teruggekeerd naar werk. Patiënten met onder andere ernstige psychiatrische ziekten of andere ziekten (zoals eerder hoofdtrauma) die invloed hebben op vaardigheden noodzakelijk voor het uitvoeren van hun werk, werkloosheid in de afgelopen zes maanden en/of verslavingsproblematiek werden geëxcludeerd. Alle geïnccludeerde personen (interventiegroep + controlegroep) kregen twee maanden na het oplopen van het hersenletsel een multidisciplinair onderzoek. Het multidisciplinaire team bestond uit een revalidatiearts, neuropsycholoog, arbeidsdeskundige, sociaal werker en een verpleegkundige. Tevens werd achterhaald wat de werkrelatie was tot de werkgever en werden arbeidsvaardigheden geïdentificeerd. Direct na het onderzoek ontving de patiënt terugkoppeling wat betreft de te verwachten uitkomsten en adviezen ten aanzien van geleidelijke terugkeer naar werk. Voordat de terugkoppeling werd gegeven vond randomisatie naar studie-arm plaats (interventie of standaard zorg via de huisarts). In het randomisatieproces werd niets gedaan om de personen die op dat moment nog niet waren teruggekeerd naar werk, op een gelijke wijze over de groepen te verdelen.

De personen in de interventiegroep ondergingen een multidisciplinair poliklinisch follow-up programma bestaande uit individuele check-ups en deelname aan een psycho-educatie groepsinterventie eens per week gedurende vier achtereenvolgende weken. Een plan van aanpak ten behoeve van terugkeer naar werk werd in de eerste individuele bijeenkomst opgesteld. De overige individuele bijeenkomsten vonden plaats zolang de persoon met hersenletsel was ziekgemeld bij het werk en werden afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt ten aanzien van terugkeer naar werk. Vragen en bezorgdheid over terugkeer naar werk, werkgevers en inkomsten konden worden besproken met een sociaal werker, arbeidsdeskundige of een verpleegkundige.

Het team werd aangestuurd door een revalidatiearts, deze arts maakte een plan voor geleidelijke terugkeer naar het oorspronkelijke werk of aangepast werk. In het groepsprogramma kregen de personen met hersenletsel informatie over hersenletsel en werden ervaren problemen in het dagelijks functioneren geadresseerd. De leden konden in deze bijeenkomsten ervaringen uitwisselen hoe zij het hersenletsel een minder grote impact konden laten uitoefenen in hun leven.

De patiënten in de controlegroep ondergingen na de multidisciplinaire check-up het reguliere niet-gestandaardiseerde behandelprogramma waarbij aanwijzingen uit het multidisciplinaire onderzoek richting konden bieden voor vervolghandelingen. De betrokken huisarts kon de patiënt indien nodig verwijzen naar zorgverleners als medisch specialisten en fysiotherapeuten.

De studie rapporteerde over het aantal dagen tot duurzaam terugkeer naar werk in het eerste jaar na het hersenletsel.

Programma gericht op terugkeer naar werk uitgevoerd op de werkvloer versus reguliere behandeling bij personen die een beroerte hebben gehad

Ntsiea (2015) onderzocht in een RCT de effectiviteit van een terugkeer naar werk programma in Zuid-Afrika bij personen die een beroerte hadden doorgemaakt. Alleen personen van 18 tot 60 jaar die ten tijde van de beroerte een arbeidsrelatie hadden werden geïnccludeerd in de studie. De beroerte mocht niet langer dan acht weken geleden hebben plaatsgevonden omdat de werkgerichte interventie moest kunnen starten voor het verlopen van de zes weken durende periode van ziekteverzuim. Mensen werden geëxcludeerd als hun score op de Barthel Index lager was dan 12 van de 20 punten omdat die score een afhankelijkheid in ADL indiceerde volgens de auteurs.

De studiepopulatie (n=80) werd deels geïnccludeerd vanuit de polikliniek en deels vanuit het ziekenhuis. Het interventieprogramma vond plaats naast de reguliere behandeling, had een duur van zes weken en werd afgestemd op individuele functionele mogelijkheden en de mogelijke uitdagingen op de werkplek. Het programma werd uitgevoerd door een fysiotherapeut en een ergotherapeut.

Week 1: In de eerste week werd vastgesteld of er beperkingen waren op het gebied van onder andere oog-hand coördinatie, ruimtelijk inzicht, handvaardigheid, kleurherkenning, cognitieve problemen en werk specifieke fysieke factoren. Tevens werd vastgesteld wat de individuele werkvaardigheden waren en welke vaardigheden vereist waren voor het werk.

Week 2: In de tweede week vond er een interview plaats met afzonderlijk de studiedeelnemer en werkgever om potentiële barrières op het werk te identificeren. Vervolgens was er een overleg met de persoon met een doorgemaakte beroerte, een fysio- en/of ergotherapeut en de werkgever om een plan van aanpak op te stellen om deze barrières te overwinnen. Er werd benadrukt dat in dit stadium nog niet werd verwacht dat de werknemer met de doorgemaakte beroerte al aan de slag zou moeten gaan.

Week 3: In de derde week werd er gewerkt aan de geïdentificeerde barrières. In deze week werd er een bezoek gebracht aan de werkplek om te ervaren wat de persoon met de doorgemaakte beroerte nog wel en niet meer kon. Er werden afspraken gemaakt over wat er binnen de mogelijkheden lag, bijvoorbeeld halve dagen werken

of administratief werk in plaats van fysiek werk. Hiertoe kregen zij onder andere *vocational counseling* en advies in coping strategieën om te compenseren voor eventuele mobiliteitsbeperkingen en vermoeidheid.

Week 4 tot 6: Gedurende de laatste drie weken van de interventie werd de progressie gemonitord en werden eventuele zaken nader afgestemd.

De controlegroep kreeg alleen de reguliere beroertebehandeling. Hierbij werd rekening gehouden met werkvaardigheden maar werd er geen interventie op de werkvloer toegepast. Verdere beschrijving over de reguliere behandeling werd niet gerapporteerd. Na drie en zes maanden werd een vragenlijst afgenomen over terugkeer naar werk. Naast werkhervatting werd de respondenten ook gevraagd naar eventuele aanpassingen in de werkomgeving of redenen waarom de respondent niet was teruggekeerd naar werk.

Cognitieve gedragstherapie versus telefonische consulten bij licht traumatisch hersenletsel

Scheenen (2017) onderzocht de effectiviteit van een nieuw ontwikkeld cognitief gedragstherapieprogramma in een RCT met betrekking tot terugkeer naar werk bij patiënten met licht traumatisch hersenletsel. Licht hersentrauma werd gedefinieerd als een score van 13 tot 15 op de Glasgow Coma Scale met daarbij minder dan 30 minuten bewustzijnsverlies en/of posttraumatische amnesie korter dan 24 uur. Alle deelnemers moesten een CT-scan hebben ondergaan waarop geen afwijkingen waren gezien. Alle studiedeelnemers waren 18 tot 65 jaar oud en hadden voorafgaand aan het letsel betaald werk of volgden een studie. Ze liepen een risico op aanhoudende post-traumatische klachten (dat wil zeggen dat ze drie of meer klachten rapporteerden waarvan tenminste een klacht uit het cognitieve of emotionele domein).

Het interventieprogramma (n=39) was gericht op het voorkomen van chronische klachten en het faciliteren van terugkeer naar werk. Het programma bestond uit vijf sessies cognitieve gedragstherapie van één uur in groepjes van twee tot vier personen. De sessie vonden 4 tot 10 weken na het trauma plaats. Het programma was met name gericht op het bieden van psycho-educatie over licht traumatisch hersenletsel, het identificeren en aanpassen van disfunctionele gedachten over het hersentrauma naar realistische gedachten, het stimuleren van effectieve coping en het gevoel van dat de persoon de situatie 'onder controle' heeft. Alle patiënten in deze groep ontvingen een brochure over de te verwachten symptomen en strategieën om hiermee om te gaan om zodoende steeds meer activiteiten te ondernemen naar het niveau van voor het trauma. De controlegroep (n=45) kreeg vijf telefonische consulten door een psycholoog en een arts in de periode tussen vier tot acht weken na ontslag uit het ziekenhuis. De consulten volgden een vast protocol: het eerste consult bestond uit psycho-educatie waarin uitleg werd gegeven over veelvoorkomende klachten en de meest waarschijnlijk verloop van herstel. In de daaropvolgende consulten werd het herstel gemonitord en kon de patiënt vragen stellen. De duur van de telefonische consulten varieerde van enkele minuten tot een uur, afhankelijk van behoeften van de patiënt. De studie rapporteerde over terugkeer naar werk na drie maanden (post-interventie) en na zes en 12 maanden (follow-up).

Resource facilitation versus reguliere zorg bij niet-aangeboren hersenletsel

Trexler (2010) onderzocht in een RCT de effectiviteit van resource facilitation vergeleken met reguliere zorg ten aanzien van werkhervatting bij personen met niet-aangeboren hersenletsel. Resource facilitation wordt gedefinieerd als 'een partnerschap dat mensen en samenlevingen helpt te kiezen en informatie, services en ondersteuning te krijgen en te houden om gefundeerde keuzes te maken en hun doel te bereiken'. Om te

kunnen worden geïnccludeerd in de studie mocht het letsel niet langer dan één jaar geleden zijn opgelopen, was men 18 tot 60 jaar oud, was er sprake van een arbeids- of studieverband gedurende minimaal twee jaar voor het oplopen van het letsel en had de persoon met hersenletsel werk- of studiehervatting als doel. Personen met in het verleden met alcohol- of drugsgebruik, acute of dreigende psychose of sterk verminderde uitdrukkingsvaardigheid werden niet geïnccludeerd in de studie. Mensen mochten niet meedoen aan de studie als verwacht werd dat men niet de potentie had om binnen de duur van de studie (zes maanden) terug te keren naar werk of school (dit werd beoordeeld door de behandelend neuropsycholoog). De studiepopulatie werd gerekruteerd vanuit de polikliniek en de kliniek van ziekenhuis voor acute revalidatie in de Verenigde Staten. Twaalf personen werden gerandomiseerd naar resource facilitation (van 1 van deze personen kon de data niet meegenomen worden in de analyse) en 11 personen naar reguliere zorg. Bij resource facilitation werd de werkgever van de persoon met letsel actief betrokken in het opstellen van een terugkeer-naar-werkplan. Werkgeversonderwijs, het maken van terugkeer-naar-werkschema's en -functies en het vergemakkelijken van het gebruik van werk ondersteuning door zowel klinische deskundigen (zoals ergotherapeuten) als arbeidsdeskundigen in samenwerking met de bureaus voor arbeidsrevalidatie van de staat, waren strategieën die vaak werden gebruikt om terugkeer naar werk te bevorderen. De individuele behoeften die direct of indirect samenhangen met terugkeer naar werk wisselden sterk. Gemiddeld ontving men 10,6 uur interventie. In dit programma was er minimaal eens in de twee weken contact tussen de persoon met hersenletsel en de resource facilitators. Doel van deze *resource facilitators* is mensen begeleiden bij de terugkeer naar werk. Bij de controlegroep werd alleen de nameting verricht. Alle patiënten in de studie (interventiegroep + controlegroep) ontvingen wel reguliere nazorg van hun zorgverleners in verband met hun hersenletsel. Afhankelijk van de adviezen van de betrokken hulpverleners had de persoon met hersenletsel toegang tot poliklinische revalidatietherapieën, neuropsychologische zorg en medische nazorg, maar dit werd bij de controlegroep niet nadrukkelijk gefaciliteerd. De studie rapporteerde het percentage mensen dat met zes maanden follow-up fulltime of parttime werkte.

In een andere RCT van **Trexler (2016)** werd eveneens de effectiviteit van resource facilitation vergeleken met standaardzorg met betrekking tot terugkeer naar werk bij personen met traumatisch hersenletsel, maar ook bij personen met encefalopathie (metabolische, infectieuze of toxische [niet veroorzaakt door alcohol] oorzaak) of een intracraniale bloeding. Verder werden dezelfde in- en exclusiecriteria gehanteerd. De standaardzorg (n=22) en het resource facilitation programma (n=22) werd op dezelfde wijze uitgevoerd als in de hierboven beschreven studie, met uitzondering van de duur van het resource facilitation programma (deze was 15 maanden). De studie rapporteerde betaald en onbetaald werk na 15 maanden follow-up.

Resultaten

Een overzicht van de resultaten van de studies is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Overzicht resultaten werkhervatting

<i>Eerste auteur (jaartal)</i>	<i>Studiepopulatie</i>	<i>Interventiegroep Controlegroep</i>	<i>Uitkomst</i>	<i>Opmerkingen</i>

Vikane (2017)	83 personen met licht traumatisch hersenletsel waarvoor zij tenminste vijf uur waren opgenomen in het ziekenhuis en na zes weken nog steeds klachten van ondervonden en nog niet waren teruggekeerd naar werk	<p>Interventiegroep (n=46): Multidisciplinair poliklinisch follow-up programma met individuele check-ups en deelname aan een psycho-educatie groepsinterventie</p> <p>Controlegroep (n=37): Reguliere zorg waarbij de huisarts na het multidisciplinaire onderzoek verantwoordelijkheid is voor de follow-up</p>	<p>Aantal dagen tot duurzaam terugkeer naar werk in het eerste jaar na trauma, Mediaan [min, max]</p> <p>I: - [68, 366]¹ C: 346 [66, 366] <i>p-waarde</i>=0,217</p> <p>¹: mediaan niet gerapporteerd omdat nog geen 50% was teruggekeerd naar werk.</p>	Totale populatie bestond uit 151 personen, in deze richtlijn zijn alleen de mensen meegenomen die bij randomisatie nog niet duurzaam waren teruggekeerd naar werk
Ntsiea (2015)	80 personen die een beroerte hebben doorgemaakt	<p>Interventiegroep (n=40): Interventie was gericht op terugkeer naar werk en vond voor het grootste deel plaats op de werkvloer</p> <p>Controlegroep (n=40): Reguliere zorg</p>	<p><u>Terugkeer naar werk 3 maanden follow-up, %</u> I: 27 C: 12 <i>p-waarde</i>=0,13</p> <p><u>Terugkeer naar werk 6 maanden follow-up, %</u> I: 60 C: 20 <i>p-waarde</i><0.001</p> <p>De werkomschrijving was bij 55% aangepast. Bij 23% waren er aanpassingen op het werk. 97% had een fulltime werkhervatting (niet gespecificeerd naar studiegroep)</p>	

Scheenen (2017)	91 personen met licht hersentrauma, gedefinieerd als een score van 13 tot 15 op de Glasgow Coma Scale met daarbij minder dan 30 minuten bewustzijnsverlies en/of posttraumatische amnesie korter dan 24 uur	<p>Interventiegroep (n=44): vijf cognitieve gedragstherapie sessies</p> <p>Controlegroep (n=47): vijf telefonische consulten</p>	<p><u>Volledige werkhervatting, 3 maanden na letsel</u> I:±33% C:±25% (Exacte percentage niet af te lezen uit figuur) Niet significant van elkaar verschillend</p> <p>-</p> <p><u>Volledige werkhervatting, 6 maanden na letsel</u> I:±45% C:±50% (Exacte percentage niet af te lezen uit figuur) Niet significant van elkaar verschillend</p> <p>-</p> <p><u>Volledige werkhervatting, 12 maanden na letsel</u> I:65% C:67% Niet significant van elkaar verschillend</p>	
-----------------	---	--	--	--

Trexler (2010)	22 personen met niet-aangeboren hersenletsel	<p>Interventiegroep (n=11): Resource facilitation</p> <p>Controlegroep (n=11): Reguliere zorg</p>	<p>Werkhervatting, na 6 maanden follow-up Interventiegroep: 64% (7/11, 4 van de 7 fulltime) Controlegroep 36% (4/11, 3 van de 4 fulltime)² <i>p-waarde</i><0.0001</p> <p>²: Naast personen met een wens tot werk, konden ook personen met een wens tot terugkeer naar studie worden geïnccludeerd. De resultaten zijn gecombineerd gerapporteerd. Er zijn geen aparte resultaten van deze subgroepen beschikbaar.</p>	<p>Interventiegroep: kortere tijd sinds letsel en meer 'beperking' gemeten aan de hand van de Ratings on the Participation Index of the Mayo-Portland Adaptability Inventory vergeleken met controlegroep.</p> <p>De verdeling fulltime/parttime op baseline is onbekend.</p>
Trexler (2016)	44 personen met niet-aangeboren hersenletsel	<p>Interventiegroep (16 with return-to-work goal, 6 return-to-school goal): resource facilitation</p> <p>Controlegroep (20 with return-to-work goal, 2 with return-to-school goal): Reguliere zorg</p>	<p>Voor de mensen met een return-to-work goal geldt: <u>Werkhervatting</u> (werk of vrijwilligersactiviteiten) na 15 maanden Interventiegroep: 14/16 (87,5%; waarvan n=11 naar betaald werk en n=3 naar vrijwilligerswerk) Controlegroep: 10/20 (50%; allemaal naar betaald werk) <i>p-waarde niet gerapporteerd</i></p>	<p>Voor de mensen met een return-to-school goal geldt: <u>Studiehervatting</u> na 15 maanden Interventiegroep: 3/6 (50%) Controlegroep: 2/2 (100%)</p>

Bewijskracht van de literatuur

RCT's starten met een hoge bewijskracht.

