

Richtlijn

Reumatoïde Artritis en Participatie in arbeid

Leeswijzer

A. Richtlijn “Reumatoïde Artritis en participatie in arbeid”

1. Inleiding en Plaatsbepaling
2. Richtlijn RA en Participatie in arbeid

Bijlage: set anamnesevragen

B. Achtergronddocument

3. Methoden, uitgangspunten en keuzen
 - 3.1 Plaats richtlijn
 - 3.2 Uitgangspunten
 - 3.3 Werkwijze
 - 3.4 Implementatie
4. Inleiding
 - 4.1 RA en Participatie
 - 4.2 Arbeid als uitkomstmaat
 - 4.3 Gevolgen van RA
 - 4.4 Conclusie
5. Arbeidgerelateerde problematiek: kenmerken en cijfers
 - 5.1 Algemene inleiding
 - 5.2 Participatie in arbeid
 - 5.2.1 arbeidsongeschiktheid
 - 5.2.2 ziekteverzuim bij RA
 - 5.2.3 verlies van productiviteit
 - 5.3 Kosten
 - 5.4 Conclusie

- 6. RA en functioneren in arbeid: risicofactoren voor uitval en ziekteverzuim**
 - 6.1 Inleiding
 - 6.2 Ziektekenmerken
 - 6.3 Eigenschappen van de werkomgeving
 - 6.4 Persoonlijke eigenschappen
 - 6.5 Externe factoren
 - 6.6 Oorzakelijke risicofactoren
 - 6.7 Conclusie
- 7. Analyse en kwantificering van arbeidsproblematiek**
 - 7.1 Inleiding
 - 7.2 Analyse van arbeidsproblematiek
 - 7.2.1. Anamnese
 - 7.2.2. Onderzoek
 - 7.3. Kwantificering van arbeidsproblematiek
 - 7.3.1. Work Instability Scale (WIS)
 - 7.3.2. Work Limitations Questionnaire (WLQ)
 - 7.4 Conclusie
- 8. Interventiestrategieën.**
 - 8.1 Doelstelling
 - 8.2 Medicamenteuze interventie
 - 8.3 Niet-medicamenteuze interventie
 - 8.4 Arbeidgerelateerde interventie
 - 8.5 Multidisciplinaire (arbeids)revalidatieprogramma's
 - 8.6 Conclusie
- 9. Opbouw en samenspel in de behandel- en re-integratieketen**
 - 9.1. Inleiding
 - 9.2. De behandel- en re-integratieketen
 - 9.2.1. De huisarts
 - 9.2.2. De reumatoloog
 - 9.2.3.. De reumaconsulent
 - 9.2.4. Overige (para)medische deskundigen
 - 9.2.5.. Bedrijfs- en verzekeringsarts
 - 9.3. Conclusie

Bijlagen:

- Bijlage 1.** ICF-model
- Bijlage 2:** Korte ICF Core Set voor RA
- Bijlage 3:** Literatuurlijst

LEESWIJZER

Het doel van de richtlijn “Reumatoïde Artritis en participatie in arbeid” is te komen tot een uitgangspunt voor behandelings- en begeleidingsstrategieën, gericht op herstel van optimaal functioneren, alsmede positioneren van het belang voor arbeid.

De richtlijn is opgebouwd uit twee onderdelen, de feitelijke richtlijn, en het achtergronddocument. Daarnaast wordt in het verantwoordingsdocument aangegeven langs welke weg de richtlijn tot stand is gekomen, en welke keuzes de richtlijngroep daarbij heeft gemaakt, om te komen tot een richtlijn, die wetenschappelijk verantwoord is en voldoende basis biedt voor het dagelijks handelen van artsen die met Reumatoïde Artritis (RA) en participatie in arbeid te maken hebben.

Het eerste deel is de feitelijke richtlijn (deel A), waarin beknopt en met beperkte onderbouwing de aanbevelingen zijn weergegeven. Voor de dagelijkse praktijk is dit deel het meest relevante deel.

Het tweede deel (deel B) is het achtergronddocument, en hierin zijn de relevante bronnen, en de onderbouwing van de aanbevelingen opgenomen. Dit stuk maakt daarmee inzichtelijk op basis van welke onderzoeksbevindingen en reviews de aanbevelingen, die benoemd worden in deel A, zijn gebaseerd.

De richtlijn is geïnitieerd door de Ned. Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, en ondersteund door de Ned. Vereniging voor Reumatologie, de Ned. Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Reumapatiëntenbond (nu opgegaan in Reumafonds), de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie en de Vereniging voor Revalidatie-artsen. Er is subsidie verkregen van ZonMw (programma KKCZ, projectnr.150020020).

De richtlijn is multidisciplinair gerealiseerd, met betrokkenheid van disciplines, die bij de behandeling en begeleiding van RA-patiënten deelnemen. De richtlijn is geschreven door een redactiegroep onder voorzitterschap van Prof. Dr. W.F. Lems (reumatoloog VUMC), met als leden Prof. Dr. Th.P.M. Vliet Vlieland (bij aanvang afd. reumatologie, heden orthopedie LUMC), Dr. J.L. Hoving (onderzoeker en bewegingswetenschapper Coronel-instituut), Drs. M. Scholte-Voshaar (vertegenwoordiger reumapatiëntenbond), en Drs. H.J. Hullen (secretaris, bedrijfs- en verzekeringsarts). De richtlijn is besproken in een richtlijngroep met als leden Drs. H.A. Cats (reumatoloog Maartenskliniek), Dr. H. Woutersen-Koch (arts, wetenschappelijk medewerker Nederlands Huisartsen Genootschap), S. Terwindt (ergotherapeut Maartenskliniek), Drs. T. Nijssen (revalidatiearts, bij aanvang Jan van Breemeninstituut, nu LUMC), Drs. M.B.Kroon (verzekeringsarts UWV). De richtlijn is in 2011 opgeleverd, maar door een ongelukkige samenloop van omstandigheden is het toen niet gekomen tot autorisatie binnen de NVR en NVAB. Daarom is in 2013 een vervolg aan de activiteiten gegeven, en is gekozen voor een actualisatie van de richtlijn met als eindresultaat het huidige document.

Als start voor het realiseren van de richtlijn heeft een knelpuntenanalyse plaatsgevonden. Vastgesteld werd dat de kennis over het participeren met de aandoening RA nog onvolledig gebundeld was, en er nog geen richtlijn bestond die het belang van de patiënt of cliënt als uitgangspunt had, en zowel gericht was op lichamelijke en geestelijke gezondheid als op sociaal maatschappelijk functioneren. Er was onvoldoende verbinding tussen de verschillende rollen van de hulpverleners, en de patiënt was onvoldoende eigenaar van zijn probleem.

Op basis van de knelpuntenanalyse is beoordeeld welke basisvragen relevant zijn voor de relatie tussen RA en participatie. Dat leidde tot een grote hoeveelheid vragen, die vervolgens zijn herleid tot de definitieve onderzoeksvragen:

- Vraag 1: Welke arbeidgerelateerde problematiek doet zich voor bij patiënten met RA? Deze vraag omvat daarmee eveneens de gevolgen van RA voor het functioneren, en de vraag welke gevolgen RA heeft voor participeren in arbeid?
- Vraag 2: Hoe groot is arbeidgerelateerde problematiek bij RA?
- Vraag 3: wat zijn de risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim bij patiënten met RA?
- Vraag 4: Op welke wijze vindt bij individuele patiënten met RA de analyse en kwantificering van (toekomstige) arbeidsproblematiek plaats?
- Vraag 5: Welke interventies, c.q. behandelstrategieën leveren bij patiënten met RA een bijdrage aan verbetering of behoud van functioneren?

Deze vraag is onder te verdelen in de volgende 3 subvragen:

- 5.1 Wat zijn de effecten van antireumatische therapie op arbeidsparticipatie?
- 5.2 Wat zijn de effecten van arbeidgerelateerde interventies op arbeidsparticipatie?
- 5.3 Welke disciplines of welke beroepsgroepen kunnen een rol spelen bij het behandeltraject. (c. q. welke teamsamenstelling)?

Deze vragen zijn in het achtergronddocument terug te vinden, als de startvragen van de verschillende hoofdstukken. Op basis van de search en de analyse door de redactie- en richtlijngroep is vervolgens in de tekst aangegeven op welke wijze dit heeft geleid tot de aanbevelingen, die in de richtlijn zijn opgenomen.

A. Richtlijn “Reumatoïde Artritis en participatie in arbeid”

1. Inleiding en plaatsbepaling

In 2008 is de CBO-richtlijn “Diagnostiek en Behandeling van Reumatoïde Artritis” verschenen. Deze richtlijn stelt dat Reumatoïde Artritis (RA) een chronische aandoening is met grote psychische, sociale en financiële consequenties door directe zorgkosten en indirecte kosten als verlies van inkomen en werk [CBO 2008]. In deze richtlijn is participatie in arbeid vervat in één separaat hoofdstuk, dat zich primair richt op de rol van de bedrijfsarts en diens directe omgeving.

In 2005 heeft de Gezondheidsraad op verzoek van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een advies opgesteld om te komen tot een verbetering van de samenhang tussen behandeling, begeleiding (naar arbeid) en beoordeling (arbeidsongeschiktheids-wetgeving) [Gezondheidsraad 2005]. Middel daartoe zijn multidisciplinaire richtlijnen met een gedeelde visie, geldend voor allen die bij de behandeling en begeleiding van een patiënt betrokken zijn. Doel van deze zogenaamde 3B-richtlijnen is de patiënt beter te ondersteunen in leven en participeren met ziekte, inclusief werken.

Juist deze verbredende visie is in de huidige CBO-richtlijn (2008) te beperkt omschreven. Om de CBO-richtlijn beter te laten aansluiten bij het advies van de Gezondheidsraad is als addendum op de CBO-richtlijn de richtlijn “Reumatoïde Artritis en participatie in arbeid” ontwikkeld.

Het is wenselijk, dat in een toekomstige versie van de CBO-richtlijn “Diagnostiek en Behandeling van Reumatoïde Artritis” het thema “Reumatoïde Artritis en participatie in arbeid” integraal in de gehele richtlijn als behandeldoel wordt opgenomen.

De richtlijn is multidisciplinair, geschreven voor en door betrokken professionals en patiënten. In de richtlijn is aangegeven welke handelingen de behandelaars en begeleiders kunnen overwegen en vragen. De richtlijn beschrijft de best denkbare praktijk, en vormt een hulpmiddel om de behandeling en begeleiding van de patiënt te verbeteren en daarmee de patiënt een optimale positie in de maatschappij te laten behouden. Hier wordt expliciet de vertaling naar het functioneren van de patiënt in arbeid, betaald of onbetaald, weergegeven en de betekenis voor het handelen van iedere medicus en paramedicus, betrokken bij de behandeling van patiënten met RA.

Reumatoïde Artritis (RA) is een chronische aandoening, die participeren op alle niveaus van menselijk functioneren beïnvloedt, zowel de dagelijkse activiteiten als meer specifiek arbeid. De gevolgen voor participatie in arbeid zijn het best onderzocht en hierover is de meeste evidence beschikbaar. M.b.t. de dagelijkse activiteiten en vrije tijd is de hoeveelheid evidence nog ontoereikend om daarop een richtlijn te baseren. Daarom richt deze richtlijn zich primair op participatie in arbeid.

2. Richtlijn RA en Participatie in arbeid

Belang van arbeid

Arbeid bevordert een goede fysieke en mentale gezondheid, helpt om gezondheidsproblemen te voorkomen en kan mensen helpen te herstellen van ziekte. Voorwaarde is wel dat de arbeid aansluit op iemands interesse en capaciteiten en uitgevoerd wordt in een veilige en gezonde omgeving. Arbeid heeft in het algemeen een positief effect op de levenskwaliteit en de gezondheid van de meeste patiënten [Waddell 2006- Dame Black 2008]. Voor een minderheid kan het gezondheidseffect negatief zijn, bijvoorbeeld bij fysieke of psychische overbelasting.