Multidisciplinair poliklinisch follow-up programma versus reguliere zorg bij licht traumatisch hersenletsel (Vikane,

2017)

De bewijskracht voor de uitkomstmaat 'tijd tot terugkeer naar werk' is met twee niveaus verlaagd naar 'laag' gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias; bij randomisatie geen rekening gehouden dat een deel van de studiepoulatie nog niet was teruggekeerd naar werk, geen blinding studiepoulatie en zorgverleners) en de geringe studiepoulatie (imprecisie).

Programma gericht op terugkeer naar werk uitgevoerd op de werkvloer versus standaardbehandeling bij personen die een beroerte hebben gehad (Ntsiea, 2015)

De bewijskracht voor de uitkomstmaat percentage werkhervatting is met twee niveaus verlaagd naar 'laag' gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: geen blinding studiepoulatie en zorgverleners) en de geringe studiepoulatie (imprecisie).

Cognitieve gedragstherapie versus telefonische consulten bij licht traumatisch hersenletsel (Scheenen, 2017)

De bewijskracht voor de uitkomstmaat percentage werkhervatting is met drie niveaus verlaagd naar 'zeer laag' gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: onduidelijkheid over randomisatieproces, of er blinding is toegepast, redenen zijn voor drop-outs, incomplete uitkomstinformatie - twee niveaus aftrekken) en de geringe studiepoulatie (imprecisie).

Resource facilitation versus reguliere zorg bij traumatisch hersenletsel (Trexler, 2010 & 2016)

De bewijskracht voor de uitkomstmaat percentage werkhervatting is met twee niveaus verlaagd naar 'laag' gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: suboptimale randomisatie 2010 studie, geen blinding studiepoulatie en zorgverleners) en de geringe studiepoulatie (imprecisie).

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Welke interventies zijn bij welke personen met NAH effectief ten aanzien van terugkeer naar en duurzaam behoud van werk?

P: personen met niet-progressief niet-aangeboren hersenletsel en een relatie met of wens tot werk;

I: interventies met invloed op arbeidsparticipatie (zowel voorbereiding op terugkeer naar werk als begeleiding bij de daadwerkelijke terugkeer als (langdurige) begeleiding nadat mensen terug zijn gekeerd naar werk);

C: een andere interventie met invloed op arbeidsparticipatie, standaard zorg of geen zorg;

O: werkhervatting, werkhervatting naar oorspronkelijke werk, werkhervatting eigen werk in aangepaste vorm, integratie naar ander werk.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte alle uitkomsten voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde onderstaande als een klinisch (patiënt) relevant verschil tussen de interventie- en de controlegroep:

- Verschil in tijd tot terugkeer naar werk: ≥ 1 maand.
- Verschil in percentage aan het werk na een bepaalde tijd: $\geq 15\%$.

Er bestaat geen eenduidige definitie voor succesvolle terugkeer naar werk. De werkgroep heeft in deze richtlijn gekozen voor de definitie 'minimaal 1 dagdeel (4 uur) per week werken'.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline, Embase en PsychINFO is op 9 september 2019 gezocht naar relevante studies. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: studie betreft een vergelijkende studie, de studiepopulatie voldoet aan de omschrijving in de PICO, de interventie voldoet aan de omschrijving in de PICO en het rapporteren van ten minste één uitkomstmaat volgens de PICO.

De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. Er werd teruggezocht tot en met 2011, het jaartal van de literatuurzoekactie van de vorige richtlijn.

De literatuurzoekactie leverde 712 treffers op. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 11 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens zes studies geëxcludeerd (zie exclusietabel) en vijf studies geselecteerd voor de literatuursamenvatting. Een aantal studies voldeden niet aan de PICO (geen vergelijkingsgroep) maar werden door de werkgroep wel relevant voor deze module geacht. Deze studies worden kort toegelicht in de overwegingen.

Resultaten

Vijf onderzoeken zijn opgenomen in de literatuuranalyse. De belangrijkste studiekenmerken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk-of-biastabellen.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Brown M, Dijkers MP, Gordon WA, Ashman T, Charatz H, Cheng Z. Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil.* 2004;19(6):459-81.
- Corrigan JD, Bogner JA, Mysiw WJ, Clinchot D, Fugate L. Life satisfaction after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2001;16(6):543-55.
- Dongen van CH, Goossens PH, van Zee IE, Verpoort KN, Vliet Vlieland TPM, van Velzen JM. Short-term and long-term outcomes of a vocational rehabilitation program for patients with acquired brain injury in the Netherlands. *J Occup Rehabil.* 2018;28(3): 523-30.
- Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj.* 2016;30(2):113-31.
- Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence. *J Head Trauma Rehabil.* 2009;24(3):195-212.
- Geurtsen GJ, Martina JD, van Heugten CM, Geurts AC. A prospective study to evaluate a new residential community reintegration programme for severe chronic brain injury: the Brain Integration Programme. *Brain Inj.* 2008;22(7-8):545-54.
- Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. A prospective study to evaluate a residential

community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(5):696-704.

Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Rietveld ACM, Meijer R, Geurts ACH. Three-year follow-up results of a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(5):908-11.

Goossens PH, Donker-Cools BHPM, van Velzen JM, Wind H. De richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) en Arbeidsparticipatie (2011): Wat is relevant voor de revalidatiegeneeskunde? *NTR* 2012;34(1):32-36.

Graham CW, West MD, Bourdon JL, Inge KJ. Employment Interventions for Return to Work in Working Aged Adults Following Traumatic Brain Injury (TBI): A Systematic Review. *Campbell Syst. Rev.* 2016;6.

Heugten van CM, Geurtsen GJ, Derksen RE, Martina JD, Geurts ACH, Evers SMAA. Intervention and societal costs of residential community reintegration for patients with acquired brain injury: A cost analysis of the Brain Integration Programme. *J Rehabil Med.* 2011;43:647-52.

Levasseur M, Desrosiers J, Whiteneck G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Qual Life Res.* 2010;19(5):665-75.

Markus-Doornbosch van F, Meesters JJ, Volker G, Ijzereef WA, van den Hout WB, Vliet Vlieland TP, de Kloet AJ. The outcomes of a vocational rehabilitation and mentorship program in unemployed young adults with acquired brain injury. Submitted.

Materne M, Strandberg T, Lundqvist LO. Change in quality of life in relation to returning to work after acquired brain injury: a population-based register study. *Brain Inj.* 2018;32(13-14):1731-9.

Ntsiea MV, van Aswegen H, Lord S, Olorunju S. The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil.* 2015;29(7):663-73.

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.

Trexler LE, Trexler LC, Malec JF, Klyce D, Parrott D. Prospective randomized controlled trial of resource facilitation on community participation and vocational outcome following brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2010;25(6):440-46.

Trexler LE, Parrott DR, Malec JF. Replication of a prospective randomized controlled trial of resource facilitation to improve return to work and school after brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97(2):204-10.

Velzen van JM, van Bennekom CAM, Frings-Dresen MHW. Arbeidsgerichte revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel: aanbod en praktijkvariatie binnen de medisch specialistische revalidatiepraktijk. *NTR.* 2017;39(4):149-55.

Velzen van JM, van Bennekom CAM, Frings-Dresen MHW. Availability of vocational rehabilitation services for people with acquired brain injury in Dutch rehabilitation institutions. *Brain Inj.* 2020, Aug 13:1-7.

Velzen van JM, van Bennekom CAM, Goossens PH, van Dongen JM, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Early versus late vocational rehabilitation after acquired brain injury: do differences in approach lead to differences in return to work, satisfaction of the actors, and costs? In: Van Velzen JM, editor. *Return to work after acquired brain injury.* Wijk aan Zee: Van Velzen, J.M.; 2014. p. 143-66.

Velzen van JM, van Bennekom CAM, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Early vocational rehabilitation after acquired brain injury: a structured and interdisciplinary approach. *J Vocat Rehabil.* 2015;42:31-40.

Velzen van JM, van Bennekom CA, van Dormolen M, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Evaluation of the implementation of the protocol of an early vocational rehabilitation intervention for people with acquired brain injury. *Disabil Rehabil.* 2016;38(1):62-70.

Vikane E, Hellstrøm T, Røe C, Bautz-Holter E, Aßmus J, Skouen JS. Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: a randomised controlled intervention study. *Brain Inj.* 2017;31(4):475-84.

Bijna aan het werk bij NAH

Uitgangsvraag

Op welke wijze dient de overdracht van de behandelsetting (neuroloog, huisarts, revalidatiearts) naar de persoon met NAH en de arbeidssetting (bedrijfsarts, jobcoach, re-integratiebegeleider en eventueel werkgever) plaats te vinden?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen:

1. Welke informatie krijgt een persoon met NAH mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?
2. Welke informatie zou de 'behandelsector' moeten opschrijven in de overdracht naar de eerste lijn/arbeitssetting ter bevordering van een verantwoorde belasting in de re-integratie?

Aanbeveling

Deelvraag 1

Behandelsetting:

De betreffende deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid (bijvoorbeeld NAH verpleegkundige, arbeidscoördinator, casemanager of ergotherapeut) plant een gesprek in met de persoon met NAH.

Deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid:

Informeert de persoon over de Wet Verbetering Poortwachter. Geef inhoudelijke informatie over de mogelijke gevolgen van NAH, welke begeleiding mogelijk is en waar men terecht kan als de re-integratie stagneert.

Eventueel met handreikingen ten behoeve van de informatieverstrekking aan bedrijfsartsen, werkgevers en collega's. Verwijs naar de verschillende relevante websites, zoals [Thuisarts.nl](#) (in ontwikkeling), [hersenstichting](#), [Patientenfederatie](#) en het [UWV](#).

Arbeitssetting:

Plan iedere persoon met NAH in voor een gesprek met de bedrijfsarts. Ook al is de terugkeer naar werk binnen 6 weken na diagnose.

Deelvraag 2

Behandelsetting:

Verzorg tijdig een ontslagbrief naar de persoon met NAH. Indien mogelijk ook een ontslagbrief (≤ 2 weken) naar zowel de huisarts als de bedrijfsarts. Deze brief bevat informatie over:

- het klinische beeld en diagnose;
- Duur van PTA (Posttraumatische Amnesie), Glasgow Coma Score in de eerste 24 uur (indien van toepassing);
- aanwezige zichtbare en onzichtbare gevolgen hersenletsel (zie onderstaand tabel);
- verloop in de tijd/verwachting ten aanzien van herstelverloop;
- indien uitgevoerd: NPO verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen;
- Indien aanwezig: paramedische verslagen met ten minste afgenomen testen met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen, getrainde vaardigheden en strategieën met conclusies en aanbevelingen
- Indien aanwezig: terugvalpreventieplan

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006)

Overwegingen

De aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn voor NAH en arbeidsparticipatie van 2012 zijn nog niet overal geïmplementeerd. Het is afhankelijk van de betreffende behandelsetting, instantie en/of discipline welke informatie betreffende werkhervatting de persoon met NAH krijgt. Er is op internet versnipperd informatie te vinden op verschillende websites.

Een veelvoorkomend probleem bij de re-integratie is overbelasting van de persoon met NAH doordat er onvoldoende rekening wordt gehouden met energetische en/of cognitieve beperkingen. Ook komt onderbelasting voor als betrokkenen, door informatie achterstand, te voorzichtig zijn. De wel aanwezige mogelijkheden worden niet benut/getraind. Door meer en specifiekere informatie te delen tussen de behandelsetting, de persoon met NAH en de arbeidssetting kunnen taken, uren en begeleiding zorgvuldiger worden afgestemd op het huidige niveau van functioneren en/of kan de werkomgeving worden aangepast.

De werkgroep is van mening dat elke persoon met NAH vanuit de behandelsetting een gesprek moet krijgen met een deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid. In dit gesprek zou de persoon met NAH zowel procedurele als inhoudelijke informatie moeten krijgen betreffende mogelijke gevolgen van het NAH op werkhervatting, welke begeleiding mogelijk is en waar men terecht kan als de re-integratie stagneert.

De werkgroep is van mening dat het van belang is dat de behandelsector concrete informatie deelt over de persoon met NAH betreffende vastgestelde stoornissen en beperkingen en het niveau van functioneren met de bedrijfsarts. Informatieoverdracht gebeurt middels ontslagrapportage of eerder indien er sprake is van redelijke belastbaarheid en terugkeer naar werk een realistische doelstelling is. Eerdere informatieoverdracht is ook aan de orde als duidelijk is dat arbeid niet meer realistisch is en iemand aanspraak kan maken op een vervoegde WIA aanvraag. De persoon met NAH moet eerst toestemming geven voor het delen van informatie. De bedrijfsarts kan met deze informatie beoordelen of en hoe de re-integratie gestart kan worden. Tevens kan van daaruit ook de toegevoegde waarde van extra begeleiding en/of jobcoaching (van iemand met ervaring met NAH) vastgesteld worden.

De bedrijfsarts vertaalt aanwezige stoornissen en beperkingen naar mogelijkheden binnen arbeid. Daarbij geldt dat het instrument dat daarvoor gebruikt wordt, het inzetbaarheidsprofiel (IZP), per definitie maar 3 maanden geldig is.

Knelpunten hierbij zijn:

- Niet iedere persoon met NAH komt bij de bedrijfsarts.
- De gegevens uit de behandelsector, zoals de resultaten uit een Neuro Psychologisch Onderzoek (NPO) zijn soms moeilijk te vertalen binnen genoemd instrument. Een NPO is gericht op behandeling, niet op arbeid en niet geschikt om de belastbaarheid te bepalen. Een NPO is wel nuttig om vast te stellen of er cognitieve beperkingen zijn die kunnen interfereren met de re-integratie.
- In een behandelsetting/kunstmatige arbeidssetting (bijvoorbeeld werktraining vanuit behandeling), is het functioneren niet altijd helemaal duidelijk. Vaak blijkt pas tijdens het werk waar de problemen liggen.

In de overdracht vanuit de behandelsector (neuroloog, revalidatiearts, psycholoog, ergotherapeut, re-integratiedeskundige, maatschappelijk werker) naar de arbeidssetting (bedrijfsarts, arbeidsdeskundige, re-integratiebegeleider, jobcoach) zou informatie voor zover beschikbaar gegeven moeten worden over mogelijke gevolgen van het hersenletsel die kunnen interfereren bij de re-integratie, zie tabel:

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006)

Deze informatie geeft handvatten voor de bedrijfsarts en andere re-integratieprofessionals om de belastbaarheid voor arbeidstaken en -uren in te schatten. Ook geeft het aanwijzingen welke aanpassingen er bij aanvang gedaan moeten worden in (werk)omgeving en begeleiding. Deze informatie zou bij ontslag uit een behandelsetting, indien mogelijk, in de ontslagbrief opgenomen moeten worden. Ook indien de behandeling poliklinisch voortduurt zou deze informatie tussentijds actief overgedragen moeten worden aan de bedrijfsarts. Overdracht vindt altijd plaats in samenspraak met de persoon met NAH.

De bedrijfsarts zal de relevante klinische informatie opnemen in het medisch (Arbo)dossier. Via de gangbare verslaglegging en verzuimbegeleiding zal de bedrijfsarts een vertaling maken naar een advies naar werkgever over passende taken en overige voorwaarden daarbij. Deze zijn dan voor zowel werkgever, arbeidsdeskundige, re-integratiebegeleider en jobcoach input voor hun verdere acties en afspraken.

De werkgroep is van mening dat ieder persoon met NAH bij de bedrijfsarts moet komen (ook indien de persoon met NAH binnen 6 weken weer terugkeert op het werk).

De gegevens uit de behandelsector dienen na een re-integratieperiode op de werkvloer geëvalueerd te worden.

Onderbouwing

Achtergrond

In de huidige multidisciplinaire richtlijn voor NAH en arbeidsparticipatie (2012) staan aanbevelingen om de informatieoverdracht tussen disciplines, betrokken bij de behandeling en de realisatie van arbeidsparticipatie, te bevorderen. De praktijk leert dat de aanbevelingen nog niet overal zijn geïmplementeerd.

Belangrijk effect hiervan is een gebrek aan informatie bij de persoon met NAH alsook bij de werkomgeving. Het gevolg is een relevant risico op vertraging of stagnering van zowel het medisch/functioneel herstel als de re-integratie.

Wanneer een persoon met NAH re-integreert zijn de gevolgen veelal niet volledig zichtbaar en direct merkbaar. Daarnaast heeft de persoon met NAH zelf vaak ook nog geen adequaat inzicht in de eigen belemmeringen. Zeker als het gaat om de vaak specifieke belasting aspecten binnen arbeid.

Indien relevante en concrete informatie vanuit de behandelsetting naar de arbeidsetting overgedragen wordt is de kans op een maximaal resultaat en daarmee succesvolle re-integratie groter. Deze informatieoverdracht kan uiteraard alleen plaats vinden met toestemming van de persoon met NAH.

Zoeken en selecteren

Gezien de aard van de uitgangsvraag en gezien de specifieke Nederlandse setting is besloten geen systematische search uit te voeren. Wel is door de werkgroepleden gezocht naar relevante 'grijze' literatuur. Achtergrond op de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Van Bennekom CAM, van Heugten C. Revalidatie na een beroerte 1: Langetermijnevolgen. In: Handboek Cerebrovasculaire Aandoeningen. Franke C, Limburg M (eds). De Tijdstroom, Utrecht, 2006.

Lange termijnfase bij NAH

Uitgangsvraag

Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH, tijdens re-integratie of na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn werk?

Met als deelvragen:

1. Wat zijn de kenmerken en signalen van personen met NAH die dreigen vast te lopen of vastlopen in hun werk?
2. Bij welke zorgverlener/re-integratieprofessional kunnen personen met NAH terecht als ze dreigen vast te lopen of vastlopen in hun werk?
3. Welke aandachtspunten zijn er voor de betrokken partijen met betrekking tot de informatievoorziening rondom de WIA aanvraag voor de persoon met NAH?

Aanbeveling

Voor werkgevers, behandelaren, re-integratiedeskundigen, medisch professionals en de (naasten van een) persoon met NAH:

Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het arbeidsmatig functioneren. Betrek tijdig de bedrijfsarts om de oorzaak van de verandering in kaart te brengen bij signalen van overbelasting, zoals beschreven bij de overwegingen deze module.

Zowel de werkgever als persoon met NAH kan een afspraak maken met de bedrijfsarts ook als er nog geen sprake is van verzuim. Verwijzing naar een jobcoach of (cognitieve) revalidatie behoort ook in de adaptatiefase tot de mogelijkheden.

Voor werkgevers, behandelaren, medisch professionals en re-integratiedeskundigen van een persoon met NAH:

Zorg er voor dat de persoon met NAH en zijn naasten, tijdig geïnformeerd worden omtrent de WIA aanvraag zodat zij de juiste stappen kunnen zetten en geïnformeerd zijn over de procedure.

De betrokken partijen, zoals de bedrijfsarts, werkgever, naasten, verzuimspecialist en re-integratiedeskundigen:
Wees alert op het geven van een compleet beeld van het functioneren van de persoon met NAH door vanuit verschillende disciplines informatie aan te leveren voor de WIA-beoordeling.

Neem ook de niet-medische informatie vanuit de behandeling/begeleiding/re-integratie mee. Hierbij kan de checklist zoals beschreven in de overwegingen doorgenomen worden. Voor aanvullende informatie over de WIA-beoordeling en Wet Verbetering Poortwachter; zie module '[Sociale Zekerheid](#)'.

Overwegingen

In de praktijk blijkt dat de route die een persoon met NAH binnen het zorgstelsel doorloopt zeer divers is. Een deel van de doelgroep zal na een bezoek aan de SEH, neuroloog of huisarts geen vervolgbehandeling krijgen, een deel krijgt ondersteuning vanuit eerstelijns therapeuten en een deel zal via een revalidatie-instelling een behandelprogramma volgen. Voor personen met NAH geldt dat zij ook na behandeling, in de herstelfase en in de adaptatiefase kunnen vastlopen in hun (arbeidsmatig) functioneren. Betrokken partijen, zoals behandelaren, werkgevers en begeleiders/adviseurs in de re-integratie dienen alert te zijn op veranderingen in het functioneren van deze werknemers.

In de herstelfase is men gericht op functieherstel, functioneel herstel en het hervinden van een nieuwe balans. Veelal heeft men in moeten leveren ten opzichte van voor het letsel. In de loop van de herstelfase en in de overgang naar de adaptatiefase ontstaat een nieuwe situatie, waarin de werknemer met NAH met arbeidsmogelijkheden, indien mogelijk, gaat re-integreren in eigen, aangepast of ander werk. In deze fase komt soms pas voor het eerst naar voren dat de cognitieve beperkingen een belemmering vormen in het arbeidsmatig functioneren, omdat er in een arbeidssetting andere vaardigheden van een persoon met NAH worden verwacht dan in de thuissituatie. Een veel voorkomend probleem is dat cognitieve prestaties wel geleverd kunnen worden, maar dat deze extra inspanning en energie kosten, bij een toch al verminderde belastbaarheid. Gedurende de dag en de week treedt er een neerwaartse spiraal op als er tussentijds onvoldoende herstelgelegenheid is of sprake is van extra belasting door stress of prikkels. Met andere woorden, pas bij duurbelasting worden deze beperkingen pas 'zichtbaar'. Tevens zal men een nieuwe balans moeten vinden waarin werk en privé gecombineerd kunnen worden. De praktijk laat zien dat bij een verstoring van deze balans, zoals bijvoorbeeld verandering van werkomgeving (andere collega's, nieuwe werkzaamheden et cetera) of veranderingen in de privésituatie zoals het wegvallen van ondersteuning door partner/ouders of het leveren van mantelzorg, deze balans verstoord kan raken. Men kan niet meer terugvallen op bestaande routines. Oude coping strategieën zijn dan niet adequaat en bij veel personen met NAH is er sprake van toegenomen vermoeidheidsklachten met een lange recuperatietijd. Ook dient men alert te zijn op comorbiditeit zoals depressie of fysieke overbelastingsklachten. Deze klachten kunnen optreden tot vele jaren na het letsel.

1. Wat zijn de kenmerken en signalen van personen met NAH die vastlopen in hun werk?

Signalen van overbelasting zullen zich bij iedereen anders uiten. Hieronder vindt u een aantal in de praktijk veel voorkomende signalen.

- De persoon met NAH heeft meer hersteltijd nodig dan voorheen, is eerder vermoeid. Dit heeft tot gevolg meer verzuimdagen of meer kortdurend verlof aanvragen.
- Kortdurend verzuim door andere oorzaken of door overbelasting.
- Kwaliteit en/of kwantiteit van werkzaamheden gaat geleidelijk achteruit.
- Communicatie verloopt moeizamer.
- Persoon met NAH ervaart een toename in prikkelintolerantie/ moeilijker in staat om in drukte te werken of naasten merken dat de persoon met NAH gevoeliger is voor prikkels van buitenaf.
- De balans werk-privé raakt verstoord.
- Men ervaart geheugenproblemen/ krijgt informatie niet meer goed mee.
- Men is niet meer in staat om met plotselinge veranderingen om te gaan.
- Het thuisfront maakt zich zorgen doordat men thuis en/of op het werk niet goed functioneert.
- Een nieuw computersysteem of andere werkwijze kan niet worden aangeleerd;

- Men bagatelliseert het disfunctioneren.
- Er is sprake van terugtrekgedrag, zowel op het werk als privé. De persoon met NAH trekt zich terug uit sociale contacten.
- Men ervaart een toename van emotionele labiliteit, depressie en/of angst.
- De persoon met NAH maakt meer fouten en/of merkt fouten niet op.
- Er is sprake van productieverlies ("presenteïsme"; men is wel aanwezig op de werkvloer, maar de productiviteit ligt laag).
- De persoon met NAH is prikkelbaar/ heeft een 'kort lontje'.

2. Bij welke zorgverlener/re-integratieprofessional kunnen personen met NAH terecht als ze vastlopen in hun werk?

Wanneer bij een werknemer uitval dreigt of men is reeds uitgevallen, is het van belang om de bedrijfsarts te betrekken bij het (dreigende) verzuim en te bespreken dat er sprake is van NAH in de voorgeschiedenis. De bedrijfsarts kan in kaart brengen, eventueel ondersteund door een arbeidsdeskundige of verzuimspecialist, waar in het arbeidsmatig functioneren het mis gaat en of dit gerelateerd kan zijn aan het eerder opgelopen hersenletsel. Wanneer klachten voortvloeien uit veranderingen op de werkvloer, dan is het raadzaam om een jobcoach in te schakelen om de werknemer te begeleiden tijdens deze veranderingen.

Indien klachten voorkomen uit een inadequate coping stijl bij cognitieve vermoeidheid of cognitieve stoornissen, dan is cognitieve revalidatie aangewezen (literatuur Vilans richtlijn cognitieve revalidatie). De bedrijfsarts kan, eventueel in overleg met de huisarts, verwijzen naar een eerstelijns ergotherapeut of revalidatie-instelling, waar men revalidatieprogramma's biedt voor de adaptatiefase, ook wel chronische fase genoemd.

3. Welke aandachtspunten zijn er voor de betrokken partijen met betrekking tot de informatievoorziening rondom de WIA aanvraag voor de persoon met NAH?

Achtergrondinformatie: Het proces rondom de WIA aanvraag

Een meerderheid van de personen met NAH lukt het niet binnen twee jaar na manifestatie van NAH (volledig) terug te keren in hun eigen werk (van Velzen, 2009). De persoon met NAH is zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van een WIA- beoordeling. Hij vraagt deze aan via de website van het UWV. Zowel de werkgever als de bedrijfsarts leveren de hiervoor benodigde documenten aan. Indien is voldaan aan de re-integratieverplichtingen zoals gesteld in de Wet Verbetering Poortwachter, zal de persoon met NAH door een verzekeringsarts en (meestal) door een arbeidsdeskundige van het UWV gezien worden. De verzekeringsarts beoordeelt functionele mogelijkheden en de arbeidsdeskundige stelt vast welke arbeidsmogelijkheden de persoon met NAH heeft en welke loonwaarde daarbij hoort. De uitkomsten bepalen of er een recht bestaat op een uitkering in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Meer uitleg hierover staat in de module 'Sociale Zekerheid'.

Aandachtspunten informatievoorziening

In het kader van deze WIA-beoordeling is het van belang om een volledig beeld te geven aan de verzekeringsarts, waarbij zowel de medische situatie als de invloed van de klachten op het dagelijks functioneren in kaart gebracht is. Om tot dit volledige beeld te komen is informatie vanuit verschillende disciplines en zijn naasten wenselijk. Zowel informatie vanuit de gevolgde behandeling, informatie over het functioneren op de

werkplek en persoonlijke omstandigheden kunnen de uitkomst van de WIA-beoordeling beïnvloeden. Het is van belang dat betrokken professionals alert zijn op het aanleveren van deze informatie. De bedrijfsarts is de aangewezen persoon om deze informatie op te vragen na toestemming van de persoon met NAH en toe te voegen aan het dossier ten behoeve van de WIA aanvraag.

De persoon met NAH en zijn naasten hebben een belangrijke rol te vervullen in het informeren van de verzekeringsarts. Een gedegen voorbereiding op de WIA-beoordeling helpt daarbij. Dit betekent dat het belangrijk is dat er een goede informatievoorziening is waarbij de betrokken re-integratiedeskundige of eventueel de bedrijfsarts uitleg geeft over de (procedure rondom de) wet- en regelgeving aan zowel de persoon met NAH als zijn directe omgeving. Verder is het van belang om alert te zijn op eventueel aanwezige (onzichtbare) cognitieve beperkingen en vermoeidheid (van Bennekom, 2016). Eveneens is er mogelijk sprake van een beperkt ziekte-inzicht bij de persoon met NAH, waardoor hij een te rooskleurig beeld schetst, of wordt de persoon met NAH op basis van zijn voorkomen en verbale capaciteiten overschat. Adviseer de persoon met NAH om iemand mee te nemen naar de WIA-beoordeling, die een reëel beeld kan weergeven van zijn huidige mogelijkheden en belastbaarheid.

De onzichtbare gevolgen van NAH kunnen onderbelicht raken bij de WIA-beoordeling. De mentale belastbaarheid (recuperatietijd, piekbelasting, spanningsboog), energetische problemen en het tempo van informatieverwerking zijn moeilijk meetbaar. De betrokken professional en de persoon met NAH dienen alert te zijn op het geven van concrete voorbeelden uit het dagelijks leven om een adequaat beeld te kunnen overbrengen aan de verzekeringsarts. Indien er begeleiding is door een jobcoach/re-integratiebegeleider zal er veelal een verslag door deze professional gemaakt worden waarin het verloop ten aanzien van taakopbouw en urenopbouw verantwoord wordt.

Omdat de begeleiding rondom personen met NAH zeer divers is, volgt hier een checklist voor de persoon met NAH en/of zijn naasten. Hierin staat beschreven welke informatie nodig is voor de WIA-beoordeling en bij welke professional zij informatie kunnen inwinnen. Het is aan de persoon met NAH zelf in hoeverre hij deze informatie wil delen, maar het draagt bij aan een goed beeldvorming van het (arbeidsmatig) functioneren van de persoon met NAH. De betrokken re-integratiedeskundige, neemt deze lijst door met de persoon met NAH en bespreekt welke informatie beschikbaar is, zodat deze de benodigde informatie eventueel kan opvragen.

Checklist

- Medische situatie:
 - Acute fase: brieven neuroloog, revalidatiearts, physician assistant, verpleegkundig specialisten en/of huisarts.
 - Herstelfase: verslagen revalidatie of 1e lijn.
 - Neuropsychologisch onderzoek.
- Huidig functioneren (jobcoach, werkgever, re-integratiedeskundige, ergotherapeut, naasten):
 - Jobcoachverslagen.
 - Werkplekonderzoeken.
 - Evaluatieverslagen (onder andere tussen werkgever en werknemer).
 - Expertiseonderzoeken.