Er is daarom een gezondheidkundig belang om participatie in arbeid te bevorderen.

Niveau 2	Conclusie Het is aannemelijk dat arbeid in het algemeen en ook meestal bij RA een positief effect heeft op de levenskwaliteit en de gezondheid. <i>[Waddell 2006 – Chorus 2003].</i>
-----------------	--

Arbeid heeft ook een belangrijke economische betekenis voor de patiënt en behoud van arbeid is van belang voor behoud van de persoonlijke en economische zelfstandigheid. Verlies van arbeid betekent altijd verlies aan inkomen.

In de optiek van de richtlijn groep heeft een patiënt met RA belang bij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren en participeren in de maatschappij. Daarnaast is dit ook een maatschappelijk belang.

De richtlijn groep is van oordeel dat arbeid en participatie een onderdeel is van de behandeling bij RA, en daarmee is behoud van participatie, zowel in arbeid als in dagelijks leven, ook een behandeldoel voor RA. Dat houdt in dat functioneren - en specifiek functioneren in arbeid – de voortdurende aandacht van elke behandelaar, betrokken bij patiënten met reumatoïde artritis, verdient, vanaf het stellen van de diagnose tot en met behoud van of terugkeer in arbeid.

Aanbeveling 1.

Het verdient aanbeveling om behoud van participatie in arbeid bij de behandeling en begeleiding van patiënten met RA als behandeldoel te kiezen, naast vermindering van ziekteactiviteit, en verminderen en voorkomen van gewrichtsschade.

Aanbeveling 2

De richtlijn groep adviseert behoud van of terugkeer in arbeid te beschouwen als een uitkomstmaat voor succes in de behandeling en ondersteuning van patiënten met RA in de werkzame leeftijd.

Gevolgen van RA voor arbeidsvermogen

Het verlies van participeren in arbeid kan zijn:

1. volledige/gedeeltelijke uitval uit arbeid: arbeidsongeschiktheid
2. tijdelijke uitval uit arbeid: ziekteverzuim
3. verlies van productiviteit tijdens de arbeid.

Uit onderzoek van m.n. Verstappen [2004] en Geuskens [2007] is bekend dat het verlies van participeren in de vroege fase van de ziekte al hoog is, m.n. in de eerste jaren. Het risico op arbeidsongeschiktheid neemt met een langere ziekteduur toe. Na 2 jaar bestaat bij ± 30 procent van de patiënten volledige arbeidsuitval, na 5 jaar bij ± 40 procent.

Ook het ziekteverzuim begint vaak al kort na het begin van de ziekte en soms zelfs al voor het stellen van de diagnose [Lacaille 2004- Backman 2004-Sokka 2003- Geuskens 2008- Zirkzee 2008- Neovius 2011]. Werkende patiënten met RA hebben een aanzienlijk verhoogd ziekteverzuim: in een periode van een jaar verzuimt meer dan 50 procent van de patiënten een of meer dagen [Geuskens 2007].

Patiënten die nog werken, kunnen gedurende hun werktijd een aanmerkelijk verlies van productiviteit hebben [Lenssinck 2013]. Veelal hebben zij hun arbeidscondities al aangepast.

Niveau 1	Conclusie Vanaf het begin van de ziekte is het risico op arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en verlies van productiviteit in arbeid bij patiënten met RA hoog. [Verstappen 2004- Geuskens 2007- Zirkzee 2008]
-----------------	--

Determinanten voor verlies van participatie in arbeid

De mogelijkheden tot participatie in arbeid bij RA komen voort uit een dynamische interactie tussen ziektekenmerken, persoonlijke eigenschappen en eigenschappen van de werkomgeving, zoals weergegeven in het ICF-model (bijlage 1).

De belangrijkste *ziektekenmerken* met risico op verlies van participeren in arbeid zijn:

1. een hogere ziekteactiviteit,
2. hogere mate van vermoeidheid,
3. hogere pijnniveaus in de gewrichten,
4. (ochtend)stijfheid.

[Vliet Vlieland 2009- Geuskens 2008A- Hammond 2008- Hoving 2013].

Door de vermoeidheid vermindert het prestatievermogen, met als gevolg daling van activiteiten, zowel binnen als buiten arbeid [Lacaille 2007]. Op momenten dat de ziekte actiever is, zijn de pijn, vermoeidheid en mate van ontstekingen hoger, en is het arbeidsvermogen lager. Een hogere ziekteactiviteit geeft een grotere kans op schade aan de gewrichten, met als gevolg meer stoornissen en beperkingen in functioneren:

- vermindering van knijpkracht en grijpfunctie van de handen
- vermindering van de hand- en vingervaarigheid
- verlies van kracht in handen en armen

- problemen met werken boven schouderhoogte
- problemen met zwaar tillen
- problemen met ver reiken
- verminderde belastbaarheid van de voeten en enkels.

Dit leidt tot problemen met repeterende bewegingen, typen, schrijven, dossiers hanteren, telefoneren en problemen bij staan, lopen, hardlopen en traplopen.

Al in een zeer vroege fase van RA kan irreversibele schade ontstaan aan gewrichten en daardoor aan arbeidsvermogen [CBO 2008- Soubrier 2005- Scott 2003]. Deze schade doet zich vooral voor aan handen, polsen en voeten, en iets minder frequent aan ellebogen, schouders, knieën en heupen [Gobelet 2007-Hazes 2003].

Het risico op arbeidsuitval en ziekteverzuim bij RA wordt mede bepaald door eigenschappen van de werkomgeving [Chorus 2001- Varekamp 2005- Detaille 2003- Verstappen 2004- Lenssinck 2013]. Eigenschappen, die de kans op problemen door RA verhogen, zijn taakeisen zoals verrichten van fysiek zwaar werk, of repeterende bewegingen of arbeids- en omgevingscondities zoals onvoldoende autonomie en regelmogelijkheden in het werk, onvoldoende steun en begrip van collega's en leidinggevenden.

Persoonlijke eigenschappen zoals een laag opleidingsniveau, een hogere leeftijd, een passieve copingstijl en sombere verwachtingen met betrekking tot de terugkeer naar arbeid gaan in het algemeen gepaard met een hoger verlies aan participatie in arbeid. Een passieve copingstrategie geeft ook een hoger risico op psychologische comorbiditeit, zoals depressie en angst. Ook de sociale context heeft invloed [Lacaille 2004- De Croon 2004- Verstappen 2004- Geuskens 2008A- Verstappen 2005].

De verwachtingen van de patiënt, en dus de persoonlijke copingstijl, blijken een goede voorspeller voor de terugkeer naar arbeid [Treharne 2007]. Optimisme en positieve verwachtingen t.a.v. zelfredzaamheid geven een beter psychosociaal functioneren en daarmee een beter behoud van participatie [Treharne 2007].

Niveau 1	Conclusie Arbeidsverzuim of – uitval wordt het best voorspeld door: 1. ziektekenmerken: • De mate van vermoeidheid, de ziekteactiviteit, de mate van pijn en (ochtend)stijfheid 2. persoonlijke eigenschappen: • Passieve coping, sombere verwachtingen, hogere leeftijd, laag opleidingsniveau 3. eigenschappen van de werkomgeving: • Fysiek zwaar werk, gebrek aan regelmogelijkheden, gebrek aan sociale steun. [Chorus 2001- Varekamp 2005- Detaille 2003- Verstappen 2004- Lacaille 2004- De Croon 2004- Geuskens 2008A- Verstappen 2005- Treharne 2007]
-----------------	---

De richtlijngroep streeft naar behoud van participatie van de patiënt. Daarom geven deze risicofactoren richting aan de geformuleerde aanbevelingen over de aard en inhoud van de diagnostiek en interventie.

Aanbeveling 3

Het verdient aanbeveling de diagnostiek en interventies te kiezen op geleide van de risicofactoren. Herkennen en vroegtijdig corrigeren van risicofactoren is van belang voor arbeidsuitval.

Analyse en kwantificering van arbeidsproblematiek

De diagnostiek van (dreigende) arbeidsproblematiek begint bij de *anamnese*. De anamnese is het beste middel om dreigende uitval te onderkennen en tijdig te kunnen ingrijpen. Het is belangrijk te weten of een patiënt nog werkt. Vervolgens wordt met gerichte vragen duidelijk of er problemen bestaan of kunnen ontstaan in de werksituatie. Primair richt de aandacht zich op de ziektekenmerken en de wijze van coping. Bij gebleken problematiek in arbeid staan een aantal verdiepende vragen ter beschikking.

Voor iedere behandelaar is een eigen set van basisvragen ontworpen, die zich richten op herkennen van werkproblemen, (dreigend) verzuim en op de hulpbehoefte van de patiënt, ten aanzien van zijn arbeidssituatie. Deze set van vragen is weergegeven in de bijlage bij de richtlijn (p.13-16). Door aandacht te besteden en blijven besteden aan arbeid, draagt de behandelaar er toe bij, dat de patiënt zichzelf blijft oriënteren op arbeid en blijven functioneren.

Het medisch onderzoek is gericht op de gewrichtsschade (m.n. aan handen en voeten), de beoordeling van de geestelijke status en de copingstrategie.

Voor de kwantificering van de arbeidsproblematiek zijn enkele vragenlijsten van toegevoegde waarde [Backman 2004- Hazes 2005]. Vooral de Work Instability Scale (WIS) en Work Limitations Questionnaire (WLQ) zijn geschikt om werkgerelateerde problemen te onderkennen en te kwantificeren (arbeidspecifiek). Bij aanwezigheid van arbeidsgebonden problematiek zijn dit de instrumenten van voorkeur.

Aanbeveling 4

Het is voor elke behandelaar belangrijk te weten of de patiënt met RA nog werkt, in betaalde arbeid, of als vrijwilliger. Het is aan te bevelen, dat iedere behandelaar minimaal 1x per jaar en idealiter bij ieder behandelcontact in de anamnese vraagt of de patiënt nog werkt

Aanbeveling 5

Om een goed inzicht te krijgen in de mogelijkheden tot functioneren hoort de anamnese vragen over de mate van vermoeidheid, pijn en ochtendstijfheid te bevatten. Daarbij kunnen ook vragen over de psychische status en beoordelen van de copingstrategie wenselijk zijn.

Aanbeveling 6

Het belangrijkste middel voor analyse van werkgebonden problematiek is de anamnese. Een (korte) werkanamnese maakt daarom standaard onderdeel uit van de anamnese. Deze vragen zijn weergegeven in de bijlage (blz 14-16).

Therapie en interventie

Elke RA-patiënt heeft een aandoening die potentieel het functioneren treft. Daarom is het behandeldoel bij interventiestrategieën het verminderen van het effect van de ziekte op het leven van patiënten en het behouden van een niveau van functioneren dat persoonlijke en economische zelfstandigheid mogelijk maakt.

Omdat al zeer vroeg in het verloop van de ziekte fysieke en economische schade ontstaat, is een maximale behandelinspanning bij het optreden van artritis en een snelle start met agressieve initiële therapie [CBO 2008- Verstappen 2013] vanuit het perspectief van participatie aan te bevelen. Het verdient aanbeveling dat behoud van deelname aan het arbeidsproces vanaf het begin van de behandeling onderdeel daarvan uitmaakt en een behandeldoel is.

Doelstelling van medicamenteuze interventie is primair verlagen van de ziekteactiviteit en behouden of behalen van een niveau van menselijk functioneren, dat persoonlijke en economische zelfstandigheid mogelijk maakt [Pollard 2005 – Goekoop 2005]. Agressieve initiële therapie met combinatietherapie blijkt een positief effect te hebben op de totale duur van ziekteverzuim. Om hier snel mee te kunnen starten is een vroege identificatie, en een accurate diagnose noodzakelijk. Daarom is een vroege verwijzing naar de reumatoloog noodzakelijk, om snel therapie te kunnen starten. De vroege diagnose en snelle verwijzing zijn cruciaal voor optimale medische zorg en behoud van functioneren [CBO 2008].