- Verslagen re-integratie eerste en tweede spoor.
- Arbeidsdeskundig onderzoek.
- Voorbeelden uit de dagelijkse praktijk van de persoon met NAH.

Onderbouwing

Achtergrond

De herstelfase gaat na enkele maanden geleidelijk over in de adaptatiefase, ofwel lange termijn fase. In deze fase merkt het merendeel van de personen met NAH na zes maanden tot een jaargeen significante verbeteringen meer in het functioneren. Het is echter van belang om ook op de lange termijn, soms zelfs vele jaren later, alert te blijven op overbelasting en veranderingen in het (arbeidsmatig) functioneren. Veranderingen in de werk- of privésituatie kunnen ervoor zorgen dat de persoon met NAH (dreigt) vast te lopen in zijn werk. Vanuit het ICF model gezien gaat het dan over veranderingen in de externe en persoonlijke factoren. Door hier alert op te zijn en tijdig te anticiperen, kan uitval, het stellen van een verkeerde diagnose en/of labelen als disfunctioneren worden voorkomen.

Zoeken en selecteren

Gezien de aard van de vraag is er voor deze uitgangsvraag geen systematische literatuurzoekactie uitgevoerd. Voor het schrijven van de richtlijntekst is de vorige richtlijn, gebruikt als naslagwerk en aangevuld met de overwegingen van de werkgroepleden.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Van Velzen, J. M., Van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. Brain injury, 23(6), 473-488.

Van Bennekom, C. A., Wind, H., Hulshof, C. T., & Frings-Dresen, M. H. (2016). Werkhervatting na niet-aangeboren hersenletsel. Onzichtbare gevolgen bemoeilijken arbeidsparticipatie. Ned Tijdschr Geneeskd, 160, A9608.

Sociale zekerheid bij NAH

Uitgangsvraag

Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid? Specifiek ten aanzien van:

1. De Wet verbetering Poortwachter.
2. De (gevolgen van) de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling.
3. De Participatiewet.

Aanbeveling

Een werknemer met NAH dient op de hoogte te zijn van wet- en regelgeving omtrent verzuim en arbeidsongeschiktheid, met name dat:

- Hij/zij samen met de werkgever verantwoordelijk is voor terugkeer naar betaald werk (bij de eigen of een andere werkgever).
- Hij/zij daarbij bijgestaan kan worden door:
 - Bedrijfsarts;
 - Revalidatieteam;
 - Casemanager;
 - Re-integratiedeskundige (bijvoorbeeld arbeidsdeskundige of jobcoach).
- Hij/zij een re-integratieverslag (RIV) moet maken samen met de werkgever en de casemanager.
- De re-integratie inspanningen na twee jaar beoordeeld worden door UWV.
- Hij/zij na twee jaar een uitkering moet aanvragen bij UWV.

Personen met NAH die een WIA beoordeling krijgen:

- Raadplegen de UWV website (<https://www.uwv.nl/particulieren>).
- Bereiden de beoordeling voor met degene die hen vergezelt naar de afspraak.
- Bereiden de afspraak voor met een van de volgende professionals:
 - Bedrijfsarts.
 - Revalidatieteam.
 - Re-integratiedeskundige (bijvoorbeeld arbeidsdeskundige of jobcoach) met expertise op het gebied van NAH.
 - Casemanager.
 - Werkgever/HRM/leidinggevende.
- Zetten klachten en ervaren belemmeringen zoveel mogelijk op een rij (wat lukt wel en wat lukt niet op een dag, welke consequenties hebben activiteiten en hoe verloopt een dag).
- Zorgen voor medische gegevens en een actueel medicatie overzicht; in module 'Lange termijnfase' (aandachtspuntenlijst) werd reeds genoemd welke medische gegevens met name belangrijk zijn. Wanneer dit niet goed lukt en aanvullende informatie nodig is dient de verzekeringsarts deze informatie

- bij de huisarts of de medisch specialist(en) op te vragen.
- Nemen iemand mee op het gesprek.

Professionals, die betrokken zijn bij behandeling en/of begeleiding van mensen met NAH dienen:

- Zich te realiseren dat de (financiële) gevolgen van een WIA-beoordeling groot kunnen zijn voor een persoon met NAH. Zij dienen hier tijdens de behandeling actief aandacht aan te besteden.
- Mensen met NAH tijdig te informeren over wet- en regelgeving alsmede over procedures rond sociale zekerheid.
- De persoon met NAH, die onvoldoende op de hoogte is te adviseren contact op te nemen met de bedrijfsarts, het revalidatieteam, de re-integratiedeskundige (bijvoorbeeld de arbeidsdeskundige of de jobcoach) en te verwijzen naar de website van UWV.
- De persoon met NAH te helpen met de voorbereiding van de WIA-beoordeling door de medische gegevens en een medicatie overzicht te maken in overleg met betrokkene. Mocht de verzekeringsarts aanvullende info nodig hebben, dan dient hij/zij deze gericht bij de huisarts of de medisch specialist(en) op te vragen, mits de persoon met NAH daarvoor toestemming heeft gegeven.

Mensen, die op jonge leeftijd NAH oplopen dienen te weten dat ze bij UWV een beoordeling van het arbeidsvermogen kunnen aanvragen en in aanmerking kunnen komen voor:

- Een Wajong uitkering (als zij nooit meer kunnen werken).
- Begeleiding naar werk via de gemeente (als zij arbeidsgehandicapt zijn).
- Een werk (plek) voorziening om duurzaam te kunnen blijven participeren in al dan niet passende arbeid

Overwegingen

Uitgangsvraag 1

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot het informeren van de persoon met NAH over de "Wet verbetering Poortwachter"?

Het is van belang dat de persoon met NAH en zijn naasten voldoende op de hoogte zijn van wet- en regelgeving rondom verzuim en arbeidsongeschiktheid. Het tijdig informeren kan onzekerheden wegnemen en duidelijkheid verschaffen over hetgeen er van de persoon met NAH wordt verwacht ten aanzien van re-integratie. Onderstaande informatie is van belang voor de persoon met NAH, zijn naasten en professionals die niet werkzaam zijn in het werkveld van de sociale zekerheid.

Loondoorbetaling bij ziekte

Werknemers die tijdens hun dienstverband ziek worden, hebben recht op doorbetaling van hun loon. De werkgever is verplicht om gedurende de eerste twee ziektejaren loon door te betalen. De werknemer ontvangt in deze twee jaren minimaal 70% van het laatstverdiende loon, waarbij in het eerste ziektejaar in elk geval het minimumloon ontvangen wordt. De werkgever mag meer betalen. In veel cao's en arbeidsovereenkomsten is dit

ook geregeld; vaak alleen voor het eerste jaar, soms ook daarna. Indien het contract tussentijds van rechtswege stopt (zoals bij een tijdelijk contract) komt de werknemer in de Ziektewet en neemt het UWV de rol van de werkgever over.

Wet Verbetering Poortwachter

Volgens deze wet zijn de werkgever en zieke werknemer de eerste 2 ziektejaren volledig verantwoordelijk voor het hele traject terug naar werk. Dit traject omvat de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en het ondersteunen van de zieke werknemer bij de terugkeer naar betaald werk. Er dient door de werkgever een casemanager te worden aangewezen die het (Wet Verbetering Poortwachter) proces aanstuurt en bewaakt. Dit kan bijvoorbeeld een leidinggevende zijn of iemand van buiten het bedrijf. Wanneer de werknemer door medische beperkingen niet terug kan in zijn eigen functie, dient er te worden onderzocht of de werknemer in aangepast of ander werk bij de eigen werkgever aan de slag kan. Dit wordt spoor 1 re-integratie genoemd. Wanneer onduidelijk of onzeker is of iemand volledig kan terugkeren in het eigen werk dient er uiterlijk in de 52e week van het verzuim onderzocht te worden wat de resterende arbeidsmogelijkheden zijn. Op basis van de door de bedrijfsarts opgestelde belastbaarheid (bijvoorbeeld door middel van een inzetbaarheidsprofiel (IZP)) wordt een arbeidsdeskundig onderzoek uitgevoerd en advies uitgebracht. Kan de werknemer niet binnen het bedrijf geplaatst worden (ander werk spoor 1 re-integratie), dan is de werkgever verplicht een passende werkplek elders op de arbeidsmarkt te zoeken (spoor 2 re-integratie). Hiervoor wordt vaak een re-integratiebedrijf ingeschakeld. De werknemer is verplicht actief mee te werken aan het re-integratie proces. Als werknemer en werkgever een verschil van mening hebben ten aanzien van de re-integratie (doel, inspanningen) kan bij het UWV een Deskundigen Oordeel worden aangevraagd. Dit staat nader uitgewerkt in de Werkwijzer Poortwachter (Werkwijzer Poortwachter UWV, 1 mei 2020).

Rol van de bedrijfsarts

Elke werkgever is verplicht om samen te werken met een bedrijfsarts bij de begeleiding van zieke werknemers. Sommige taken mogen door de bedrijfsarts gedelegeerd worden naar artsen of andere professionals. De manier waarop een werkgever dat regelt kan variëren. De bedrijfsarts moet zich houden aan wettelijke privacyregels en mag geen medische informatie of privézaken van de werknemer met de werkgever bespreken.

Wanneer iemand met NAH uitvalt voor zijn werk, wordt hij, zolang hij dit eigen werk niet volledig heeft hervat, door de bedrijfsarts begeleid, maximaal voor een periode van twee jaar. De bedrijfsarts inventariseert binnen zes weken na ziekmelding wat de beperkingen zijn voor het eigen werk, wat de functie precies inhoudt (arbeidsanamnese) en overige relevante factoren (medicatie, voorgeschiedenis, sociale anamnese). Vervolgens wordt vastgesteld welke daarvan worden veroorzaakt door het medisch beeld en of mogelijk persoonlijke, sociale of werk-gerelateerde aspecten een rol spelen.

De bedrijfsarts adviseert de werknemer en werkgever over te ondernemen acties en eventuele behandelingen voor optimale verbetering van de belastbaarheid, waardoor ook de re-integratiemogelijkheden kunnen toenemen. De bedrijfsarts brengt vervolgens advies uit over de re-integratie, maar deelt geen medische informatie met de werkgever. Voor de begeleiding gedurende de re-integratie wordt meestal een professional (arbeidsdeskundige of re-integratiedeskundige) van een re-integratiebedrijf ingeschakeld. Het is van belang dat

deze professional voldoende kennis heeft over de gevolgen van NAH en ruime ervaring heeft met de begeleiding van deze doelgroep naar werk. Er is vaak aanvullend onderzoek nodig om de arbeidsmogelijkheden goed in kaart te brengen.

Vervroegde WIA aanvraag

Wanneer er sprake is van dusdanige beperkingen dat terugkeer naar werk, in welke vorm dan ook, niet haalbaar zal zijn, dan kan vervroegd een WIA uitkering worden aangevraagd. Het moet dan duidelijk zijn dat de persoon met NAH nu en in de toekomst nooit meer kan werken. Dit heet 'aanvragen met verkorte wachttijd'. Men mag de uitkering na minimaal 3 weken ziekte aanvragen en uiterlijk tot 68 weken na de eerste verzuimdag. Deze vervroegde beoordeling kan slechts 1 keer worden aangevraagd bij het UWV door de persoon met NAH en moet ondersteund en gemotiveerd worden door de bedrijfsarts.

Re-integratieverslag

Gedurende de gehele verzuimperiode worden het beloop van de re-integratie en de bijbehorende afspraken vastgelegd in een dossier: het re-integratieverslag (RIV). Daarvoor kunnen standaardformulieren worden gebruikt, die het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) beschikbaar stelt. De casemanager bewaakt dit.

Deze formulieren zijn in onderstaande tabel opgenomen: (Referenties: Routing bedrijfsarts en Website UWV).

Formulieren werkgever en werknemer	Formulieren bedrijfsarts
	Probleemanalyse opgesteld door bedrijfsarts (uiterlijk week 6)
Plan van aanpak opgesteld door werkgever en werknemer (uiterlijk week 8)	
	Bijstelling probleemanalyse (bij een gewijzigde medische situatie of een verloop van medisch herstel dat niet meer past bij het eerder gestelde re-integratie doel)
Eerstejaarsevaluatie (evaluatie en eventueel wijziging plan van aanpak)	
	Actueel oordeel (voorafgaand aan eindevaluatie, opgesteld door de bedrijfsarts)
Eindevaluatie + oordeel werknemer	
	Medische informatie, incl. informatie behandelaar(s) (aangeleverd door de bedrijfsarts, valt onder beroepsgeheim)

Wanneer de werknemer met NAH na twee jaar het eigen werk niet volledig heeft hervat, kan hij eventueel in aanmerking komen voor een Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) uitkering. De werknemer vraagt

deze uitkering tijdig aan, uiterlijk in de 93^e verzuimweek. De casemanager ziet hier ook op toe. De werknemer en de werkgever leveren het RIV in bij het UWV.

UWV beoordeelt vervolgens de re-integratie-inspanningen van werknemer en werkgever. Er wordt door de arbeidsdeskundige gekeken of alle stappen doorlopen zijn én of tijdig de juiste acties zijn ingezet. De arbeidsdeskundige houdt altijd de vaste toetsingsvolgorde aan:

1. Is er sprake van een bevredigend re-integratieresultaat?
2. Zo nee, zijn de re-integratie-inspanningen voldoende?
3. Zo nee, is daar een deugdelijke grond voor?
4. Zo nee, is het mogelijk om de tekortkomingen te herstellen?

Is het resultaat onvoldoende dan krijgt de werkgever een sanctie opgelegd: een verlengde loondoorbetalingsverplichting van maximaal 52 weken. De werkgever wordt geacht gedurende deze periode tekortkomingen ten aanzien van de re-integratie te herstellen.

Wanneer er onduidelijkheden zijn op medisch vlak, wordt de verzekeringsarts van UWV daarbij ingeschakeld (Referenties: Website UWV en Werkwijzer Poortwachter UWV, 1 mei 2020).

De verzekeringsarts beoordeelt de sociaal medische begeleiding door de bedrijfsarts aan de hand van een aandachtspuntenlijst conform de verzekeringsgeneeskundige protocollen.

1. Aard en ernst van de klachten en symptomen

- Hoe waren de klachten aan het begin van het verzuim en wat was het verloop?
- Waren er klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan het verzuim?

2. Diagnostiek

- Zijn diagnose(n) gesteld, geëvalueerd en zo nodig herzien?
- Is er co morbiditeit?
- Is er overleg geweest tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Wanneer, met welk resultaat?

3. Behandeling

- Is werknemer verwezen? Wanneer en naar welke vorm van behandeling?
- Zijn er adviezen gegeven inzake het medisch herstel en de re-integratie?

4. Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag van werknemer

- Is werknemer daadwerkelijk onder behandeling gesteld bij verwijzing? Heeft werknemer de behandeladviezen opgevolgd?
- Heeft werknemer andere activiteiten ontplooid ten aanzien van herstel en re-integratie?
- Heeft werknemer ziekte-inzicht?
- Zijn er concrete aanwijzingen dat werknemer zijn herstel belemmerd heeft?

5. Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij werknemer en in het werk

- Zijn er factoren die bijdragen aan het ontstaan of voortbestaan van de stoornis?
- Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Heeft de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden beoordeeld in de loop van de tijd?
- Is er verschil van mening tussen bedrijfsarts/werkgever en werknemer over de belastbaarheid?
- Hebben werknemer en werkgever acties ondernomen ten behoeve van werkhervatting?
- Is er gereageerd op stagnatie van de re-integratie? Is het Plan van aanpak bijgesteld?