Niveau 1	Conclusie Het belangrijkste instrument voor herstel en behoud van participatie is een snelle en effectieve behandeling. Agressieve initiële therapie met combinatietherapie heeft het meest positieve effect op de totale duur van arbeidsuitval. <i>[CBO 2008- Puolakka 2004- Puolakka 2005- Pollard 2005- Goekoop 2007]</i>
Niveau 1	Conclusie Een vroege herkenning, een snelle verwijzing naar de reumatoloog en een accurate diagnose zijn noodzakelijk bij vermoeden op RA. <i>[CBO 2008- Cush 2007- Puolakka 2006].</i>

Ook niet-medicamenteuze therapie kan een bijdrage leveren aan arbeidsparticipatie [CBO 2008]. De richtlijn groep is van mening dat vroeg opstarten hiervan wenselijk is.

Lichamelijke training en oefentherapie geven een verbetering van de conditie en van het zelfvertrouwen, met een positief effect op de mogelijkheden tot verrichten van arbeid en de wil tot arbeid [Munneke 2003].

Leefstijladviezen en gedragsmatige interventies gericht op de psychische conditie en de copingstijl dragen bij aan behoud en verbetering van functioneren [Vliet Vlieland 2006- Vliet Vlieland 2007]. Zo nodig kunnen aanpassingen of hulpmiddelen worden verstrekt.

Het behoud van activiteiten en participatie en een lage afhankelijkheid van anderen is belangrijk voor de ervaren kwaliteit van leven [Vliet Vlieland 2006]. De patiënt moet enerzijds zijn chronische ziekte accepteren en anderzijds kiezen voor een actieve coping. De begeleiding richt zich daarbij op ondersteunen van (blijven) werken.

Niveau 2	Conclusie Niet-medicamenteuze therapie bij RA heeft een positieve invloed op de fysieke gesteldheid, het zelfvertrouwen, de levenslust en het functioneren. <i>[CBO 2008- Vliet Vlieland 2007- Varekamp 2005]</i>
-----------------	--

Aanbeveling 7

Het verdient aanbeveling dat naast medicamenteuze therapie ook (veelal door de reumatoloog) niet-medicamenteuze therapie wordt opgestart, met het oog op verbeteren van de conditie en belastbaarheid, het vergroten van het zelfvertrouwen, en versterken van de stijl van coping.

Ook de persoonlijke eigenschappen vormen een aspect bij de behandeling van patiënten met RA. Het belangrijkste aspect daarbij is de beïnvloeding van de coping.

Aanbeveling 8

Het verdient de voorkeur, dat tijdens het contact met de patiënt de behandelaar actief aandacht vraagt voor herstel en behoud van functioneren, actieve coping bevordert en er toe bijdraagt, dat de patiënt zich zelf blijft oriënteren op blijven functioneren en op arbeid.

Arbeidgerelateerde interventies verlagen de belasting door arbeid bij dreigende overbelasting. Dit kan door aanpassen van de werkinhoud door overgang naar lichter werk, verandering van werktijden, creëren van rustpauzes of verminderen van het aantal uren. In het uiterste geval is zoeken van ander werk noodzakelijk. Indien dit uiteindelijk onvermijdelijk is, is het verstandig, deze keuze tijdig te maken.

Ook verstrekken van gewrichtbeschermende maatregelen, verlaging van de belasting door woon-werkverkeer, vergroten van de steun door collega's of leidinggevende, aanpassen van de werkplek of werkmaterialen en vermindering van de belasting in de privé-situatie kunnen bijdragen aan het behouden van een goed evenwicht.

Het lijkt aannemelijk dat multidisciplinaire arbeidsrevalidatieprogramma's bijdragen aan behoud van werk en re-integreren in werkzaamheden. Dit is door onderzoek echter nog onvoldoende aangetoond.

Bij het kiezen van de maatregelen is het verstandig ook rekening te houden met de werking van de arbeidsongeschiktheidsregelingen in Nederland. Daarbij wordt eerst gekozen voor aanpassen van de zwaarte van arbeid, werkinhoud en van de overige risicofactoren, voordat een beperking in uren wordt geadviseerd.

Het verminderen van uren als eerste middel wordt bij de arbeidsongeschiktheidsregeling alleen gevolgd, als de patiënt met RA in elke werksituatie, onafhankelijk van de belasting daarin, een beperking van uren nodig heeft. Dit advies kan dus grote financiële gevolgen hebben voor de patiënt. Voor advies over de gevolgen van de arbeidgerelateerde interventies kan een arbeidsdeskundige worden ingeschakeld.

Anderzijds is het verstandig juist vroegtijdig ander werk te zoeken, als dat uiteindelijk toch onvermijdelijk is.

Aanbeveling 9

Bij patiënten met RA zijn arbeidgerelateerde interventies bij dreigende overbelasting altijd noodzakelijk. Arbeidgerelateerde interventies zijn:

- a. verstrekking van hulpmiddelen: gewrichtbeschermende maatregelen
- b. aanpassen van de werkplek of werkmaterialen
- c. creëren van rustpauzes en afwisselen van belasting van de gewrichten
- d. aanpassen van de werkinhoud: overgang naar lichter werk,
- e. verandering van werktijden,
- f. zoeken van ander werk. Indien dit onvermijdelijk is, is het verstandig, deze keuze tijdig te maken.
- g. verminderen van het aantal uren in eigen of ander werk.

Ondersteunende maatregelen zijn:

- a. vergroten van de steun door voorlichting aan de collega's en leidinggevende over de aandoening RA en de gevolgen voor functioneren
- b. verlaging van de belasting door woon-werkverkeer,

Een snelle hervatting in arbeid heeft een positief effect op behoud van arbeid [Verbeek 2006 – de Buck 2002 – Backman 2004]. Activering en behoud van werkzaamheden hebben ook een gunstig effect op de ervaren pijn, het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde [De Croon 2004].

Niveau 2	Conclusie Ondersteunde snelle arbeidshervatting bij patiënten met RA - geheel of gedeeltelijk - draagt sterk bij aan behoud van arbeidsparticipatie. <i>[Verbeek 2006 – de Buck 2002 – Backman 2004]</i>
-----------------	--

De richtlijn groep is de mening toegedaan, dat in de beginfase van de ziekte niet alleen snel agressieve therapie moet worden opgestart, maar dat ook in deze fase aandacht moet worden gegeven aan een snelle werkhervatting. Het bewijs dat dit bijdraagt aan een beter

zelfbeeld en gezondheidsgevoel, en behoud van participatie, en daarmee een positief effect heeft op de patiënt, is voldoende, om de patiënt te stimuleren tot oppakken van arbeid, al of niet met aanpassing van werktijd of werkbelasting.

Aanbeveling 10

Het heeft de voorkeur vanaf het begin van de ziekte de band met werk te behouden. Een snelle, zo nodig gedeeltelijke werkhervatting blijkt het beste resultaat te hebben, zelfs als er nog veel verbetering door verlaging van ziekteactiviteit of beïnvloeding van risicofactoren kan plaatsvinden.

Taakverdeling in de keten

De patiënt is primair verantwoordelijk voor het omgaan met zijn ziekte. Hij heeft grote behoefte aan adequate ondersteuning en advisering en daarbij is samenwerking en een goede rolverdeling tussen alle hulpverleners, betrokken bij behandeling of begeleiding van een RA-patiënt noodzakelijk. De behandeling moet gericht zijn op het welzijn van de patiënt. Ook de toedeling van verantwoordelijkheden moet hierop zijn gebaseerd.

De huisarts is in de beginfase verantwoordelijk voor vroege onderkenning en snelle verwijzing naar de reumatoloog. De huisarts informeert bij alle contacten met de werkende patiënt met RA naar mogelijke arbeidsproblemen. In de verdere behandeling is er sprake van een “shared care”-model, dat lokaal kan worden ingekleurd, en waarbij er duidelijke afspraken worden gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling.

De reumatoloog is verantwoordelijk voor de definitieve diagnose en adequate behandeling. De reumatoloog blijft eindverantwoordelijk voor de gehele behandeling in de tweede lijn, en streeft daarbij ook naar participatie en re-integratie. Ook de reumatoloog informeert bij werkende patiënten bij voorkeur bij elk poliklinisch contact, maar minimaal 1x per jaar naar mogelijke arbeidsproblemen. De reumatoloog is daarbij verantwoordelijk voor het opstellen van het behandelplan en daarin opnemen van arbeidsparticipatie als behandoel. Ook bewaakt de reumatoloog de afstemming van de behandeling op arbeidsparticipatie.

De reumatoloog overweegt steeds de verwijzing naar de gespecialiseerde medische en paramedische disciplines en/of revalidatiearts vanuit zijn centrale positie in de behandeling. De reumatoloog is primair verantwoordelijk voor de inschakeling van de andere disciplines (regiefunctie in de tweede lijn). Van belang daarbij is ook dat patiënten bij toename van de klachten vaak rechtstreeks contact zoeken met reumatoloog of reumaconsulent.

Een intensieve monitoring draagt bij aan bereiken van een lage ziekteactiviteit en dus een beter functioneren. Deze klinische begeleiding is vooral in handen van de reumaconsulent, als uitvoerder namens de reumatoloog. Verder zijn de revalidatiearts, fysiotherapeut en ergotherapeut mogelijk betrokken bij specifieke onderdelen van de therapie, zoals oefentherapie, verstrekking van hulpmiddelen of arbeidsrevalidatie. Vanuit hun perspectief informeren zij eveneens naar arbeidsgebonden problemen.

Vanuit zijn (wettelijk vastgelegde) taak het ziekteverzuim te begeleiden, is de bedrijfsarts bij uitstek verantwoordelijk voor herkennen van arbeidsproblemen en realiseren van noodzakelijke aanpassingen in de arbeidssituatie. Dit gebeurt in overleg met huisarts en reumatoloog. Als re-integratie op de eigen werkplek niet mogelijk is, beschrijft de bedrijfs- of verzekeringsarts de resterende mogelijkheden tot functioneren. Op basis van dit advies wordt duidelijk welke arbeidsmogelijkheden nog voorhanden zijn. Ook hierbij is overleg tussen de diverse deskundigen noodzakelijk. De bedrijfsarts kan ook ingeschakeld worden door de patiënt als werkproblematiek aanwezig is.

Aanbeveling 11

De richtlijngroep adviseert om de reumatoloog als eindverantwoordelijk te beschouwen voor de gehele behandeling van de patiënt in de tweede lijn. De reumatoloog heeft t.a.v. participatie en re-integratie in arbeid een regierol. Dit impliceert overleg met huisarts en bedrijfsarts, en betrokkenheid bij het aanbod aan de patiënt. De reumatoloog draagt daarbij zorg voor een adequate communicatie en afstemming met de bedrijfsarts.

Het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies op arbeidsparticipatie heeft al goede resultaten opgeleverd, maar er resteren nog veel vragen. Een betere aansluiting met de resultaten van onderzoek naar arbeidsparticipatie bij andere chronische ziektes is wenselijk. Veel factoren die invloed hebben op participatie, zijn niet specifiek voor RA, maar meer een gevolg van chronisch ziek zijn. Meer gemeenschappelijk onderzoek over chronisch ziek zijn en participatie is in de visie van de richtlijngroep gewenst.

Bijlage: set anamnesevragen

Iedere behandelaar gebruikt een set vragen over ziektegebonden factoren:

- de mate van vermoeidheid
- ernst van de pijn
- ochtendstijfheid
- aanwezigheid van ontstekingen

Additionele vragen richten zich op de persoonsgebonden en werkgebonden risicofactoren. Primair zijn dit enkele basisvragen, die onderzoeken of iemand nog werkt, en of verdiepende vragen noodzakelijk zijn.