6. Werkhervatting

- Heeft de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden beoordeeld in de loop van de tijd?
- Is er verschil van mening tussen bedrijfsarts/werkgever en werknemer over de belastbaarheid?
- Hebben werknemer en werkgever acties ondernomen ten behoeve van werkhervatting?
- Is er gereageerd op stagnatie van de re-integratie? Is het Plan van aanpak bijgesteld?

(Referentie: Werkwijzer Poortwachter UWV, 1 mei 2020).

Wanneer het RIV voldoende is, kan de werknemer voor een WIA-beoordeling worden uitgenodigd.

Geen werkgever

Wanneer betrokkene met NAH geen werkgever (meer) heeft, dan neemt de verzekeringsarts van UWV in plaats van de bedrijfsarts de begeleiding voor zijn rekening.

Wanneer betrokkene met NAH geen werkgever heeft, maar ZZP'er is, dan voert de verzekeringsarts van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering deze taken uit, mits de persoon verzekerd is. Meer hierover is terug te vinden in de module 'Geen werkgever'.

Uitgangsvraag 2

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot het informeren van de persoon met NAH over de WIA-beoordeling en welke gevolgen heeft de WIA-beoordeling voor diens werksituatie en financiële situatie?

Wanneer een werknemer met NAH in aanmerking komt voor een beoordeling in het kader van de WIA, wordt hij beoordeeld door een verzekeringsarts en eventueel een arbeidsdeskundige.

De beoordelingen door de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige hebben veel consequenties voor mensen met NAH. Zij kunnen enerzijds door deze beoordeling aangezet worden te werken, anderzijds kan de uitkomst zijn dat werken geen optie meer is. Na twee jaar mag de werkgever zijn werknemer ontslaan als het niet lukt om binnen de eigen organisatie aan het werk te gaan/blijven.

Het is daarom cruciaal dat:

- De persoon met NAH (en zijn/haar naaste) van tevoren goed voorgelicht wordt over de verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige beoordeling en de bijbehorende wet- en regelgeving. Dit kan op elk moment van het verzuimproces, en specifiek bijvoorbeeld bij de 1e jaarsevaluatie, of als er een ander re-integratiedoel is dan volledige hervatting in het eigen werk, of na een arbeidsdeskundig

onderzoek via de werkgever. Voorlichting kan gegeven worden door een deskundige op het gebied van NAH, samen met de casemanager en/of door de bedrijfsarts of de jobcoach. Verder is de meest belangrijke informatie te vinden op de website van UWV (Link naar Website UWV <https://www.uwv.nl/particulieren>).

- Professionals weten dat ze personen met NAH, die vragen hebben over de sociale zekerheid, kunnen verwijzen naar de website van UWV (<https://www.uwv.nl/particulieren>) of hen kunnen adviseren deze vragen aan de bedrijfsarts, de Arbo verpleegkundige, de re-integratiedeskundige, de arbeidsdeskundige of de jobcoach voor te leggen.
- De verzekeringsarts beschikt over gegevens van het hele verzuimtraject, inclusief alle relevante medische gegevens van de afgelopen twee jaar. In module 'Lange termijnfase' (aandachtspuntenlijst) werd reeds genoemd welke medische gegevens met name belangrijk zijn.
- Een persoon met NAH de tijd krijgt om tijdens het spreekuur zijn belemmeringen te bespreken, en daarbij zo nodig kan worden bijgestaan door een naaste, die een goed beeld heeft van het functioneren van betrokkene in het dagelijkse leven. Het is betrokkene aan te raden het gesprek voor te bereiden en vooraf alvast wat zaken te noteren als geheugensteun (bijvoorbeeld klachten, ervaren belemmeringen, een dagboekje waaruit blijkt hoeveel men op een dag kan doen en wat de consequenties zijn van die activiteiten). In module 'Lange termijnfase' (aandachtspuntenlijst) is aanvullende informatie beschikbaar.

Beoordeling door de verzekeringsarts

De verzekeringsarts bestudeert het medische dossier en het re-integratieverslag. De verzekeringsarts kan, indien nodig een gesprek voeren met betrokkene waarbij hij zich een beeld vormt van de klachten en de belemmeringen die betrokkene ervaart in het dagelijkse leven en bij de uitvoer van het werk. Aanvullend doet de verzekeringsarts indien nodig een lichamelijk en/of psychologisch onderzoek en als het nodig is, vraagt de verzekeringsarts aanvullende informatie op bij de huisarts of de medisch specialist.

De verzekeringsarts beoordeelt vier aspecten:

- De sociaal medische voorgeschiedenis.
- De functionele mogelijkheden.
- Te verwachten beloop.
- Behandeling en begeleiding.

(Referenties:

Standaard Onderzoeksmethoden. Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv).

Verzekeringsgeneeskundige protocollen - verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte).

De verzekeringsarts legt zijn bevindingen vast in een rapportage. Op grond van deze bevindingen kan de verzekeringsarts tot de conclusie komen dat werken niet mogelijk is. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat betrokkene opgenomen is of volledig ADL afhankelijk. Dan is de beoordeling afgerond. Anderzijds kan de verzekeringsarts vaststellen dat betrokkene mogelijkheden heeft om te werken. De verzekeringsarts stelt dan een functionele mogelijkhedenlijst (FML) op.

Beoordeling door de arbeidsdeskundige

Wanneer de verzekeringsarts de functionele mogelijkheden heeft vastgesteld, draagt hij het dossier over aan de arbeidsdeskundige. De arbeidsdeskundige beoordeelt wat de betrokkene nog kan verdienen in loonvormende arbeid. Dat doet de arbeidsdeskundige op basis van de door de verzekeringsarts vastgestelde FML en verder betreft hij daar diens opleidingsniveau en werkervaring ook bij. Op basis hiervan wordt duidelijk welke functies nog geschikt zijn voor betrokkene en ook wat hij daarmee zou kunnen verdienen, dat noemt men de resterende verdien capaciteit. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt vervolgens bepaald, dit is het verschil tussen het loon dat betrokkene voorheen verdiende en de resterende verdien capaciteit. Hieruit wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage berekend.

Uitkering

Het arbeidsongeschiktheidspercentage bepaalt of en zo ja, welke soort uitkering iemand met NAH krijgt, dit zijn:

- < 35% arbeidsongeschikt: geen uitkering, dan eventueel WW/bijstandsuitkering aanvragen.
- 35 tot 80% arbeidsongeschikt: Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) uitkering.
- 80 tot 100% arbeidsongeschikt:
 - tijdelijk: WGA;
 - blijvend: Inkomensvoorziening Volledig duurzaam Arbeidsongeschikten (IVA).

Bij een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering is het van belang om te blijven werken binnen de mogelijkheden die iemand heeft. Indien men niet werkt naast een gedeeltelijke uitkering heeft dat na verloop van tijd mogelijk grote financiële consequenties. Heeft men een gedeeltelijke uitkering en geen werkgever meer, dan zal de ex werkgever (als hij eigen risicodragers is) de persoon proberen te begeleiden naar passend werk, al dan niet met een door de werkgever ingehuurde partij. Wanneer de werkgever publiek verzekerd is, dan zal het UWV vanuit het WERK bedrijf proberen de persoon met NAH te begeleiden naar passend werk. De divisie WERKbedrijf van het UWV houdt zich bezig met arbeidsbemiddeling en re-integratie en richt zich primair op werkzoekenden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en op werkgevers die deze werkzoekenden willen aannemen.

Zie de UWV-site voor informatie over de financiële consequenties van een WIA-uitkering. Hier is ook een rekentool te vinden. <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-wia-uitkering/tijdens-wia-uitkering/detail/hoe-hoog-is-mijn-wga-uitkering/hoe-hoog-is-de-loongerelateerde-uitkering-lgu>.

Uitgangsvraag 3

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot het informeren van de persoon met NAH over de Participatiewet?

De Participatiewet

Indien er geen werkgever, uitkering of verzekering is waar de persoon met NAH op terug kan vallen, dan kan men mogelijk een beroep doen op de gemeente. Gemeenten zijn vanuit de Participatiewet verantwoordelijk voor de re-integratie van mensen die nog kunnen werken, maar daarbij wel ondersteuning nodig hebben.

De doelstelling van de Participatiewet is om iedereen met arbeidsvermogen naar werk toe te leiden, bij voorkeur naar regulier werk. De doelgroep van de wet bestaat uit mensen met arbeidsvermogen die zijn aangewezen op,

al dan niet tijdelijke, ondersteuning om in hun bestaan te voorzien en/of op ondersteuning om aan het werk te komen. Voor iedereen uit deze doelgroep gelden dezelfde rechten en plichten. Jongeren met een arbeidsbeperking maar met arbeidsvermogen, komen niet langer in de Wajong terecht, maar horen tot de doelgroep van de Participatiewet. De Invoeringswet Participatiewet is ingegaan op 1 januari 2015 en voegt de Wet werk en bijstand (Wwb) en de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) samen tot één regeling. De Wsw is afgesloten voor nieuwe werknemers.

Indien de persoon met NAH tot de doelgroep behoort, kan in een aantal situaties een Aanvraag Beoordeling Arbeidsvermogen worden aangevraagd bij het UWV. Het UWV beoordeelt dan of de persoon met NAH in aanmerking komt voor ondersteuning.

Er zijn 3 situaties waarin een Aanvraag Beoordeling Arbeidsvermogen aangevraagd kan worden:

- Men heeft op jonge leeftijd een ziekte of handicap gekregen, en kan daardoor nu en in de toekomst niet meer werken (Wajong).
- Men kan door ziekte of handicap niet meer het minimumloon verdienen. (Participatiewet: Loonkostensubsidie en Indicatie Banenafpraak).
- Men kan alleen met begeleiding en aanpassingen op de werkplek werken en een gewone werkgever kan dit niet bieden. (Participatiewet: Beschut Werk).

Bij een Indicatie banenafpraak wordt men opgenomen in het doelgroeppregister. Men heeft dan meer kans op werk want het is voor werkgevers financieel aantrekkelijk om iemand uit het doelgroeppregister in dienst te nemen of te houden. (Referentie: <https://www.uwv.nl/particulieren>)

Beoordeling door de verzekeringsarts

Bij de Aanvraag Beoordeling Arbeidsvermogen inventariseert de verzekeringsarts de samenhang tussen de medische problematiek, persoonlijke en/of externe factoren en de belemmeringen voor participatie.

Hij/zij voert net als bij de WIA een spreekuur uit met betrokkene en vraagt zo nodig aanvullende informatie op bij de behandelende sector. Verder raadpleegt de verzekeringsarts standaarden, richtlijnen en protocollen.

De verzekeringsarts stelt op basis van al deze informatie vast en beargumenteert dat een persoon met NAH benutbare mogelijkheden heeft. Betrokkene moet dan voldoen aan vier criteria, hij moet:

- Een taak kunnen uitvoeren in een arbeidsorganisatie.
- Over basale werknemersvaardigheden beschikken.
- Minstens één uur aaneengesloten kunnen werken.
- Tenminste vier uur per dag belastbaar zijn.

Als dat niet het geval is, heeft betrokkene “geen benutbare mogelijkheden”. Dan moet de verzekeringsarts beoordelen of er sprake is van een duurzame situatie. In dat geval heeft betrokkene duurzaam geen mogelijkheden om te kunnen participeren in werk en komt betrokkene (als hij/zij nooit eerder gewerkt heeft) in

aanmerking voor een Wajong uitkering.

Als er wel benutbare mogelijkheden zijn, dan beoordeelt de verzekeringsarts het arbeidsvermogen, waarbij hij vaststelt wat de invloed is van externe- en persoonlijke factoren op de gezondheidstoestand en wat de consequenties zijn voor het functioneren. Verder beoordeelt de verzekeringsarts of er ontwikkelmogelijkheden zijn en of daar al op ingegrepen wordt. Deze beoordelingen worden overigens niet standaard door de verzekeringsarts gedaan; als uit het teamoverleg blijkt dat klant arbeidsvermogen heeft, dan verricht de arbeidsdeskundige het onderzoek en kan eventueel een gerichte vraag aan de verzekeringsarts gesteld worden.

De verzekeringsarts legt zijn bevindingen vast in een rapportage, en de arbeidsdeskundige verricht een analyse van het arbeidsvermogen (of betrokkene arbeidsvermogen heeft en of hij het verder kan ontwikkelen). De arbeidsdeskundige beoordeelt de voorwaarden in werk, de voorwaarden in de werkomgeving en verder welke taken betrokkene zou kunnen uitvoeren. Aanvullend kan de arbeidsdeskundige een participatie advies afgeven als de gemeente daarom verzoekt. De arbeidsdeskundige kan de persoon met NAH en diens werkgever wijzen op de mogelijkheid om een werk (plek) voorziening aan te vragen om duurzaam te kunnen blijven participeren in al dan niet passende arbeid.

Bovenstaande is een weergave van de actuele situatie van de wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiende procedures waar een persoon met NAH mee te maken krijgt.

Wetgeving wordt regelmatig gewijzigd. Drastische wijzigingen maken actualisatie van deze richtlijnmodule noodzakelijk.

Onderbouwing

Achtergrond

Personen met NAH lukt het niet altijd om (volledig) terug te keren naar het arbeidsproces (van Velzen, 2009); er kan sprake zijn van langdurig ziekteverzuim. Een persoon met NAH wordt tijdens het ziekteverzuim met veel regels geconfronteerd, die soms lastig te begrijpen zijn (Donker-Cools, 2018). Daardoor kan betrokkene geconfronteerd worden met onvoorziene financiële problematiek. Er is behoefte aan een overzicht van wet- en regelgeving zodat zorgverleners en personen met NAH hiervan tijdig op de hoogte zijn en er (eventueel) naar kunnen handelen. Daarbij wordt in deze richtlijn onderscheid gemaakt tussen personen met en personen zonder werkgever. Voor de laatstgenoemde groep is een aparte module 'Geen Werkgever' ontwikkeld.

Personen met een werkgever krijgen gedurende de eerste twee jaar van het ziekteverzuim via hun werkgever te maken met een bedrijfsarts en eventueel een arbeidsdeskundige of een re-integratiedeskundige. Na twee jaar krijgt betrokkene te maken met een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Zoeken en selecteren

Aangezien in deze module specifiek wordt ingegaan op de in Nederland geldende wet- en regelgeving, is besloten voor deze module geen systematische literatuurzoekactie uit te voeren. In de richtlijntekst zijn referenties opgenomen naar de desbetreffende wet- en regelgeving. Achtergrond op de aanbevelingen kunt u

lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

Donker-Cools, B.H.P.M., Schouten M.J.E., Wind H., & Frings-Dresen M.H.W. (2018). Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. Disability and Rehabilitation, 40,185-191.

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad 2007; publicatienr. 2007/05.

Standaard Onderzoeksmethoden. Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), oktober 2000.

Rekentool WIA-uitkering: <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-wia-uitkering/tijdens-wia-uitkering/detail/hoe-hoog-is-mijn-wga-uitkering/hoe-hoog-is-de-loongerelateerde-uitkering-lgu>.

Routing Bedrijfsarts: <https://www.youngstroketoolbox.nl/getmedia/d60ca105-a590-43e8-9bcc-4edf98d0ec6c/Routing-bedrijfsarts.aspx?ext=.pdf>.

Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A.M., Edelaar, M.J.A., Sluiter, J.K., & Frings-Dresen, M.H.W. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. Brain Injury, 23(6),473-488.

Werkwijzer Poortwachter UWV, 1 mei 2020: <https://www.uwv.nl/werkgevers/brochures/werkwijzer-poortwachter.aspx>.

Website UWV: <https://www.uwv.nl/particulieren>.