Basisvragen

De volgende vragen maken duidelijk of er sprake is van problemen in arbeid, en wat de aard van de problemen is:

1. Heeft u (betaald) werk?
2. Zo ja,
 - a. Hoeveel uur en volgens welk arbeidspatroon werkt u?
 - b. Heeft u door RA problemen bij werken? Welke problemen zijn dat?
 - b. Maakt u zich zorgen of dreigen er problemen met werken?
 - c. Wat hebt u nodig om goed te blijven functioneren? Kan ik u daarbij helpen?

Voor de *huisarts* en voor de *reumatoloog* volstaan in de regel de basisvragen. Van belang is dat zij problemen in arbeid herkennen en behoud van arbeidsdeelname bevorderen. In de regel zullen zij in overleg met de patiënt verwijzen naar anderen en een goede voortgang van de behandeling en begeleiding bewaken. Additionele vragen richten zich vooral op de wijze van coping en beïnvloeding daarvan.

Verdiepende vragen

Als er problemen in de arbeidssituatie aanwezig zijn of dreigen te ontstaan, is verdere analyse daarvan noodzakelijk. De vragen hebben als doel de meest effectieve interventies te kunnen bepalen. De vragen worden in de tweede lijn vooral door de reumaconsulent gesteld.

1. Welke oplossingen heeft u al gevonden om te kunnen blijven werken?
 - Hebt u vaak verzuim?
 - Hebt u uw werktempo veranderd?
 - Neemt u meer pauzes dan voorheen?
2. Bent u een positief ingesteld persoon? Hoe gaat u met problemen of tegenslag om?
3. Durft u te bewegen? Welk effect heeft bewegen voor u?
4. Bent u bezig om uw conditie zo goed mogelijk in stand te houden? Hoe?
5. Zijn er in uw werk bepaalde taken die u niet goed kan doen?
6. Zijn er problemen met verplaatsen op het werk, of bereiken van het werk?
7. Zijn er problemen door verandering van hand- en vingervaardigheid?

8. Hebt u uw werkgever en de collega's op de hoogte gesteld van uw ziekte en beperkingen? Is er op het werk voldoende begrip voor uw aandoening en de gevolgen daarvan?
9. Ervaart u steun vanuit uw privé en/of werkomgeving?
10. Hoe belangrijk is uw werk, c.q. werken voor u?

Vragen voor de bedrijfsarts

De bedrijfsarts is degene die een directe relatie heeft met zowel werkgever als werknemer, en daardoor een directe en onafhankelijke adviesfunctie heeft op de aard en inhoud van de arbeid. Juist de werkgebonden risicofactoren zijn het aandachtsgebied van de bedrijfsarts, zowel preventief als bij (dreigende) arbeidsuitval.

Voor de bedrijfsarts is de vragenset uitgebreider [Detaille 2003]:

1. Hoe gaat het op het werk.?
2. Als u niet werkt vanwege de aandoening, welke knelpunten belemmeren dan werkhervatting?
3. Als u wel werkt en aanduidt dat er problemen zijn, welke knelpunten en mogelijke oplossingen zijn er? De volgende aandachtspunten en bijbehorende suggesties voor vragen kunnen daarbij behulpzaam zijn:
 - Hoe gaat het met de zelfzorg?
 - Wat zijn de eigen regelmogelijkheden in het werk?
 - Zijn er problemen veroorzaakt door de aandoening die u belemmeren op het werk of die werkhervatting in de weg staan?
4. Arbeidsomstandigheden
 - Geven de arbeidsomstandigheden aanleiding tot klachten? (werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, woon-werkverkeer)
 - Hoe verloopt de communicatie met de leidinggevenden?
 - Is de leidinggevende op de hoogte van de aandoening?
 - Kunt u eventuele consequenties van de aandoening en de behandeling voor het werk met de leidinggevende bespreken?
 - Zijn aanpassingen en hulpmiddelen met de leidinggevende besproken en gerealiseerd?
5. Communicatie met collega's
 - Zijn uw collega's op de hoogte van de aandoening en de mogelijke consequenties voor het werk?
 - Houden uw collega's voldoende rekening met eventuele beperkingen?
6. Begeleiding hulpverlening
 - Krijgt u voldoende begeleiding bij problemen in de werksituatie?
 - Is er voldoende samenwerking tussen de behandelaars en de bedrijfsarts?
 - Is er voldoende begeleiding van de huisarts, van de specialist en van andere hulpverleners?
 - Wordt daarbij voldoende aandacht besteed aan de gevolgen van de aandoening voor de werksituatie?

- Is bij het instellen van het behandelbeleid aandacht besteed aan de werksituatie? (medicatie, mogelijke bijwerkingen, dieet, hulpmiddelen, afsprakenschema met behandelaars).

Vragen voor de verzekeringsarts

In het beoordelingsgesprek besteedt de verzekeringsarts aandacht aan de volgende factoren:

1. de aard en ernst van de klachten en stoornissen (pijn, stijfheid, zwelling, bewegingsbeperking, vermoeidheid);
2. de mate, ernst, frequentie en duur van periodes met ontstekingen;
3. symptomen van angst of depressie, en de aard en ernst daarvan;
4. de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren;
 - het verloop van het medisch herstel en de werkhervatting;
 - zijn mogelijkheden voor eigen en ander werk;
 - de mate waarin de werknemer denkt dat bewegen en belasten schadelijk is voor zijn gezondheid;
 - wat de werknemer (nog) zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen;
 - de betekenis van (betaalde) arbeid in het levensplan van de werknemer;
 - de betekenis van chronisch ziek-zijn voor de werknemer;
5. de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door te vragen wat hij doet op een 'gemiddelde' dag en door te informeren naar de gevolgen van de klachten voor de verschillende levensgebieden;
6. de actuele stressoren en herstel belemmerende factoren in privé- , werk- en zorgomgeving;
7. actueel herstel- en probleemoplossend gedrag;
8. de samenloop met andere (chronische) aandoeningen.

B. Achtergronddocument

3. Methode, uitgangspunten en keuzes

3.1 Plaats richtlijn

Reumatoïde artritis is een chronische ziekte, die blijvende gevolgen heeft voor de maatschappelijke participatie en deelname aan het dagelijks leven. Patiënten doen een beroep op medische zorg en hulpverlening, op maatschappelijke dienstverlening, op sociale zekerheid en op hun levens- en werkomgeving. Door de veelheid aan ondersteuners is een multidisciplinaire aanpak en afstemming noodzakelijk. Dat vergt een integrale aanpak en visie, en is de directe aanleiding geweest deze richtlijn te realiseren.

In lijn met de CBO-richtlijn [CBO 2008] geeft deze richtlijn aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn baseert zich op de CBO-richtlijn [CBO 2008] en geeft aanbevelingen, die daarop aanvullend zijn. Deze aanbevelingen richten zich vooral op de bevordering van participatie, en geven steun aan het handelen bij de behandeling en begeleiding van RA-patiënten.

De richtlijn is bedoeld voor professionals in de setting van het Nederlands stelsel van gezondheidszorg en sociale zekerheid. Dit zijn alle zorgverleners, die bij de behandeling en begeleiding van mensen met RA zijn betrokken: huisartsen, reumatologen, revalidatieartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, psychologen en psychiaters. De richtlijn wil bijdragen aan verbetering van de zorgverlening aan patiënten met RA. Een expliciet doel is ook verbetering van de kennis van patiënten en daarmee van de eigen regierol, verbetering van de communicatie tussen behandelaars onderling en tussen de patiënt, diens naasten en behandelaars.

3.2 Uitgangspunten

Bij het realiseren van de richtlijn is gekozen de richtlijn te richten op arbeid, en wel op alle vormen van arbeid (betaald en onbetaald). Dat betekent dat de richtlijn zich niet primair richt op vrijetijdsbesteding of huishoudelijk werk, maar wel op vrijwilligerswerk en aan werk gelijkgestelde activiteiten, variërend van participatie in dagactiviteitencentrum, sociale werkplaats, tot werken met verminderd loon wegens te lage arbeidsprestatie.

De richtlijn beschrijft een geïntegreerd behandeltraject, zoveel mogelijk vanuit het perspectief of belang van de patiënt. Op niveau van handelingen en behandelingen wordt beschreven wat noodzakelijk is om het functioneren van de patiënt zo volwaardig mogelijk te houden, en tot slot wordt beschreven welke professional daarin een toegevoegde waarde heeft en op welk moment.

Binnen de richtlijn is de ICF leidend: de terminologie en opbouw van de ICF wordt waar mogelijk gehanteerd. De richtlijn is op hoofdlijnen gegroepeerd in lichaamsstructuur en -functie, activiteiten en participeren in de omgeving, m.n. op het werk en daarnaast externe en persoonlijke factoren.

3.3 werkwijze

De richtlijn is tot stand gekomen op basis van discussie en consensusvorming in de redactie- en richtlijn groep. De redactiegroep heeft op basis van een knelpuntenanalyse beoordeeld welke basisvragen relevant zijn voor de relatie tussen RA en participatie. Op basis van deze basisvragen zijn zoektermen gedefinieerd, en is een search verricht. Er is een systematische search gedaan in Pubmed. Er is gezocht naar publicaties vanaf 2000, omdat door de veranderingen in de behandelingsstrategieën oudere literatuur inadequate informatie geeft. Er is primair gezocht naar geaggregeerde evidence, in systematische reviews of richtlijnen, aangevuld met niveau 1 en 2-onderzoek [Burton 2006]. Op basis van het lezen van de abstracts is een verdere selectie gemaakt. Daarna zijn de methodologisch beste artikelen geïnccludeerd.

Systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid kunnen sterk verschillen tussen landen en mogelijk de getallen beïnvloeden. Daarom wordt primair gerefereerd aan Nederlandse reviews en Nederlandse studies, aangevuld met kwalitatief goede en ondersteunende gegevens uit buitenlandse studies. De overige onderzoeken moeten een vergelijking met de situatie elders in de wereld mogelijk maken.

Na deze selectie bleven de artikelen in de literatuurlijst over. Deze artikelen zijn gegradeerd naar de mate van bewijs. Daarbij is de indeling gebruikt die is weergegeven in tabel 1. De mate van bewijskracht en het niveau van bewijs zijn in de conclusies in de richtlijntekst weergegeven.

De resultaten van de search zijn verwerkt in een concepttekst. Deze concepttekst vormde de basis voor de discussie in de redactiegroep. Daaruit resulteerde een concepttekst, die is voorgelegd aan de richtlijn groep. Vervolgens is de concepttekst op geleide van de discussie en door de leden aangeleverde literatuur aangepast. Deze cyclus heeft zich enkele malen herhaald in bijeenkomsten, telefonische vergaderingen en elektronische commentaarrondes.

Tabel 1 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Niveau voor artikelen betreffende interventie:	
A1	systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie;
B	vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, hieronder valt ook cohortonderzoek, patiëntcontrole onderzoek;
C	niet-vergelijkend onderzoek
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden
Niveau van de conclusies op basis van het bewijs:	
1	één systematische review (A1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2;
2	één onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;
3	één onderzoek van niveau B of C;
4	Mening van deskundigen

Dit heeft geleid tot de beschreven conclusies en aanbevelingen. Waar mogelijk is aangegeven op welk niveau van evidence deze gebaseerd zijn. Hoewel er in toenemende mate onderzoek plaatsvindt naar de relatie tussen RA en participatie, is soms nog onvoldoende evidence aanwezig om alle aanbevelingen daarop te baseren. Op basis van verder onderzoek zullen in toekomstige versies aanbevelingen op basis van concreter bewijs worden opgenomen. Op dit moment is de verwoording in de onderliggende richtlijn de stand der wetenschap.

De richtlijn is begin 2011 aan de verenigingen voorgelegd met verzoek om commentaar. Na verwerking van het commentaar is door de voltallige werkgroep de richtlijn vastgesteld en op 3 november 2011 ter autorisatie gestuurd naar de relevante beroepsverenigingen.

Door administratieve fouten is deze tekst niet ter goedkeuring voorgelegd aan de NHG, terwijl van de NVAB geen bericht van autorisatie is ontvangen. Tegelijk is het proces van autorisatie binnen de NVR gestagneerd.

Najaar 2013 is dit proces van autorisatie opnieuw opgepakt. In overleg met de NVR is besloten tot een gerichte actualisatie van de richtlijn. Daarop is de richtlijn opnieuw aan NHG en NVAB aangeboden voor commentaar. Van beiden is een reactie ontvangen.

Een uitgebreide beschrijving van het proces van realisatie van de richtlijn en de gemaakte keuzes daarbij vindt u in het verantwoordingsdocument, dat onderdeel van de volledige richtlijn uitmaakt.

De actualisatie heeft primair plaatsgevonden door:

1. consultatie van vier deskundigen op dit gebied (prof.dr.J.M.W.Hazes, prof.dr.A.Boonen, prof.dr.M.v.d.Laar en Dr.J.L.Hoving): aan hen is in voorjaar 2014 gevraagd aan te geven welke relevante artikelen er in de periode 2011 tot heden zijn verschenen, die van meerwaarde zijn voor de participatie bij RA of voor de wijze van behandelen of begeleiden bij RA..
2. Tevens zijn door M.M. ter Wee en H.J.Hullen in Pubmed gerichte searches uitgevoerd met de zoekwoorden [Work participation and Rheumatoid Arthritis] en [rheumatoid arthritis and work and review], alsmede [rheumatoid arthritis and cost and review].

Dit leidde tot een aantal artikelen, die zijn beoordeeld: eerst is geselecteerd op relevantie op basis van de samenvatting, en vervolgens op basis van de volledige artikelen. Bij deze selectie is dezelfde methodiek gehanteerd als bij de eerste artikelselectie.

Daarop hebben de secretaris en voorzitter van de richtlijnsgroep beoordeeld of en welke wijzigingen er ter actualisatie in het richtlijndocument moesten worden aangebracht, en zij hebben de teksten aangepast. De conclusie was dat de essentie van de richtlijn vrijwel ongewijzigd kon worden gehandhaafd, terwijl op enkele kleinere punten verbeteringen en aanpassingen zijn voorgesteld.

Deze aanpassingen zijn vervolgens voorgelegd aan de leden van de redactie- en richtlijnsgroep. Na verwerking van hun commentaar is de richtlijn door de werkgroep geaccordeerd.

De richtlijn is vervolgens voorgelegd aan NHG en NVAB.

Van de zijde van NHG is aangegeven, dat de richtlijn in de huidige vorm waarschijnlijk bestuurlijk zal worden goedgekeurd.

Van de zijde van NVAB werd verzocht de volgende tekst in de richtlijn op te nemen. “Pas na ampele overwegingen heeft de NVAB besloten de richtlijn te autoriseren. Naar het oordeel van de NVAB is in het proces van de richtlijnontwikkeling op meerdere punten niet te werk gegaan volgens de wetenschappelijke eisen die gesteld moeten worden en gebruikelijk zijn. Daardoor is niet geborgd dat de aanbevelingen gebaseerd zijn op alle relevante informatie en afwegingen. Het feit dat in het richtlijnontwikkelp proces niet tot het einde toe geparticipeerd is door een door de NVAB afgevaardigde bedrijfsarts, vinden wij een serieuze omissie voor een richtlijn gericht op arbeidsaspecten van RA. De NVAB heeft gemeend de richtlijn toch te moeten autoriseren, omdat daar waar mogelijk tegemoet gekomen is aan haar bezwaren. De bezwaren die resteren ten aanzien van de procesaspecten, zijn achteraf niet te corrigeren. Bij een update zal deze tekortkoming deels wel hersteld kunnen worden. De doorslag heeft gegeven, dat er sprake is van een ons inziens geslaagde poging om behoud en herstel van functioneren als behandeldoel in het behandelbeleid te integreren en de reumatoloog (mede) verantwoordelijk te maken voor de samenwerking tussen de tweede lijnszorg en de bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde. In dat opzicht strikt deze richtlijn tot aanbeveling voor andere multidisciplinaire richtlijnen en verdient de ontwikkelgroep waardering”

Vervolgens is de geactualiseerde richtlijn ter autorisatie aangeboden aan de NVR, NVVG en NVAB, en ter goedkeuring aan de NHG. De overige betrokken beroepsgroepen en organisaties, die relevant zijn voor de praktijk van de reumazorg hebben de richtlijn veelal al geautoriseerd, en zijn geïnformeerd over de actualisatie, met het verzoek ook deze te autoriseren.

3.4 Implementatie

De richtlijn wordt verspreid onder alle relevante beroepsgroepen. Er wordt een samenvatting van de richtlijn ter publicatie aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en in verschillende specifieke vaktijdschriften zal aandacht worden besteed aan de richtlijn. De integrale tekst van de richtlijn wordt geplaatst op de site van de beroepsverenigingen. Tevens zal via discussiebijeenkomsten voor verspreiding van de kennis worden zorggedragen.

Vanuit de werkgroep “Target@Work”, onderdeel van de NVR, zal een implementatieonderzoek worden vormgegeven. Dit onderzoek zal vanaf het najaar van 2014 plaatsvinden bij een aantal reumacentra: hierbij zal in de voormeting onderzocht worden in hoeverre thans tijdens het reguliere consult gevraagd wordt naar arbeidsparticipatie (door middel van de bovengenoemde basisvragen), waarna de deelnemers een e-learning wordt aangeboden. Daarna vindt de nameting plaats, met als vraagstelling of er tijdens het polikliniekspreekuur meer frequent naar arbeidsparticipatie gevraagd wordt.

Het is wenselijk dat de herziening van de richtlijn wordt gecoördineerd met de herziening van de richtlijn “diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis” [CBO 2008]. Eigenaar van de richtlijn is de NVVG. Doelstelling is in onderling overleg bij de herziening van de CBO-richtlijn het eigenaarschap over te dragen aan de NVR.

4. Inleiding

4.1 RA en participatie

RA heeft als chronische aandoening gevolgen voor lichamelijke integriteit en welzijn, maar potentieel ook voor maatschappelijk functioneren en economische zelfstandigheid, en dus voor participatie. Daarom richt de zorg bij RA zich op de consequenties voor het dagelijkse leven zoals werk, relaties, scholing, wonen en vrijetijdsbesteding [CBO 2008]. In het zorgproces staat de patiënt (als probleemeigenaar) centraal. Eigen verantwoordelijkheid en regie zijn belangrijk. Vanuit patiëntperspectief is het behouden van de mogelijkheden tot participatie en economische zelfstandigheid van belang. De RA-patiënt moet zo lang mogelijk onafhankelijk kunnen blijven functioneren en zo volwaardig mogelijk aan het maatschappelijke leven kunnen deelnemen: optimale participatie.

Participatie wordt bij RA op alle niveaus beïnvloed [Albers 1999 - Geuskens 2007]. Studies naar de gevolgen van RA voor participatie focussen sterk op functioneren in betaalde arbeid [Geuskens 2007]. Juist in arbeid zijn alle facetten van functioneren relevant. Uitgangspunt is dat de conclusies en aanbevelingen die voor arbeid gelden, ook hanteerbaar zijn voor de andere vormen van participatie.

In toenemende mate wordt herkend dat verlies van participatie in arbeid een belangrijk gevolg is van RA [Vliet Vlieland 2009 - Hammond 2008]. Dit verlies kan zijn complete of gedeeltelijke uitval uit het arbeidsproces vóór de leeftijd van pensionering [Verstappen 2004] of in bredere zin elke beperking bij het verrichten van arbeid, zoals minder uren werken of ziekteverlof hebben [Vliet Vlieland 2009].

4.2. Arbeid als uitkomstmaat

In Engeland is het belang van de gezamenlijke aandacht voor arbeid vastgelegd in een convenant: de “Healthcare professionals’ consensus statement: statement of health and work”: [Consensus statement 2008 - Dame Black 2008]

- *“Arbeid, die passend is bij de kennis, vaardigheden en omstandigheden van een individu en wordt ondernomen in een veilige, gezonde en ondersteunende werkomgeving, bevordert een goede fysieke en mentale gezondheid, helpt gezondheidsproblemen te voorkomen en kan mensen helpen te herstellen van ziekte. Goed werk belooft het individu ook met een groter gevoel van eigenwaarde en heeft positieve effecten op sociaal functioneren.”*
- *“De cruciale relatie tussen werk en gezondheid impliceert dat - waar passend – actief blijven of terugkeren in geschikte arbeid een **kritische uitkomstmaat** moet zijn voor succes in de **behandeling en ondersteuning** van mensen in de werkzame leeftijd.”*

Arbeid is – niet alleen bij RA - een positieve factor bij de behandeling, en betekent een betere prognose [Waddell 2006]. Functioneren in arbeid heeft positieve effecten t.a.v. fysieke gezondheidsbeleving, welzijn en kwaliteit van leven [Chorus 2003].

Aan de andere kant kent arbeid ook risico's. Het behouden van werk kan veel extra energie vergen van mensen met een chronische ziekte, met daardoor een negatief effect op hun gezondheid en werkstatus [Chorus 2000].

Arbeid moet - waar mogelijk - behouden of hervonden worden. Arbeid is de centrale uitkomstmaat van maatschappelijke participatie [Waddell 2006]. Het is gewenst, dat professionals in de gezondheidszorg in het advies, dat zij patiënten geven, het belang laten weerspiegelen van aan het werk blijven of weer aan het werk gaan [Dame Black 2008].

4.3. Gevolgen van RA

Inschatten van het effect van een ziekte op een individuele patiënt kan vanuit verschillende modellen [Stucki 2005].

Het traditionele **biomedische model** beschrijft de relatie tussen RA en functioneren vanuit het ziekteperspectief: het functioneren, de beperkingen en de gezondheid van de patiënt zijn vooral een gevolg van een ziekte of gezondheidsconditie: ziekteactiviteit (ontsteking) leidt tot structurele schade (gewrichtsschade, deformiteit) met als gevolg beperkingen van fysieke functies [De Croon 2004]. De medische interventie is dus gericht op het ziekteproces en het uiteindelijke doel van deze interventie is de gevolgen voor de individuele patiënt te voorkomen of te beperken.

Dit model is ontoereikend om de relatie tussen RA en participatie te verklaren. Het **biopsychosociale model** doet meer recht aan de complexe relatie tussen ziekte en participatie in arbeid. Naast de ernst van de functionele beperkingen en de gezondheidsconditie spelen sociodemografische en psychologische factoren, attitudes en overtuigingen, werkkenmerken, sociale steun op de werkplek, organisatorische aspecten en macro-economische factoren een doorslaggevende rol [Varekamp 2005, Chorus 2001, Backman 2004]. Daarbij werkt de relatie tussen enerzijds functioneren of beperking en anderzijds een ziekte naar beide kanten: door ziekte wordt functioneren beperkt, terwijl omgekeerd de aanwezigheid van een beperking op zich de aandoening ook kan beïnvloeden. Functioneren en beperkingen komen voort uit een dynamische interactie tussen de gezondheidstoestand, een persoon en diens omgeving (contextuele factoren) [Stucki 2005] zoals weergegeven in **het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health)**.

De ICF wordt gebruikt om het menselijk functioneren te beschrijven vanuit drie verschillende perspectieven:

1. Het perspectief van het menselijk organisme.
2. Het perspectief van het menselijk handelen
3. Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

De ICF onderscheidt daarbij verschillende domeinen: 1. lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, 2. activiteiten en 3. participatie.