Geen werkgever bij NAH

Deze module is bedoeld om een overzicht van aanbevelingen van de overige modules te verschaffen specifiek voor alle mensen met NAH zónder werkgever. In deze module is er maximaal naar gestreefd de regelgeving weer te geven, maar deze is complex en ingewikkeld en kent ook in sommige gevallen uitzonderingen. Daar kan deze module niet in voorzien. Als nodig dienen deskundigen in de arbeidssetting te worden geraadpleegd voor nadere informatie (zie het [Overzicht betrokken instanties](#) in de bijlage).

Deze module is onderverdeeld in de volgende submodules:

- Zelfstandig ondernemers en ZZP'ers
 - Acute fase
 - Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk
 - Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie
 - Bijna aan het werk
 - Lange termijn
- Ziek uit dienst
 - Acute fase
 - Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk
 - Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie
 - Bijna aan het werk
 - Lange termijn
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35 tot 80%)
 - Lange termijnfase
- Personen in de bijstand
 - Acute fase
 - Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk
 - Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie
 - Bijna aan het werk
 - Lange termijn

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ziekteverzuim-van-het-werk/vraag-en-antwoord/krijg-ik-als-oproepkracht-ook-loon-als-ik-ziek-ben>.

<https://www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/kennis-onderzoeken/uwv-kennisverslag-werkhervatting-langdurig-zieke-vangnetters.aspx>.

<https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/wacht-niet-af-tot-de-aov-verplicht-wordt>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel/verplichte-arbeidsongeschiktheidsverzekering-voor-zelfstandigen>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>.

<https://www.uvw.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek>.

<https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.

<https://www.uvw.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.

https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.

Zelfstandig ondernemers en ZZP'ers bij NAH

Uitgangsvraag

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zonder werkgever?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen (indien van toepassing):

- 1.1 Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?
- 1.2 Op welk moment moet contact met de arbeidsdeskundige/ medisch adviseur/ gemeente gezocht worden?
2. Welke vragenlijst(en)/test(en) kun je bij welke persoon met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?
3. Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies voor terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met NAH zonder werkgever?
 - 4.1 Welke informatie krijgt de persoon met NAH zonder werkgever mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?
 - 4.2 Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidsituatie (indien van toepassing)?
 - 5.1 Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH, na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn/haar (ZZP) werk?
 - 5.2 Welke aandachtspunten zijn er rondom het verstrekken van informatie aan betrokken partijen over de persoon met NAH zonder werkgever met betrekking tot de WIA-aanvraag?
6. Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH zonder werkgever gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling (mits van toepassing) en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid?

Aanbeveling

Acute fase

Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?

Besprek met de zelfstandig ondernemer of ZZP'er en naasten in een zo vroeg mogelijk stadium de mogelijke gevolgen van NAH die het proces naar werk kunnen beïnvloeden, waarbij de timing van de informatieverstrekking afhankelijk is van de klinische toestand van de zelfstandig ondernemer of ZZP'er en het eventueel ingezette revalidatietraject.

Welke zorgverlener dit bespreekt is afhankelijk van lokale en regionale afspraken.

Op welk moment moet contact met de arbeidsdeskundige/ medisch adviseur/ gemeente gezocht worden?

Adviseer de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met AOV om, wanneer er problemen met werkhervatting worden verwacht, de mogelijke gevolgen van NAH met de arbeidsdeskundige en/of medisch adviseur van de particuliere verzekeraar te bespreken. Wijs de zelfstandig ondernemer of ZZP'er zonder AOV op de (beperkte) financiële ondersteuningsmogelijkheden van uit de gemeente.

Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk

Welke vragenlijst(en)/ test(en) kun je bij welke zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?

Zie module Herstelfase > Diagnostiek.

Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie

Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies voor terugkeer naar werk van zelfstandig ondernemers of ZZP'ers met NAH?

Belangrijke kenmerken interventies:

1. Maak aan het werk gaan zo vroeg mogelijk bespreekbaar.
2. Betrek, na toestemming van de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH en rekening houdend met geldende wetgeving op het gebied van privacy, de arbeidsdeskundige en/of medisch adviseur van de particuliere verzekeraar en wissel relevante informatie uit.
3. Zet een arbeidsgerichte interventie in op basis van de door de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH geformuleerde (tussen)doelen.
4. Betrek minimaal 1 iemand met kennis van NAH en kennis van wet- en regelgeving op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid tijdens de behandelphase en (bij voorkeur ook) tijdens de re-integratiefase.
5. Deel als behandelaar en/of betrokkene bij het herstel- en/of re-integratieproces kennis over NAH en (de resultaten van) ingezette interventies met de andere professionals/partners die betrokken zijn bij het re-integratieproces van de individuele persoon met NAH (indien nodig en gewenst);
6. Evalueer regelmatig de resultaten van de arbeidsgerichte interventie en het verloop van het proces van terugkeer naar werk; wees reëel en tijdig duidelijk met het communiceren over resterende arbeidsmogelijkheden naar de persoon met NAH, zijn/haar naaste(n) en andere betrokkenen toe;
7. Vervolg de begeleiding in lijn met het verloop van het herstel en waarborg nazorg, ook op de langere termijn. Zie ook de modules 'Bijna aan het werk' en 'Lange termijnfase'.

Drie belangrijke stappen die gedurende het proces van terugkeer naar werk moeten worden gezet (algemeen):

1. Breng problemen, barrières en mogelijkheden voor de terugkeer naar werk in kaart op basis van de domeinen van het ICF-model en de functiebelasting (behandel- en arbeidsetting).
2. Stel een plan van aanpak op voor de terugkeer naar werk, inclusief tijdlijn, actieverantwoordelijke en planning structurele evaluaties (arbeidsetting). Indien men verzekerd is voor arbeidsongeschiktheid en er

onduidelijkheden zijn ten aanzien van bedrijfsvoering kunnen vaak bedrijfskundigen ingeschakeld worden voor advisering.

3. Borg begeleiding wanneer men weer aan het werk gaat, ook op de langere termijn (arbeidsetting).

Specifieke aanbeveling per betrokkene:

Voor neuroloog/physician assistant/verpleegkundig specialist: maak (terugkeer naar) werk al vroeg na het ontstaan van het NAH bespreekbaar en schakel bij (te verwachten) problemen tijdig de juiste personen in of verwijs naar een revalidatiearts bij (milde) cognitieve problemen of problemen ten aanzien van werkhervatting.

Voor revalidatieteam (inclusief revalidatiearts): betrek, na toestemming van de persoon met NAH, zo vroeg mogelijk in het proces de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar, re-integratie deskundige/arbeidsdeskundige, en zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH met partner/verzorger bij terugkeer naar werk en zorg voor een overdracht van informatie, bijvoorbeeld aan de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar. Dit alles heeft als doel vertraging later in het proces te voorkomen.

Voor jobcoach: betrek collega's (indien van toepassing) en zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH met partner/verzorger bij terugkeer naar werk en zorg voor een overdracht van informatie.

Voor medisch adviseur particuliere verzekeraar: Zorg voor voldoende kennis van NAH en weet dat arbeidsgerichte interventies mogelijk zijn en dat mensen daarnaar verwezen kunnen worden. Vraag informatie over (de resultaten van) eerder ingezette interventies op bij (eerder) betrokken medisch specialisten of de huisarts. Adviseer de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH over de inzet van op re-integratie gerichte interventies. Betrek de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH en zijn partner/verzorger daarbij. Evalueer het beloop met de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH en zijn of haar naaste, en andere mensen die bij het proces van werkhervatting zijn betrokken. Haal na toestemming van de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH informatie op bij neuroloog, revalidatiearts en/of huisarts.

Voor arbeidsdeskundige van de particuliere verzekeraar: breng de functiebelasting van de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH in kaart (of van de gewenste beroepsrichting als de zelfstandig ondernemer of ZZP'er de huidige werkzaamheden niet meer kan voortzetten). Let daarbij vooral op de cognitieve belasting en energetische belasting (zie ook de module 'Bijna aan het Werk'). Indien er twijfel is over de belastbaarheid en arbeidsmogelijkheden raadpleeg (in samenspraak met de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar) een professional met kennis over NAH over de inzet van nadere diagnostiek en/of interventies.

Voor huisarts en POH(-GGZ): wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig naar arbeidsgerichte interventies. Neem, na toestemming van de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH, contact op met de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar indien er werkgerelateerde problemen ervaren worden.

Bijna aan het werk

Welke informatie krijgt de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?

Behandelsetting:

De betreffende deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid (bijvoorbeeld NAH verpleegkundige, arbeidscoördinator, casemanager of ergotherapeut) plant een nagesprek in met de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH om de persoon met NAH zo goed mogelijk te informeren over mogelijkheden en valkuilen bij re-integratie en de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

Deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid:

Geef inhoudelijke informatie over de mogelijke gevolgen van NAH, welke begeleiding mogelijk is en waar men terecht kan als de re-integratie stagneert.

Bied de zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH eventueel handreikingen ten behoeve van de informatieverstrekking aan de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar. Geef informatie over de wet- en regelgeving en bespreek de (financiële) consequenties hiervan.

Verwijs naar de verschillende relevante websites, zoals [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) (in ontwikkeling), [hersenstichting](https://www.hersenstichting.nl), [Patientenfederatie](https://www.patientenfederatie.nl) en het [UWV](https://www.uwv.nl).

Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidssetting (indien van toepassing)?

De behandelsetting

Verzorg tijdig een ontslagbrief naar de persoon met NAH. Indien mogelijk ook een ontslagbrief (≤ 2 weken) naar de huisarts. Deze brief bevat informatie over:

- het klinische beeld en diagnose;
- Duur van PTA (Posttraumatische Amnesie), Glasgow Coma Score in de eerste 24 uur (indien van toepassing);
- aanwezige zichtbare en onzichtbare gevolgen hersenletsel (zie onderstaand tabel);
- verloop in de tijd/verwachting ten aanzien van herstelverloop;
- indien uitgevoerd: NPO verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen;
- Indien aanwezig: paramedische verslagen met ten minste afgenomen testen met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen, getrainde vaardigheden en strategieën met conclusies en aanbevelingen
- Indien aanwezig: terugvalpreventieplan

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie Initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006).

Lange termijn

Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH, na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn/haar werk?

Voor behandelaren, re-integratiedeskundigen, medisch professionals en de (naasten van een) zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH:

Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het arbeidsmatig functioneren. Betrek tijdig de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar om de oorzaak van de verandering in functioneren in kaart te brengen bij signalen van overbelasting, zoals beschreven bij de overwegingen in de module 'Lange termijnfase'.

De zelfstandig ondernemer of ZZP'er met NAH kan contact opnemen met de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar, ook als er nog geen sprake is van uitval. Verwijzing naar een jobcoach of (cognitieve) revalidatie behoort ook in de late fase tot de mogelijkheden.

De zelfstandig ondernemer zonder AOV kan in dergelijke situatie het beste contact opnemen met de huisarts en eventueel in overleg met de huisarts worden (terug)verwezen naar de revalidatiearts of naar Hersenz.

Overwegingen

Anno 2020 is het voor zelfstandig ondernemers en ZZP'ers niet verplicht een verzekering voor arbeidsongeschiktheid af te sluiten. Lang niet alle zelfstandig ondernemers en ZZP'ers hebben dan ook een verzekering afgesloten. Er wordt echter gewerkt aan nieuwe regelgeving. Rond 2023-2025 wordt verwacht dat alle zelfstandig ondernemers en ZZP'ers verplicht verzekerd dienen te zijn voor arbeidsongeschiktheid.

Zelfstandig ondernemers of ZZP'er met een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)

Bij uitval door ziekte worden zelfstandig ondernemers of ZZP'ers, mits ze een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben afgesloten, begeleid door een arbeidsdeskundige en/of medisch adviseur van de particuliere verzekeraar. Het is sterk afhankelijk van de afgesloten verzekering en bijbehorende polisvoorwaarden wat de dekking van de verzekering is. Het is van belang dat de persoon met NAH de verzekeraar zo spoedig mogelijk op de hoogte stelt wanneer (langdurige) uitval in werk wordt verwacht.

Zelfstandige ondernemers of ZZP'ers zonder arbeidsongeschiktheidsverzekering

Tot het moment van verplichte AOV verzekering zal een aanmerkelijk deel van zelfstandig ondernemers en ZZP'ers onverzekerd zijn. Zij kunnen dan nergens aanspraak maken op een uitkering of begeleiding. Dit betekent dat zij hun ziekte vanuit eigen vermogen moeten opvangen. Als er geen eigen vermogen is en het (gezamenlijk) inkomen dreigt onder het sociaal minimum te komen, dan kan een beroep worden gedaan op een bijstandsuitkering bij de gemeente. Bij (dreigende) financiële problemen kan in een aantal gevallen de gemeente ondersteunen vanuit het Besluit Bijstandsverlening Zelfstandigen (Bbz) (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>). Veel gemeenten bieden ook praktische ondersteuning vanuit een ondernemersloket, bijvoorbeeld wanneer tot bedrijfsbeëindiging overgegaan moet worden.

Voor deze groep geldt dat het des te belangrijker is om zo snel mogelijk binnen de revalidatie aandacht te besteden aan mogelijkheden tot werkhervatting middels training en informatieverstrekking.

Onderbouwing

Achtergrond

In de modules van deze richtlijn is het hele proces (terug) naar werk van een werknemer met NAH in fasen behandeld. Verder is in de module 'Sociale Zekerheid' aandacht besteed aan regelgeving met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers en jonggehandicapten (Wet Verbetering Poortwachter, WIA en Participatiewet).

Een grote groep is in al deze modules onderbelicht gebleven, namelijk mensen zonder werkgever. Aanbevelingen in alle modules van de richtlijn zijn voor een deel eveneens van toepassing op deze doelgroep; de overige aanbevelingen alleen in aangepaste vorm of niet.

Zoeken en selecteren

Aangezien in deze module specifiek wordt ingegaan op de in Nederland geldende wet- en regelgeving, is er besloten voor deze module geen systematische literatuurzoekactie uit te voeren. In de richtlijntekst zijn referenties opgenomen naar de desbetreffende wet- en regelgeving. Achtergrondinformatie over de totstandkoming van de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ziekteverzuim-van-het-werk/vraag-en-antwoord/krijg-ik-als-oproepkracht-ook-loon-als-ik-ziek-ben>.

<https://www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/kennis-onderzoeken/uwv-kennisverslag-werkhervatting-langdurig-zieke-vangnetters.aspx>.

<https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/wacht-niet-af-tot-de-aov-verplicht-wordt>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel/verplichte-arbeidsongeschiktheidsverzekering-voor-zelfstandigen>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>.

<https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek>.

<https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.

<https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.

https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.

Zieke voormalig werknemers met NAH (die vallen onder het vangnet van de Ziektewet)

Uitgangsvraag

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zonder werkgever?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen (indien van toepassing):

1.1 Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?

1.2 Op welk moment moet contact met de arbeidsdeskundige/ medisch adviseur/ gemeente gezocht worden?

2. Welke vragenlijst(en)/test(en) kun je bij welke persoon met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?

3. Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies voor terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met NAH zonder werkgever?

4.1 Welke informatie krijgt de persoon met NAH zonder werkgever mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?

4.2 Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidsituatie (indien van toepassing)?

5.1 Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH, na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn/haar (ZZP) werk?

5.2 Welke aandachtspunten zijn er rondom het verstrekken van informatie aan betrokken partijen over de persoon met NAH zonder werkgever met betrekking tot de WIA-aanvraag?

6. Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH zonder werkgever gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling (mits van toepassing) en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid?

Aanbeveling

Acute fase

Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?

Bespreek met de persoon met NAH in de ZW en naasten in een zo vroeg mogelijk stadium de mogelijke gevolgen van NAH die het proces naar werk kunnen beïnvloeden, waarbij de timing van de informatieverstrekking afhankelijk is van de klinische toestand van de persoon met NAH en het eventueel ingezette revalidatietraject.

Op welk moment moet contact met de bedrijfsarts of verzekeringsarts Ziektewet gezocht worden?