- Lichaamsfuncties zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme; anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijke lichaam. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

- Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

- Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Participatie-problemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijke leven.

Het functioneren is hiermee te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Bij het formuleren van de inhoud van domeinen worden de domeinen Activiteiten en Participatie gezamenlijk beschreven.

Omdat het functioneren van een patiënt plaatsvindt in een bepaalde context bevat de ICF naast de bovengenoemde domeinen nog twee extra domeinen: externe en persoonlijke factoren.

- Externe factoren vormen de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven.

- Persoonlijke factoren beschrijft iemands persoonlijke achtergrond.

Alle genoemde domeinen beïnvloeden elkaar. In Bijlage 1 zijn deze onderlinge relaties schematisch weergegeven.

Dit model definieert de gevolgen van RA als onderdeel van en niet als gevolg van een ziekte of gezondheidstoestand [Cieza 2005]. Het ICF is het gemeenschappelijke model, juist ook bij patiënten met chronische aandoeningen zoals RA, en is in de klinische praktijk handzaam om de problemen van de patiënt te structureren [Stucki 2005.]

Voor RA zijn de meest relevante gevolgen van de ziekte samengevat in zogenaamde ICF Core Sets. De “korte ICF Core Set” voor RA is een verzameling van aspecten van het functioneren en van factoren die daarop van invloed zijn, zoals die voor RA-patiënten het meest relevant zijn (zie bijlage 1).

4.4. Conclusie:

Streven bij RA is bereiken van een optimale participatie. Bij RA wordt participeren op alle niveaus beïnvloed. Arbeid is daarbij het best onderzocht en de conclusies zijn hanteerbaar voor de overige velden van participatie. Arbeid heeft een belangrijke economische betekenis voor de patiënt en behoud van arbeid is van belang voor behoud van de economische zelfstandigheid. Arbeid bevordert een goede fysieke en mentale gezondheid, helpt gezondheidsproblemen te voorkomen en kan mensen helpen te herstellen van ziekte. Arbeid heeft ook een positief effect op de levenskwaliteit en de gezondheid van de patiënt. Daarom verdient functioneren de voortdurende aandacht van elke behandelaar van patiënten met RA, en is ondersteunen van het behoud van arbeid relevant.

Niveau 2	Conclusie Het is aannemelijk dat arbeid in het algemeen en ook meestal bij RA een positief effect heeft op de levenskwaliteit en de gezondheid van de patiënt. <i>[Waddell 2006- Chorus 2003].</i>
-----------------	---

5. Arbeidgerelateerde problematiek: kenmerken en cijfers

Vraag 1: Welke arbeidgerelateerde problematiek doet zich voor bij patiënten met reumatoïde artritis?

Vraag 2: Hoe groot is arbeidgerelateerde problematiek bij reumatoïde artritis?

5.1 Algemene inleiding

Kenmerkend voor RA is een chronische ontsteking van de synovia met als gevolg schade aan gewrichtskraakbeen en onderliggend bot, en vervolgens erosies. Het natuurlijke verloop van RA varieert van mild, zichzelf limiterend, tot een ernstige destructieve vorm binnen enkele jaren [Young 2002].

De arbeidgerelateerde impact van RA manifesteert zich in de aandoening en de directe gevolgen daarvan (lichaamsstructuur en beperkingen) en in de wijze van participeren met de aandoening (participatie), conform de ICF.

5.2 Participatie in arbeid

Het verlies van participeren in arbeid kent meerdere niveaus. Gangbaar is een indeling in 3 niveaus: [Hazes 2005 – Vliet Vlieland 2009]:

1. volledige/gedeeltelijke uitval uit arbeid: arbeidsongeschiktheid
2. tijdelijke uitval uit arbeid: ziekteverzuim
3. verlies van productiviteit tijdens de arbeid.

5.2.1 Arbeidsongeschiktheid

Tabel: Arbeidsongeschiktheid

	Systematic reviews	Nederlandse studies
0-1 jaar	• 23%[Geuskens 2007] • 10% [Verstappen 2004]	• 32% [Verstappen 2005]
0-2 jaar	• 33% {Geuskens 2007} • 20-30% [Sokka 2003]	• 28% [de Buck 2006]
0-5 jaar	• 33% [Verstappen 2004] • 40-53% [Geuskens 2007]	• 47.6%[Chorus 2001] • 45% [Verstappen 2005]
0-10 jaar	• 50% [Verstappen 2004] • 20-70% [Burton 2006] • 32-50% [Lacaille 2005] • 44% [Sokka 2003]	• 40% [Chorus 2003]

Ten opzichte van de algemene werkende populatie hebben RA-patiënten een sterk verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Het risico neemt toe met langere ziekteduur [Verstappen 2004 – Chorus 2000 - Geuskens 2007] en is hoger bij de oudere leeftijdsgroep [Verstappen 2004]. De bestaansduur van RA is daarbij meer bepalend dan de hogere leeftijd

van de patiënt [Burton 2006 – Chorus 2000]. Ongeveer 1/3 van de mensen met RA zal arbeid voortijdig verlaten. [Backman 2004 – Verstappen 2004]. De arbeidsuitval is in de eerste jaren van de ziekte al hoog [Verstappen 2004-Geuskens 2007-Verstappen 2013].

Recente studies wijzen in de richting van een daling van de arbeidsongeschiktheid bij RA. Hoewel het voor de hand ligt dit te verklaren door toepassing van effectievere therapie, is dit (nog) niet onomstotelijk vastgesteld [Vliet Vlieland 2009- Burton 2006 - Puolakka 2005 - Allaire 2008 – Yelin 2007]. Het kan ook samenhangen met lagere fysieke eisen in arbeid en daarmee een geringer risico op arbeidsuitval [Burton 2006].

De bijdrage van RA aan de arbeidsongeschiktheidsregelingen in Nederland is beperkt: in de periode tussen 1 januari 2006 en 31 juli 2007 is bij de beoordelingen de diagnose RA 612 maal als hoofddiagnose gesteld. Dat is 1,2 procent van alle eerste beoordelingen.

Van de 612 beoordeelde personen is 64 procent vrouw en 36 procent man. 67 procent van de beoordeelde is ouder dan 45 jaar. De diagnose RA is slechts in een beperkt aantal gevallen als nevendiagnose gecodeerd. In totaal is de diagnose RA bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen 731 maal gesteld, als hoofd- of als nevendiagnose (1,3 procent) [UWV 2007-III]

5.2.2 Ziekteverzuim bij RA

Tabel: Ziekteverzuim bij RA

	Systematic reviews	Nederlandse studies
Actueel		26% [Geuskens 2008] 13-55% [De Buck 2006]
0- 6 mnd.	22-76% [Burton 2006]	41% [Zirkzee 2008]
0-1 jaar	36-84% [Burton 2006]	53% [Geuskens 2007] 82% [Geuskens 2007] 50-76% [de Buck 2006]

% patiënten dat in de beschreven periode verzuim gehad heeft

Werkende patiënten met RA hebben in vergelijking met de gehele beroepsbevolking een aanzienlijk verhoogd verzuimpercentage [Chung 2006]. Het ziekteverzuim onder patiënten met RA in Nederland bedraagt gemiddeld 18 dagen per jaar. Dit is licht verhoogd ten opzichte van de gehele beroepsbevolking (15 – 18 dagen), maar de meldingsfrequentie (het aantal malen per jaar dat een werknemer zich ziek meldt) is met 2,3 per jaar hoger dan de gehele beroepsbevolking (1,3%) [NIVEL 2005]. Minstens 50 procent van de RA-patiënten heeft in het voorafgaande jaar ziekteverzuim gehad.

Ziekteverzuim begint al kort na het begin van de ziekte [Lacaille 2004-Backman 2004-Sokka 2003] en gaat zelfs vaak vooraf aan het stellen van de diagnose [Geuskens 2008-Zirkzee 2008]. Bij patiënten met beginnende gewrichtsklachten [Geuskens 2008] had 35% in de afgelopen 6 maanden - voordat zij medische hulp zochten - meer dan 2 weken ziekteverzuim gehad door gewrichtsklachten.

Een hogere frequentie en grotere omvang van verzuim betekent een hogere kans op arbeidsongeschiktheid [De Buck 2006]. Het is dus van belang dat een werknemer zo snel mogelijk weer geheel of gedeeltelijk in werk hervat.

5.2.3 Verlies van productiviteit

Bij de werknemers met RA, die nog werken, heeft een groot deel toch aanmerkelijk verlies van productiviteit (36-84%) [Yelin 2007-Burton 2006] en bestaan veelal meerdere beperkingen ten aanzien van de arbeid [Hazes 2005]. Het verlies aan arbeidsproductiviteit varieert in de verschillende studies tussen 17 en 88% [Lenssinck2013]. Het verlies is ten opzichte van de normale groep werkenden significant verhoogd: 2x zo hoog [Braakman 2012]. Vaak hebben werknemers met RA de arbeidscondities aangepast (37 %) door een verminderd aantal uren (17-21%), verlaging van werktempo (16%), hulp van collega's (18 - 42%), verandering van baan (23%), aanpassing van werkplek (20%) of van werkinhoud (16%) [Chorus 2001 - Verstappen 2005 - Geuskens 2008].

De groep nog werkende patiënten was jonger, vaker mannelijk en hoger opgeleid. Zij zijn korter bekend met RA en hun ziekteactiviteit was beduidend lager dan bij patiënten, die niet meer werkten. Zij hadden daardoor beduidend minder beperkingen en konden dus blijven werken. [Chorus 2000-Chorus 2001].

5.3 Kosten

De aandoening RA brengt grote kosten met zich mee voor de maatschappij en voor het individu. Deze grote economische gevolgen van RA rechtvaardigen een grote aandacht voor de impact van de ziekte naast de concrete aandacht voor de klinische behandeling.

De kosten van verlies aan arbeidsproductiviteit bedroegen bij een Nederlandse populatie [Verstappen 2004-Verstappen 2005A] in de werkzame leeftijd per werkende RA-patiënt – afhankelijk van de toegepaste meetmethode – € 539 tot € 8110 per jaar. Agressieve initiële behandeling met een combinatie van DMARD's en/of biologicals doet het aantal dagen arbeidsuitval en daarmee de kosten verminderen. Dan nog resulteert vroege RA in een substantieel verlies aan productiviteit [Puolakka 2006].

Deze hoge kosten per individuele patiënt rechtvaardigen zowel het kiezen voor duurdere medicatie als een actieve inzet van middelen voor behoud en herstel van arbeidsvermogen. Ook rechtvaardigt dit een grote aandacht van de betrokken professional.

Voor het individu heeft RA grote kosteneffecten: lagere verdiensten dan de gemiddelde Nederlander, en lager dan ze zonder ziekte zouden hebben verdiend [Lacaille 2005]. De kosten door verlies van productiviteit in de thuissituatie (vervanging in de huishouding) worden 7x zo hoog geschat als de kosten door verlies van arbeid. De kosten door gederfd levensgeluk kunnen niet in geld zichtbaar gemaakt worden, maar zijn ook aanzienlijk.

De kosten door arbeidsuitval ontstaan op drie verschillende niveaus [Burton 2006-Yelin 2007- Puolakka 2006]:

- arbeidsongeschiktheid, volledig of gedeeltelijk onvermogen tot werken: dit zijn zowel de kosten voor loondoorbetaling als de kosten door wegvallen van een

individue uit de arbeidsmarkt: de productiviteit vervalt en daarmee de bijdrage aan de totale economie.