Adviseer de persoon met NAH in de ZW om wanneer er problemen met werkhervatting worden verwacht vóór het hervatten van het werk, de mogelijke gevolgen van NAH met de verzekeringsarts Ziektewet danwel de bedrijfsarts te bespreken.

Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk

Welke vragenlijst(en)/ test(en) kun je bij welke persoon met NAH in de ZW inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon met NAH in de ZW in staat is om (op termijn) te werken?

Zie module Herstelfase > Diagnostiek.

Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie

Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies gericht op werk of re-integratie van zieke voormalig werknemers met NAH (die vallen onder het vangnet van de Ziektewet)?

Belangrijke kenmerken interventies:

1. Maak aan het werk gaan zo vroeg mogelijk bespreekbaar.
2. Betrek, na toestemming van de persoon met NAH in de ZW en rekening houdend met geldende wetgeving op het gebied van privacy, de verzekeringsarts Ziektewet of de bedrijfsarts en wissel relevante informatie uit.
3. Zet een arbeidsgerichte interventie in op basis van de door de persoon met NAH in de ZW geformuleerde (tussen)doelen.
4. Betrek minimaal 1 iemand met kennis van NAH en kennis van wet- en regelgeving op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid tijdens de behandelphase en (bij voorkeur ook) tijdens de re-integratiefase.
5. Deel als behandelaar en/ of betrokkene bij het herstel of re-integratieproces kennis over NAH en de (resultaten van) ingezette interventies met andere professionals/partner betrokken bij het re-integratieproces van de individuele persoon met NAH in de ZW (indien nodig en gewenst).
6. Evalueer regelmatig de resultaten van de arbeidsgerichte interventie en het verloop van het proces van terugkeer naar werk; wees reëel en tijdig duidelijk met het communiceren over resterende arbeidsmogelijkheden naar de persoon met NAH, zijn/haar naaste(n) en andere betrokkenen toe;
7. Vervolg de begeleiding in lijn met het verloop van het herstel en waarborg nazorg, ook op de langere termijn.
8. Zie ook de modules 'Bijna aan het werk' en 'Lange termijnfase'.

Drie belangrijke stappen die gedurende het proces van terugkeer naar werk moeten worden gezet (algemeen):

1. Breng problemen en barrières voor de terugkeer naar werk in kaart op basis van de domeinen van het ICF-model en de functiebelasting (behandel- en arbeidsetting).
2. Stel een plan van aanpak op voor de terugkeer naar werk, inclusief tijdlijn, actieverantwoordelijke en planning structurele evaluaties (arbeidsetting).
3. Borg begeleiding wanneer men weer aan het werk gaat, ook op de langere termijn (arbeidsetting).

Specifieke aanbeveling per betrokkene:

Voor neuroloog/physician assistant/verpleegkundig specialist: maak (terugkeer naar) werk al vroeg na het ontstaan van het NAH bespreekbaar en schakel bij (te verwachten) problemen tijdig de juiste personen in of verwijs naar een revalidatiearts bij (milde) cognitieve problemen of problemen ten aanzien van werkhervatting.

Voor revalidatieteam (inclusief revalidatiearts): betrek, na toestemming van de persoon met NAH, zo vroeg mogelijk in het proces de re-integratie deskundige/arbeidsdeskundige, verzekeringsarts Ziektewet of bedrijfsarts en persoon met NAH in de ZW met partner/verzorger bij het aan het werk gaan en zorg voor een overdracht van informatie. Dit alles heeft als doel vertraging later in het proces te voorkomen.

Voor jobcoach: betrek verzekeringsarts Ziektewet of bedrijfsarts, re-integratie-begeleider UWV en persoon met NAH in de ZW met partner/verzorger bij het aan het werk gaan en zorg voor een overdracht van informatie.

Voor re-integratiebegeleider UWV/verzekeringsarts Ziektewet of bedrijfsarts: adviseer de persoon met NAH in de ZW over de inzet van werkgerichte interventies. Evalueer het beloop met de persoon met NAH in de ZW en zijn of haar naaste, en andere mensen die bij het individuele proces van re-integratie zijn betrokken. Haal na toestemming van de persoon met NAH in de ZW informatie op bij neuroloog, revalidatiearts en/of huisarts.

Voor arbeidsdeskundige UWV in het Ziektewetproces/WERKbedrijf: breng de arbeidsmogelijkheden één jaar na ontstaan NAH in kaart naar aanleiding van de Eerstejaars Ziektewet-beoordeling van de verzekeringsarts. Let daarbij vooral op de cognitieve belasting en energetische belasting (zie ook module 'Bijna aan het Werk'). Indien er twijfel is over de belastbaarheid en arbeidsmogelijkheden raadpleeg (in samenspraak met de verzekeringsarts Ziektewet) een professional met kennis van NAH over de inzet van nadere diagnostiek en/of interventies.

Voor huisarts en POH(-GGZ): wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig naar arbeidsgerichte interventies. Neem, na toestemming van de persoon met NAH in de ZW, contact op met de verzekeringsarts Ziektewet of met de bedrijfsarts indien er werkgerelateerde problemen ervaren worden.

Bijna aan het werk

Welke informatie krijgt de persoon met NAH in de ZW mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?

Behandelsetting:

De betreffende deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid (bijvoorbeeld NAH verpleegkundige, arbeidscoördinator, casemanager of ergotherapeut) plant een nagesprek in om de persoon met NAH zo goed mogelijk te informeren over mogelijkheden en valkuilen bij re-integratie en over van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

Verzekeringsarts Ziektewet of bedrijfsarts:

Geef inhoudelijke informatie over de mogelijke gevolgen van NAH. Verwijs naar de verschillende relevante websites, zoals [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) (in ontwikkeling), [hersenstichting](https://www.hersenstichting.nl), [Patientenfederatie](https://www.patientenfederatie.nl) en het [UWV](https://www.uwv.nl).

Adviseer de persoon met NAH in de ZW contact op te nemen met de huisarts voor eventuele verwijzing naar de revalidatie als de re-integratie stagneert.

Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidssetting (indien van toepassing)?

De behandelsetting

Verzorg tijdig een ontslagbrief naar de persoon met NAH. Indien mogelijk ook een ontslagbrief (≤ 2 weken) naar de huisarts. Deze brief bevat informatie over:

- het klinische beeld en diagnose;
- Duur van PTA (Posttraumatische Amnesie), Glasgow Coma Score in de eerste 24 uur (indien van toepassing);
- aanwezige zichtbare en onzichtbare gevolgen hersenletsel (zie onderstaand tabel);
- verloop in de tijd/verwachting ten aanzien van herstelverloop;
- indien uitgevoerd: NPO verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen;
- Indien aanwezig: paramedische verslagen met ten minste afgenomen testen met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen, getrainde vaardigheden en strategieën met conclusies en aanbevelingen
- Indien aanwezig: terugvalpreventieplan

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006)

Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH in de ZW na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen?

Voor behandelaren, re-integratiedeskundigen, medisch professionals en de (naasten van een) persoon met NAH in de ZW:

Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het arbeidsmatig functioneren. Betrek tijdig de verzekeringsarts Ziektewet, de bedrijfsarts of de huisarts om de oorzaak van de verandering in functioneren in kaart te brengen bij signalen van overbelasting, zoals beschreven in de module 'Lange termijn fase'.

De vangnetter met NAH kan contact opnemen met de verzekeringsarts Ziektewet, de bedrijfsarts of de huisarts, ook als er nog geen sprake is van uitval. Verwijzing naar een jobcoach of (cognitieve) revalidatie behoort ook in de late fase tot de mogelijkheden.

Welke aandachtspunten zijn er rondom het verstrekken van informatie aan betrokken partijen over de persoon met NAH in de ZW met betrekking tot de WIA-aanvraag?

Zie modules 'Lange termijnfase' en 'Sociale Zekerheid' (zelfde info als werknemer die WIA aanvraagt).

Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH in de ZW gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling (mits van toepassing) en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid?

Zie modules 'Lange termijnfase' en 'Sociale Zekerheid' (zelfde info als werknemer die WIA aanvraagt).

Overwegingen

Werknemers die ziek uit dienst gaan en zieke WW'ers komen in de Ziekte Wet (ZW) of blijven onder de verantwoordelijkheid van de werkgever vallen (werkgever is dan Eigen Risico Drager ERD). Vanuit de ZW wordt men door een verzekeringsarts Ziektewet van het UWV begeleid. In het geval van een ERD wordt de begeleiding door een bedrijfsarts van de verzekeraar of van de werkgever gedaan.

Ook uitzendkrachten kunnen in de ZW komen. Wanneer een uitzendkracht ziek wordt, stopt het contract als een uitzendbeding in het contract staat. De uitzendkracht kan bij UWV terecht komen als het uitzendbureau daar verzekerd is voor de ZW. De uitzendkracht wordt dan ook door een verzekeringsarts begeleid. Als het uitzendbureau ERD is, vindt begeleiding plaats via de bedrijfsarts van de verzekeraar. Als er geen uitzendbeding is opgenomen in de overeenkomst, dan wordt het contract niet beëindigd, maar loopt dit door tot de overeengekomen einddatum. Dan krijgt de zieke uitzendkracht geen Ziektewetuitkering van UWV, maar is er sprake van een dienstverband met het uitzendbureau en betaalt het uitzendbureau het loon door (volgens de figuur Wet Verbetering Poortwachter in de module 'Acute fase') Het uitzendbureau is dan ook verantwoordelijk voor de re-integratie. Zie: <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek> en <https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.

Na een jaar vindt een Eerstejaars Ziektewet-beoordeling plaats deze wordt verricht door een verzekeringsarts Ziektewet van UWV. Als de verzekeringsarts Ziektewet concludeert dat er mogelijkheden zijn om te werken dan volgt een beoordeling door de arbeidsdeskundige. Als de persoon met NAH meer dan 65% kan verdienen van hetgeen een gezonde persoon met een vergelijkbare opleiding of ervaring kan verdienen dan vervalt het recht

op de Ziektewetuitkering. Indien er sprake is van een loonverlies van meer dan 35% wordt de uitkering voortgezet tot het moment dat men niet meer arbeidsongeschikt is of tot het moment dat de WIA beoordeling is bereikt. Zie: <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.

Onderbouwing

Achtergrond

In de modules van deze richtlijn is het hele proces (terug) naar werk van een werknemer met NAH in fasen behandeld. Verder is in de module 'Sociale Zekerheid' aandacht besteed aan regelgeving met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers en jonggehandicapten (Wet Verbetering Poortwachter, WIA en Participatiewet).

Een grote groep is in al deze modules onderbelicht gebleven, namelijk mensen zonder werkgever. Aanbevelingen in alle modules van de richtlijn zijn voor een deel eveneens van toepassing op deze doelgroep; de overige aanbevelingen alleen in aangepaste vorm of niet.

Zoeken en selecteren

Aangezien in deze module specifiek wordt ingegaan op de in Nederland geldende wet- en regelgeving, is er besloten voor deze module geen systematische literatuurzoekactie uit te voeren. In de richtlijntekst zijn referenties opgenomen naar de desbetreffende wet- en regelgeving. Achtergrondinformatie over de totstandkoming van de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ziekteverz-uim-van-het-werk/vraag-en-antwoord/krijg-ik-als-oproepkracht-ook-loon-als-ik-ziek-ben>.
- <https://www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/kennis-onderzoeken/uwv-kennisverslag-werkhervatting-langdurig-zieke-vangnetters.aspx>.
- <https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/wacht-niet-af-tot-de-aov-verplicht-wordt>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel/verplichte-arbeidsongeschiktheidsverzekering-voor-zelfstandigen>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>.
- <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek>.
- <https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.
- <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.
- https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.

Gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35 tot 80%) bij NAH

Uitgangsvraag

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zonder werkgever?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen (indien van toepassing):

- 1.1 Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?
- 1.2 Op welk moment moet contact met de arbeidsdeskundige/ medisch adviseur/ gemeente gezocht worden?
2. Welke vragenlijst(en)/test(en) kun je bij welke persoon met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?
3. Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies voor terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met NAH zonder werkgever?
 - 4.1 Welke informatie krijgt de persoon met NAH zonder werkgever mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?
 - 4.2 Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidsituatie (indien van toepassing)?
 - 5.1 Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH, na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn/haar (ZZP) werk?
 - 5.2 Welke aandachtspunten zijn er rondom het verstrekken van informatie aan betrokken partijen over de persoon met NAH zonder werkgever met betrekking tot de WIA-aanvraag?
6. Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH zonder werkgever gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling (mits van toepassing) en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid?

Aanbeveling

Maak de persoon met NAH die gedeeltelijk arbeidsongeschikt is (WGA 35 tot 80% in het kader van de WIA) en zijn naasten bewust van een potentiële terugval in inkomen.

Besteed tijdig aandacht aan het voorkomen van een inkomensval gedurende de looptijd van de WIA. Dit kan door te onderzoeken welke arbeidsmogelijkheden er wel zijn en deze proberen te benutten.

Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies gericht op aan het werk gaan of re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte mensen (WGA 35 tot 80%) met NAH?

Wanneer de gedeeltelijk arbeidsongeschikte persoon (WGA 35 tot 80%) met NAH weer aan het werk wil kan hij hiervoor ondersteuning vragen bij het UWV of de verzekeraar van de voormalig werkgever (ERD).

Wanneer de persoon met NAH medische problemen heeft en belemmeringen ervaart bij functioneren in het dagelijks leven en een wens tot werken heeft, kan hij eventueel als daar een medische reden voor is via de huisarts verwezen worden voor (arbeid) gerelateerde revalidatie.

Overwegingen

Personen met NAH, die een gedeeltelijke WIA krijgen omdat ze niet volledig arbeidsongeschikt zijn (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten [WGA] tussen 35 tot 80%) en zijn ontslagen omdat hun eerdere werkgever geen passend werk kon bieden, komen na maximaal 24 maanden in een uitkeringssituatie waarbij hun uitkering veelal drastisch daalt. In de eerste periode na de WIA beoordeling ontvangt men een zogenaamde loongerelateerde uitkering. Bij deze uitkering is er over het algemeen nog weinig loonverlies. De arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt aangevuld tot 70% van het laatst verdiende loon (hiervoor geldt wel een maximum). Wanneer deze uitkering echter overgaat in een zogenaamde vervolguitkering (de periode is afhankelijk van het arbeidsverleden met een maximum 24 maanden) omdat men niet of slechts beperkt werkt, is het verlies aan inkomen vaak groot.

Onderbouwing

Achtergrond

In de modules van deze richtlijn is het hele proces (terug) naar werk van een werknemer met NAH in fasen behandeld. Verder is in de module 'Sociale Zekerheid' aandacht besteed aan regelgeving met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers en jonggehandicapten (Wet Verbetering Poortwachter, WIA en Participatiewet).

Een grote groep is in al deze modules onderbelicht gebleven, namelijk mensen zonder werkgever. Aanbevelingen in alle modules van de richtlijn zijn voor een deel eveneens van toepassing op deze doelgroep; de overige aanbevelingen alleen in aangepaste vorm of niet.

Zoeken en selecteren

Aangezien in deze module specifiek wordt ingegaan op de in Nederland geldende wet- en regelgeving, is er besloten voor deze module geen systematische literatuurzoekactie uit te voeren. In de richtlijntekst zijn referenties opgenomen naar de desbetreffende wet- en regelgeving. Achtergrondinformatie over de totstandkoming van de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

REFERenties

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ziekteverzuim-van-het-werk/vraag-en-antwoord/krijg-ik-als-oproepkracht-ook-loon-als-ik-ziek-ben>.

<https://www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/kennis-onderzoeken/uwv-kennisverslag-werkhervatting-langdurig-zieke-vangnetters.aspx>.

<https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/wacht-niet-af-tot-de-aov-verplicht-wordt>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel/verplichte-arbeidsongeschiktheidsverzekering-voor-zelfstandigen>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>.