- verlies aan werktijd (ziekteverzuim): naast de kosten voor loondoorbetaling zijn dit ook de gevolgen op de werkplek en in het werkproces: kosten voor vervanging inclusief de kosten voor inwerken van nieuwe medewerkers, tot het moment dat dezelfde productiviteit als voorheen wordt bereikt (volledige vervanging).
- Productiviteitsverlies door lager prestatieniveau tijdens werk. Voor de werkgever zijn er extra kosten door:
 - overnemen van taken door collega's of tijdelijke krachten,
 - verlies aan specifieke kennis, ervaring of teamproductie
 - extra inspanning voor het realiseren van adequate opvang van taken [Hazes 2005].

5.4 Conclusie:

Vraag 1: Welke arbeid gerelateerde problematiek doet zich voor bij patiënten met reumatoïde artritis?

Al in een zeer vroege fase van RA ontstaat irreversibele schade, aan gewrichten en aan arbeidsvermogen. Dit leidt tot stoornissen en beperkingen in functioneren:

- een sterke beperking van de handfunctie door vermindering van knijpkracht en grijpfunctie, beperking van de hand- en vingervaardigheid, en verminderd kunnen uitoefenen van kracht met handen en armen, boven schouderhoogte werken, en zwaar tillen. Dit leidt tot problemen met de repeterende bewegingen, typen, schrijven, dossiers hanteren, telefoneren etc.
- beperking van de functie van ellebogen en schouders: problemen met ver reiken, tillen en boven schouderhoogte werken.
- Beperkingen van voeten en enkels: er ontstaat een beperking voor functies zoals staan, lopen, hardlopen en traplopen.

Vraag 2: Hoe groot is arbeid gerelateerde problematiek bij reumatoïde artritis?

RA-patiënten hebben een sterk verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Verzuim en definitieve arbeidsuitval zijn al in de eerste jaren van de ziekte hoog. Dit risico neemt met een langere ziekteduur toe. Werkende patiënten met RA hebben een aanzienlijk verhoogd verzuimpercentage: gedurende 1 jaar verzuimt minstens 50 procent van de patiënten. Arbeidsuitval begint al kort na het begin van de ziekte. Patiënten die nog werken, hebben gedurende hun werktijd een aanmerkelijk verlies van productiviteit. Veelal hebben zij hun arbeidscondities al aangepast.

RA brengt grote kosten met zich mee:

- Voor de maatschappij: Zowel de kosten van behandeling als van economisch verlies.
- Voor het individu: het individu heeft gemiddeld een lager inkomen, en gederfd levensgeluk.

Omdat al zeer vroeg in het verloop van de ziekte fysieke en economische schade ontstaat, en al vroeg arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim of verlies van productiviteit dreigt, is een maximale behandelinspanning bij het optreden van RA gerechtvaardigd. Daarbij moet vanaf het begin van de symptomen ook het behoud van deelname aan het arbeidsproces onderdeel van de behandeling uitmaken. Van belang is daarbij, dat al direct in het begin van de ziekte de band met werk behouden blijven. Dit draagt bij aan het behoud van arbeidsparticipatie, zonder schadelijke effecten.

Niveau 1	Conclusie Vanaf het begin van de ziekte is het risico op arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en verlies van productiviteit in arbeid bij patiënten met RA hoog. <i>[Verstappen 2004- Geuskens 2007- Zirkzee 2008]</i>
-----------------	---

6. RA en functioneren in arbeid: risicofactoren voor uitval en ziekteverzuim

Vraag 3: Wat zijn de risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim bij patiënten met RA?

6.1. Inleiding

De risicofactoren voor verlies van participatie in arbeid zijn gedeeltelijk een specifiek gevolg van RA, en gedeeltelijk een gevolg van chronisch ziek zijn. Ondanks groeiend onderzoek naar het belang van deze risicofactoren is er geen eenduidigheid over de ordening en de mate van invloed daarvan. Herkennen en vroegtijdig corrigeren van deze risicofactoren is van belang om arbeidsuitval te voorkomen [Verstappen 2004 - De Croon 2004 - Geuskens 2008A – Barrett 2000 - Vliet Vlieland 2009].

6.2. Ziektekenmerken

De klinische voorspellers voor de arbeidsparticipatie bij RA zijn:

- **Mate van vermoeidheid:** vermoeidheid vormt de grootste beperking van arbeidsvermogen. [Lacaille 2007-Mancuso 2000-Scott 2005-Vliet Vlieland 2009-Hammond 2008- Geuskens 2008A- Hazes 2003- Stucki 2003]. Vermoeidheid is sterk gerelateerd aan pijn, slaapstoornissen, depressiviteit, het aantal pijnlijke gewrichten en de functionele capaciteit [CBO 2008]. Door de lage energie vermindert het prestatievermogen, en treden gevolgen op als afnemende concentratie en toenemende prikkelbaarheid. Na afloop van de werkdag hebben velen geen energie meer om buiten het werk iets te doen, zodat ook het sociale leven achteruit kan gaan [Lacaille 2007]. Vermoeidheid is niet te zien, moeilijk te beïnvloeden en daarom ook door de (werk)omgeving moeilijk te accepteren [Verstappen 2004].
- **Ernst van de pijn.** Hogere pijnniveaus zijn voorspellend voor uitval [Backman 2004-Geuskens 2008A-Sokka 2001-Scott 2005-Verstappen 2004-Vliet Vlieland 2009-Hammond 2008- Chorus 2001- Mancuso 2000-Hazes 2003- Lenssinck 2013]. Sommigen vinden juist dat er geen consistent bewijs is voor een relatie tussen pijn en arbeidsuitval [De Croon 2004-Mahalik 2006]. Omdat pijn gerelateerd is aan ziekteactiviteit, vermoeidheid en ontsteking, is te stellen dat de pijn wel een belangrijke voorspeller is voor arbeidsuitval.
- **hoge ziekteactiviteit;** Een hogere ziekteactiviteit betekent een grotere kans op uitval [Puolakka 2005-Sokka 2006]. Er is een direct verband tussen de mate van ziekteactiviteit en de radiologische schade [Welsing 2001-Welsing 2004]. Bij langdurig lage ziekteactiviteit is de radiologische schade laag [Korpela 2004]. Een persisterend hoge ziekteactiviteit en fluctuaties in de ziekteactiviteit gaan gepaard met aanmerkelijke schade aan gewrichten bij radiologisch onderzoek.

- **ochtendstijfheid:** ochtendpijn en ochtendstijfheid zijn belangrijke barrières voor functioneren [Lacaille 2007-Vliet Vlieland 2009-Hazes 2003].
- **duur van de symptomen langer dan twaalf weken** [Verstappen 2004-Sokka 2003]: Als de ziekte langer duurt, is de kans op verzuim en uitval groter [Chorus 2003]. De tijd tussen het ontstaan van de symptomen, het bezoek aan de huisarts en het stellen van de diagnose bepaalt mede de prognose: hoe langer deze periode is, hoe slechter de prognose [Welsing 2001-Korpela 2004- Sokka 2006-Mahalik 2006]
- **artritis in drie of meer gewrichten;** [Verstappen 2004-Sokka 2003-Hazes 2003] Arbeidsongeschikte patiënten hebben een hoger aantal gezwollen of pijnlijke gewrichten.
- **radiologische gewrichtsschade:** Het aantal aangedane gewrichten, de aard, de mate en de lokalisatie van de gewrichtsschade zijn sterk voorspellend voor een chronisch progressief verloop en daarmee voor de mogelijkheden tot participatie en de arbeidsuitval [Welsing 2004 – Hazes 2003 - Cieza 2005 - Drossaers-Bakker 2002]. Arbeidsongeschikte patiënten hadden meer radiologische schade [Verstappen 2004-Verstappen 2005-Young 2002]. Het optreden van gewrichtsschade bij RA is sterk gerelateerd aan ziekteactiviteit [CBO 2008].

De schade aan gewrichten ontwikkelt zich bij 10-26% van de patiënten al in de eerste 3 maanden [Soubrier 2005, Scott 2003]. De gewrichtsschade neemt daarna gestaag toe: na 2 jaar heeft 75% erosieve gewrichtsschade [Scott 2003-Soubrier 2005]. Hoe meer erosies er in het begin zijn, hoe ernstiger de schade na 3 jaar is [Scott 2005].

De gewrichtsschade kan leiden tot de volgende problemen in functioneren:

- *Handen en polsen:* De meest aangetaste gewrichten zijn –al vroeg in het verloop van de ziekte - de MCP-gewrichten van de hand, de PIP-gewrichten en de polsen [Gobelet 2007-Hazes 2003]. Bij verder gevorderde RA ontstaan (sub)luxaties van vinger- en polsgewrichten. Door ulnaire deviatie van vingers en radiaire deviatie van polsen vermindert de knijpkracht en de grijpfunctie van de hand. Er kunnen peesrupturen optreden. Er ontstaan problemen bij het werken met de handen (onder meer hand- en vingervaardigheid en repeterende bewegingen, een hand geven en de sleutelgreep uitvoeren). Zelfs in lichte arbeid kunnen typen, schrijven, dossiers hanteren, veelvuldig telefoon gebruiken en anderen aanraken een probleem zijn [Mancuso 2000]. Ook uitoefenen van kracht met handen en armen, boven schouderhoogte werken, en tillen van zware gewichten is beperkt [Gobelet 2007]. Bij verder gevorderde RA kunnen ook instabiliteit van de handgewrichten en typische deformatie optreden. Dit geeft sterkere beperkingen van de hand- en vingervaardigheid en van alle activiteiten, waarbij de handen en armen worden gebruikt.
- *Ellebogen:* Ontstekingen en bewegingsbeperking zorgen voor problemen met reiken, hanteren van gewichten en boven schouderhoogte werken.
- *Schouders.* Ontstekingen aan de schouders kunnen het heffen van de armen belemmeren en afwisseling noodzakelijk maken (bijvoorbeeld niet de hele dag bureauwerk doen).
- *Voeten en enkels.* Aan de voeten ontstaan vaak misvormingen van de metatarsofalangeale gewrichten met diepstand van de metatarsalia en

prominerende proximale interfalangeale gewrichten of hamertenen en hallux valgus als gevolg. Er zijn secundaire standsafwijkingen (pes planovalgus) mogelijk. Doordat de MTP-gewrichten zijn aangetast, zijn de mobiliteit en de tolerantie voor staan verminderd [Gobelet 2007], vooral doordat de patiënt niet meer op de voorvoet kan staan en een verminderde stabiliteit heeft. Er zijn secundaire standsafwijkingen mogelijk. Dit betekent primair een beperking voor functies zoals staan, lopen, hardlopen en traplopen [Chorus 2003 – De Croon 2004]. Zelfs in lichte arbeid kan lopen een last zijn, evenals fysieke vereisten als opstaan en gaan zitten [Mancuso 2000].

- *Heupen en knieën.* Aantasting van de heupgewrichten komt zelden alleen voor, er is vaak ook een andere, perifere gewrichtenproblematiek. Door de aantasting zijn de statische en dynamische beenfuncties beperkt. Alleen lichte arbeid waarin de houding en de bewegingen kunnen worden afgewisseld, is nog haalbaar.
- **Comorbiditeit:** RA kent comorbiditeit door extra-articulaire manifestaties van het ziekteproces (longziekte, vasculitis, oogafwijkingen) en ziekte-geassocieerde comorbiditeit (ischemische hartziekte, osteoporose). Er kunnen bijwerkingen van medicatie (m.n. maag-darmklachten en leverschade) optreden en effect hebben op het arbeidsvermogen. Frequent voorkomende comorbiditeit is angst en depressiviteit. [Treharne 2007 - Verstappen 2005]. De mate en ernst van de comorbiditeit bepaalt in duidelijke mate het risico op arbeidsuitval.