<https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek>.

<https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.

<https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.

https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.

Personen in de bijstand bij NAH

Uitgangsvraag

Wat zijn de aandachtspunten met betrekking tot terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zonder werkgever?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen (indien van toepassing):

- 1.1 Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?
- 1.2 Op welk moment moet contact met de arbeidsdeskundige/ medisch adviseur/ gemeente gezocht worden?
2. Welke vragenlijst(en)/test(en) kun je bij welke persoon met NAH inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de persoon in staat is om (op termijn) te werken?
3. Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies voor terugkeer naar werk/aan het werk gaan bij personen met NAH zonder werkgever?
 - 4.1 Welke informatie krijgt de persoon met NAH zonder werkgever mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?
 - 4.2 Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidsituatie (indien van toepassing)?
 - 5.1 Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een persoon met NAH, na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen of vastloopt in zijn/haar (ZZP) werk?
 - 5.2 Welke aandachtspunten zijn er rondom het verstrekken van informatie aan betrokken partijen over de persoon met NAH zonder werkgever met betrekking tot de WIA-aanvraag?
6. Welke inhoudelijke informatie over wet- en regelgeving aangaande werk, ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid dient met een persoon met NAH zonder werkgever gedeeld te worden als voorbereiding op re-integratie, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beoordeling (mits van toepassing) en (financiële) gevolgen van arbeidsongeschiktheid?

Aanbeveling

De aanbevelingen hieronder zijn **uitsluitend** bedoeld voor laatstgenoemde groep: bijstandsgerechtigden die weer aan het werk willen gaan.

Acute fase

Welke aandachtspunten ten aanzien van (terugkeer naar) werk dienen met de persoon met NAH te worden besproken?

Bespreek met de bijstandsgerechtigde en naasten in een zo vroeg mogelijk stadium de mogelijke gevolgen van NAH die het proces naar werk kunnen beïnvloeden, waarbij de timing van de informatieverstrekking afhankelijk is van de klinische toestand van de bijstandsgerechtigde en het eventueel ingezette revalidatietraject.

Op welk moment moet contact met (een arts ingeschakeld door) de gemeente gezocht worden? Adviseer de bijstandsgerechtigde om, wanneer er problemen met solliciteren, vrijwilligerswerk, re-integratie en/of aan het werk gaan worden verwacht, de mogelijke gevolgen van NAH met een door de gemeente ingeschakelde arts (of met de huisarts te bespreken, de huisarts kan de bijstandsgerechtigde dan adviseren contact op te nemen met de gemeente).

Herstelfase: voorspellen terugkeer naar werk

Welke vragenlijst(en)/ test(en) kun je bij welke bijstandsgerechtigde met NAH die weer aan het werk wil gaan inzetten om gedurende de herstelfase of aan het einde van de behandelperiode in te schatten of de bijstandsgerechtigde in staat is om (op termijn) te werken?

Zie module Herstelfase > Diagnostiek.

Herstelfase: interventies arbeidsparticipatie

Wat zijn de aandachtspunten inzake interventies gericht op werk of re-integratie van bijstandsgerechtigden met NAH die weer aan het werk willen gaan?

Belangrijke kenmerken interventies:

1. Maak aan het werk gaan bespreekbaar; er moet evident sprake zijn van de wens weer aan het werk te gaan.
2. Betrek, na toestemming van de bijstandsgerechtigde met NAH en rekening houdend met geldende wetgeving op het gebied van privacy, de arts die wordt ingeschakeld door de gemeente en wissel relevante informatie uit.
3. Zet wanneer er een wens is om te werken een arbeidsgerichte interventie in op basis van de door de bijstandsgerechtigde met NAH geformuleerde (tussen)doelen; verder kunnen via de gemeente regelingen worden ingezet ter ondersteuning (doelgroepenregister, loonkostensubsidie, jobcoaching, voorzieningen).
4. Betrek minimaal één iemand met kennis van NAH en kennis van wet- en regelgeving op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid tijdens de behandelphase en (bij voorkeur ook) tijdens de re-integratiefase.
5. Deel kennis over NAH met de mensen die betrokken zijn bij het re-integratieproces van de bijstandsgerechtigde met NAH (indien nodig en gewenst).
6. Evalueer regelmatig de resultaten van de arbeidsgerichte interventie en het verloop van het proces van terugkeer naar werk; wees reëel en tijdig duidelijk met het communiceren over resterende arbeidsmogelijkheden naar de persoon met NAH, zijn/haar naaste(n) en andere betrokkenen toe;
7. Vervolg de begeleiding in lijn met het verloop van het herstel en waarborg nazorg, ook op de langere termijn. Zie ook modules 'Bijna aan het werk' en 'Lange termijnfase'.

Drie belangrijke stappen die gedurende het weer aan het werk gaan moeten worden gezet (algemeen):

1. Breng problemen en barrières en mogelijkheden van het ICF-model en de functiebelasting voor solliciteren/vrijwilligerswerk/aan het werk gaan/re-integratie in kaart (behandel- en arbeidsetting);

2. Stel een plan van aanpak op voor aan het werk gaan/re-integratie; inclusief tijdlijn, actieverantwoordelijke en planning structurele evaluaties;
3. Borg begeleiding wanneer een bijstandsgerechtigde aan het werk gaat, ook op de langere termijn.

Specifieke aanbeveling per betrokkene:

Voor neuroloog/physician assistant/verpleegkundig specialist:

Maak werk al vroeg na het ontstaan van het NAH bespreekbaar en schakel bij (te verwachten) problemen tijdig de juiste personen in of verwijs naar een revalidatiearts bij (milde) cognitieve problemen of problemen ten aanzien van werkhervatting.

Voor revalidatieteam (inclusief revalidatiearts):

Zorg, na toestemming van de persoon met NAH, voor een overdracht van informatie aan de huisarts.

Voor de consulent van de gemeente:

Schakel een medisch adviseur in om een goed beeld van de mogelijkheden van de persoon met NAH te krijgen. Betrek indien mogelijk ook de naasten van de persoon met NAH bij het werktraject.

Voor jobcoach:

Betrek de bijstandsgerechtigde met NAH met partner/verzorger bij aan het werk gaan en zorg voor een overdracht van informatie.

Voor medisch adviseur van de gemeente:

Zorg voor voldoende kennis van NAH en weet dat arbeidsgerichte interventies, werkvoorzieningen en job coaching mogelijk zijn en dat mensen daarnaar verwezen kunnen worden. Vraag informatie over (de resultaten van) eerder ingezette interventie(s) op bij (eerder) betrokken huisarts. Adviseer de bijstandsgerechtigde met NAH en de consulent van de gemeente over de inzet van op re-integratie gerichte interventies. Betrek de bijstandsgerechtigde met NAH en zijn partner/verzorger daarbij. Evalueer het beloop met de bijstandsgerechtigde met NAH en zijn of haar naaste, en andere mensen die bij het proces van aan het werk gaan zijn betrokken. Haal na toestemming van de bijstandsgerechtigde met NAH informatie op bij neuroloog, revalidatiearts en/of huisarts en zorg voor een goede overdracht naar de consulent die betrokken is bij het werktraject.

Voor re-integratiedeskundige/professional betrokken bij re-integratietraject:

Breng de functiebelasting van de gewenste beroepsrichting in kaart. Let daarbij vooral op de cognitieve belasting en energetische belasting (zie ook de module 'Bijna aan het Werk'). Indien er twijfel is over de belastbaarheid en arbeidsmogelijkheden raadpleeg (in samenspraak met de arts die wordt ingeschakeld door de gemeente) een professional met kennis over NAH over de inzet van nadere diagnostiek en/of interventies.

Voor huisarts en POH(-GGZ):

Wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig naar arbeidsgerichte interventies. Adviseer de bijstandsgerechtigde met NAH, zelf contact op te nemen met (de arts die is ingeschakeld door) de gemeente indien er werkgerelateerde problemen zijn of ervaren worden.

Bijna aan het werk

Welke informatie krijgt de bijstandsgerechtigde die weer aan het werk wil gaan met NAH mee uit de behandelsetting om een goede re-integratie binnen arbeid op te starten?

Behandelsetting:

De betreffende deskundige op het gebied van NAH en arbeid/belastbaarheid (bijvoorbeeld NAH verpleegkundige, arbeidscoördinator, casemanager of ergotherapeut) plant een nagesprek in om de persoon met NAH zo goed mogelijk te informeren over mogelijkheden en valkuilen bij re-integratie en over van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

Huisarts:

Geef inhoudelijke informatie over de mogelijke gevolgen van NAH. Verwijs naar de verschillende relevante websites, zoals [Thuisarts.nl](#) (in ontwikkeling), [hersenchirurgie](#), [Patientenfederatie](#) en het [UWV](#).

Adviseer de bijstandsgerechtigde met NAH contact met de gemeente op te nemen en zo nodig een advies van de arts ingeschakeld door de gemeente op te vragen.

Welke informatie zou de behandelsetting moeten vermelden in de overdracht naar de eerste lijn/arbeidssetting?

Behandelsetting

Verzorg tijdig een ontslagbrief naar de persoon met NAH. Indien mogelijk ook een ontslagbrief (≤ 2 weken) naar de huisarts. Deze brief bevat informatie over:

- het klinische beeld en diagnose;
- Duur van PTA (Posttraumatische Amnesie), Glasgow Coma Score in de eerste 24 uur (indien van toepassing);
- aanwezige zichtbare en onzichtbare gevolgen hersenletsel (zie onderstaand tabel);
- verloop in de tijd/verwachting ten aanzien van herstelverloop;
- indien uitgevoerd: NPO verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen;
- Indien aanwezig: paramedische verslagen met ten minste afgenomen testen met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen, getrainde vaardigheden en strategieën met conclusies en aanbevelingen
- Indien aanwezig: terugvalpreventieplan

Tabel: Gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, die kunnen interfereren met het werkhervattingproces

Cognitieve gevolgen	Stemmings- / Gedragsproblemen	Fysieke gevolgen
Geheugenstoornissen Gebrek aan ziekte-inzicht	Apathie initiatiefvermindering	Krachtsvermindering Slikstoornissen
Aandacht- en/of concentratiestoornissen	Stemmingsveranderingen	Coördinatiestoornissen
Executieve stoornissen	Ontremd gedrag	Bewegingsstoornissen
Apraxie	Angst	Loopproblemen
Afasie	Afname empathie	Sensorische problemen
Mentale vermoeidheid	Decorumverlies	Epilepsie
Verminderde belastbaarheid	Moeite met relativeren	Pijn
Neglect	Verstoord ziektebesef	Fysieke
Beperkte probleemoplossing	Veranderd gevoel van humor	conditie/vermoeidheid
Prikkelintolerantie (auditief, visueel, beweging)		
Tempo van informatieverwerking		
Lange hersteltijd		

van Bennekom (2006)

Lange termijn

Welke adviezen kunnen worden gegeven wanneer een bijstandsgerechtigde met NAH na een periode van stabiel functioneren, dreigt vast te lopen?

Voor behandelaren, re-integratiedeskundigen, medisch professionals en de (naasten van een) bijstandsgerechtigde met NAH:

Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het arbeidsmatig functioneren. Betrek tijdig de door de gemeente ingeschakelde arts of de huisarts om de oorzaak van de verandering in functioneren in kaart te brengen bij signalen van overbelasting, zoals beschreven zoals beschreven bij de overwegingen in de module 'Lange termijnfase'.

De bijstandsgerechtigde met NAH kan contact opnemen met de gemeente en vragen om een arts, ook als er nog geen sprake is van uitval. Verwijzing naar een jobcoach of (cognitieve) revalidatie behoort ook in de late fase tot de mogelijkheden. De bijstandsgerechtigde met NAH kan ook contact opnemen met de huisarts. De huisarts kan de bijstandsgerechtigde dan adviseren contact op te nemen met de gemeente.

Overwegingen

Om in aanmerking te komen voor een bijstandsuitkering moet betrokkene:

- Rechtmatig in Nederland wonen.
- 18 jaar of ouder zijn.
- Niet genoeg inkomen of eigen vermogen hebben om in het levensonderhoud te voorzien.
- Geen beroep kunnen doen op een andere voorziening of uitkering.
- Niet in de gevangenis of een huis van bewaring zitten.

Bijstandsgerechtigden zijn verplicht alles te doen om zo snel mogelijk betaald werk te vinden. Mensen die duurzaam en volledig arbeidsongeschikt zijn, zijn vrijgesteld van arbeidsplicht.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.

Als een bijstandsgerechtigde ziek is, moet hij/zij dat doorgeven aan de klantmanager van de gemeente. Als de gemeente een bijstandsgerechtigde door een arts wil laten onderzoeken en wil laten beoordelen wat zijn/haar arbeidsmogelijkheden zijn, dan moet betrokkene zijn/haar medewerking aan dat onderzoek verlenen.

https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.

Sommige bijstandsgerechtigden hebben een grote afstand tot de arbeidsmarkt of zijn al eerder vrijgesteld van sollicitatieplicht. Voor deze groep is weer aan het werk gaan niet (meer) aan de orde. Ze dienen wel bij de gemeente te melden als ze ziek zijn.

Voor de bijstandsgerechtigden die wel aan het werk willen is het belangrijk om de persoon met NAH er op te wijzen dat er vanuit de gemeente regelingen ingezet kunnen worden ter ondersteuning (doelgroepenregister, loonkostensubsidie, jobcoaching, voorzieningen). Voor aanvullende informatie over jobcoaching wordt verwezen naar: <https://www.regelhulp.nl/ik-heb-hulp-nodig/jobcoach>

Onderbouwing

Achtergrond

In de modules van deze richtlijn is het hele proces (terug) naar werk van een werknemer met NAH in fasen behandeld. Verder is in de module 'Sociale Zekerheid' aandacht besteed aan regelgeving met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers en jonggehandicapten (Wet Verbetering Poortwachter, WIA en Participatiewet).

Een grote groep is in al deze modules onderbelicht gebleven, namelijk mensen zonder werkgever. Aanbevelingen in alle modules van de richtlijn zijn voor een deel eveneens van toepassing op deze doelgroep; de overige aanbevelingen alleen in aangepaste vorm of niet.

Zoeken en selecteren

Aangezien in deze module specifiek wordt ingegaan op de in Nederland geldende wet- en regelgeving, is er besloten voor deze module geen systematische literatuurzoekactie uit te voeren. In de richtlijntekst zijn referenties opgenomen naar de desbetreffende wet- en regelgeving. Achtergrondinformatie over de totstandkoming van de aanbevelingen kunt u lezen onder het tabblad 'Overwegingen'.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-03-2021

Laatst geautoriseerd : 31-03-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Referenties

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ziekteverzuim-van-het-werk/vraag-en-antwoord/krijg-ik-als-oproepkracht-ook-loon-als-ik-ziek-ben>.
- <https://www.uvw.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/kennis-onderzoeken/uvw-kennisverslag-werkhervatting-langdurig-zieke-vangnetters.aspx>.
- <https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/wacht-niet-af-tot-de-aov-verplicht-wordt>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel/verplichte-arbeidsongeschiktheidsverzekering-voor-zelfstandigen>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand-voor-zelfstandigen-bbz/regels-bijstand-voor-zelfstandigen-bbz>.
- <https://www.uvw.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/ik-ben-net-ziek/detail/ik-ben-uitzendkracht-en-ben-ziek>.
- <https://www.uitzendbureau.nl/info/cao/abu/ziekte>.
- <https://www.uvw.nl/particulieren/ziek/ziek-zonder-werkgever/bijna-1-jaar-ziek>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijstand>.
- https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/?productid=%7B42A997C5-4FCA-4BC2-BF8A-95DFF6BE7121#case_%7BEEEB4E1D-BB0A-4B3B-BD67-D9DC92A21D83%7D.