6.3. Eigenschappen van de werkomgeving

Werkgebonden factoren zijn aspecten van het werk en de werkomgeving, die het risico op arbeidsuitval bij RA vergroten. Interventies richten zich bij uitstek op deze factoren. Deze werkgebonden factoren zijn: [Chorus 2001 –Varekamp 2005- Detaille 2003- Gignac 2004 – Gignac 2007 - Lacaille 2007- Mahalik 2006-Sokka 2003-Verstappen 2004]

- Taakeisen:
 - a) *zwaar fysiek belastend werk*; er is sterk bewijs voor een verhoogde kans op arbeidsuitval bij RA-patiënten met een hogere fysieke belasting, fysiek veeleisend werk en bij handmatige arbeid [Lacaille 2004-Young 2002- De Croon 2004 -Barrett 2000-Geuskens 2008-Geuskens 2008A-Lenssinck 2013].
 - b) *sterke belasting door de fysieke werkomgeving*: verhoogde kans op uitval bij meer vocht, strengere koude, hogere temperatuur;
 - c) *repeterende bewegingen* in het werk; hogere kans op uitval bij meer repeterend werk;
 - d) taken met specifieke belasting voor aangetaste gewrichten, zoals langdurig zitten of staan, opstaan of gaan zitten.
- Arbeidscondities [Geuskens 2008-Barrett 2000]:
 - a) weinig autonomie en regelmogelijkheden op het werk: een lage controle over de organisatie en planning van de eigen arbeid (autonomie) is sterk gerelateerd aan een hoger verzuim. Kenmerken zijn o.a. gebrek aan controle over tempo en activiteiten,

onvoldoende flexibele werkuren, onbeïnvloedbare taakstelling of volgorde van taken [Lenssinck 2013].

- b) fulltime werk (meer dan 32 uur): hoe meer uren werk hoe vaker uitval;
 - c) problemen met woon-werkverkeer: lang zitten, concentratie en reactie op het verkeer, en gebruik van het openbaar vervoer. [Lacaille 2004- Vliet Vlieland 2009-Hammond 2008].
 - d) problemen met bereiken van of verplaatsen op de werkplek: slechte toegankelijkheid.
 - e) werken in een omgeving met een risico van intracellulaire infecties (zoals tuberculose), vooral als biologicals worden gebruikt;
- Interacties met de werkomgeving
 - a) onvoldoende steun en begrip van collega's en leidinggevende: bij ontbreken van steun is er een groter risico op arbeidsuitval. Patiënten willen dat hun manager en hun collega's hen accepteren met hun problemen door RA [Detaille 2003- Varekamp 2005- Lenssinck 2013]].
 - b) gebrek aan specifieke aanpassingen): Steun van het management is van belang om aanpassingen op het werk te kunnen realiseren, zoals een comfortabele stoel, flexibele werkuren en loopbaanmogelijkheden [Detaille 2003 - Vliet Vlieland 2009- Hammond 2008].

6.4. Persoonlijke eigenschappen

Diverse persoonsgebonden factoren geven bij RA een grotere kans op arbeidsproblemen en uitval in vergelijking met een gezond persoon [Lacaille 2004]:

- a) Hogere leeftijd [Verstappen 2004-De Croon 2004-Verstappen 2005-Sokka 2003-Chorus 2001-Puolakka 2005/2]
- b) Lager opleidingsniveau [De Croon 2004-Verstappen 2004- Verstappen 2005 –Sokka 2003-Chorus 2001-Puolakka 2005/2].
- c) Lagere arbeidsmotivatie
- d) Lagere functionele capaciteit en slechtere fysieke gezondheid [De Croon 2004-Geuskens 2008A]
- e) Slechtere psychische conditie [Geuskens 2008A].
- f) Passieve copingstijl en sombere verwachtingen [Treharne 2007].

De beste voorspeller voor terugkeer in arbeid blijkt de verwachting van de patiënt zelf [Treharne 2007]. Het idee dat een patiënt heeft over de beperkingen als gevolg van de ziekte en de overige persoonsgebonden factoren zijn belangrijker dan de concrete ernst van de ziekte.

Passieve copingstrategieën dragen meer bij aan verlies van arbeid [Chorus 2001]. Voorbeelden van passieve copingstrategieën zijn onnodig bedrust houden, het ergste verwachten, activiteiten beperken en vermijden, aanpassing aan de beperking. Patiënten met RA, die meer stress ervaren en passieve coping strategieën hanteren, hebben een groter risico op psychologische comorbiditeit, zoals depressie [Treharne 2007] en slecht fysiek functioneren [Symmons 2003].

Depressie en angst komen vaker voor bij RA-patiënten met een kleiner sociaal netwerk [Evers 1997-Treharne 2007-Scott 2005], en bij lager opgeleide RA-patiënten en ongehuwden [Treharne 2007, Evers 2002].

Optimisme en positieve verwachtingen t.a.v. zelfredzaamheid gaan juist gepaard met minder angst en depressie, een beter psychosociaal en psychisch functioneren, en minder verlies aan arbeid [Treharne 2007-Symmons 2003].

Diverse factoren dragen bij aan de psychische belasting en kunnen leiden tot psychische problemen:

- a) Onzekerheid over het kunnen voldoen aan de huidige werkeisen
- b) onzekerheid over de toekomstige haalbaarheid van werk, over de financiële positie in de toekomst, en over toekomstige loopbaanplannen [Gignac 2007]
- c) het omgaan met chronische pijn, vermoeidheid en beperking van activiteiten [Gignac 2007]. De patiënt ervaart vaak stress doordat symptomen onzichtbaar zijn en per dag wisselend en onvoorspelbaar [Gignac 2007- Lacaille 2007].
- d) De persoonlijke beleving en waardering van de werkomgeving kan stresserend zijn, [Gignac 2007] en bepalend voor het blijven werken.

RA-patiënten voelen vaak aarzeling om inzicht te geven of de aandacht te richten op hun aandoening [Lacaille 2007-Varekamp 2005]. Zij voelen blokkades om gebruik te maken van beschikbare ondersteuning en werkaanpassingen te vragen. Dit komt voort uit schuldgevoel, of angst voor negatieve reacties, vooral van collega's [Lacaille 2007], ook omdat dit door collega's kan worden beschouwd als vragen om een gunst of voorrecht [Gignac 2007]. De meeste patiënten ervaren dat collega's en werkgevers niet begrijpen wat het is om met reuma te leven [Varekamp 2005]. Er is angst voor toekomstige consequenties, voornamelijk verlies van werk in de toekomst, of angst op discriminatie bij promotie, minder waard zijn als werknemer, stigmatisatie, en moeten dealen met negatieve reacties van collega's. Dit draagt bij aan het veroorzaken van interpersoonlijke moeilijkheden op het werk [Gignac 2007-Vliet Vlieland 2009-Lacaille 2007].

Doorgaan met werken gaat soms ten koste van zichzelf, van de activiteiten buiten arbeid en van het sociale leven, maar is voor het emotionele en fysieke gevoel van welzijn van groot belang. RA-patiënten blijken zelf vaak al keuzes te maken of oplossingen te vinden om hun plaats op de arbeidsmarkt te kunnen behouden. Velen (tot 70%) [Geuskens 2008A] hebben één of meer aanpassingen gerealiseerd om te kunnen blijven werken [Mahalik 2006]. Zelfs mensen met licht werk en een grote werkautonomie blijken vaak aanpassingen te moeten doen om te kunnen blijven functioneren.

6.5. Externe factoren

Patiënten ervaren vaak problemen in hun rollen als partner en/of als ouders, en bij hun vrije tijdsbesteding en ontspanning [Mahalik 2006]. Zij hebben problemen ten aanzien van zelfzorg [Lacaille 2007]. Diverse personen zorgen niet zo goed voor zichzelf en hun artritis als zij zouden willen.

Sociale steun draagt bij aan een milder verloop van de beperkingen en pijn, ook gecorrigeerd voor persoonlijkheidskenmerken, klinische status, en gebruik van medicatie.

Hoe meer steun (van werkgever, collega's of familie) iemand ervaart, hoe minder arbeidsuitval optreedt [Lacaille 2007-Vliet Vlieland 2009-Hammond 2008]. Dit zou kunnen betekenen dat vroege interventies gericht op sociale bronnen voor risicopatiënten kunnen bijdragen aan een milder verloop van de beperkingen [Cieza 2005].

6.6 Oorzakelijke risicofactoren

De aandoening RA wordt niet veroorzaakt door in arbeid gelegen factoren. Er zijn geen arbeidsrelevante risicofactoren aangetoond voor het ontstaan van RA. Er is wel een beperkt aantal onderzoeken dat erop wijst dat er een licht verhoogd risico bestaat dat RA zich ontwikkelt, als mensen blootgesteld worden aan minerale oliën en silica [Sverdrup 2005-Stolt 2006]

6.7 Conclusie:

De risicofactoren voor arbeidsuitval en ziekteverzuim zijn te verdelen in factoren, die specifiek zijn voor RA en factoren die meer met chronisch ziek zijn te maken hebben.

De belangrijkste ziektegebonden risicofactoren zijn een hogere ziekteactiviteit, hogere mate van vermoeidheid, hogere pijnniveaus in de gewrichten, en (ochtend)stijfheid.

Werkgebonden risicofactoren als verrichten van fysiek zwaar werk, of van repeterende bewegingen verhogen de kans op problemen door RA. Onvoldoende autonomie en regelmogelijkheden in het werk, onvoldoende steun en begrip van collega's en leidinggevenden verhogen eveneens de kans op arbeidsuitval.

Een laag opleidingsniveau en een hogere leeftijd zijn negatief voorspellend, maar belangrijker zijn persoonskenmerken als een passieve copingstijl en sombere verwachtingen met betrekking tot de terugkeer naar arbeid.

Een RA-patiënt kent daardoor vele onzekerheden over het verloop van zijn ziekte en zijn economische toekomst. Dit kan aanleiding geven tot spanningen en daardoor tot psychische problemen. Veel RA-patiënten hebben daarbij een huiver om hun omgeving te informeren over hun aandoening of de aandacht op hun aandoening te richten. Dit draagt ook bij aan toename van spanningen en een grotere kans op verzuim.

Niveau 1	Conclusie Arbeidsverzuim of – uitval wordt het best voorspeld door: 1. ziektekenmerken: • De mate van vermoeidheid, de ziekteactiviteit, de mate van de pijn en de (ochtend)stijfheid. 2. persoonlijke eigenschappen: • Passieve coping, sombere verwachtingen, hogere leeftijd, laag opleidingsniveau 3. eigenschappen van de werkomgeving: • Fysiek zwaar werk, gebrek aan regelmogelijkheden, gebrek aan sociale steun. [Chorus 2001- Varekamp 2005- Detaille 2003- Verstappen 2004- Lacaille 2004- De Croon 2004- Verstappen 2004- Geuskens 2008A- Verstappen 2005- Treharne 2007]
------------------------	---

7 Analyse en kwantificering van arbeidsproblematiek

Vraag 4: Op welke wijze vindt bij individuele patiënten met RA de analyse en kwantificering van (toekomstige) arbeidsproblematiek plaats?

7.1 Inleiding

De analyse bestaat uit anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met nader onderzoek. In de verschillende fasen van de aandoening en voor de diverse behandelaars en begeleiders van de patiënt met RA, dient de analyse een verschillend doel. Het gemeenschappelijk doel is voortdurend vaststellen van de ernst van de klachten en de gevolgen daarvan.

In de beginfase van de aandoening zijn anamnese en onderzoek primair gericht op:

- Vaststellen van de diagnose
- Maken van therapeutische keuzes
- Vaststellen van eventuele comorbiditeit
- Vaststellen van problemen in functioneren.

Naarmate de aandoening langer bestaat, verschuift – afhankelijk van de klinische status – de aandacht meer naar de gevolgen en de impact van de aandoening en naar behoud van functioneren met de aandoening.

7.2 Analyse van arbeidsproblematiek

Voor adequaat helpen en behandelen van patiënten met RA is het mede van belang aandacht te besteden aan het (kunnen) blijven werken. Dit is niet voorbehouden aan de bedrijfsarts, maar onderdeel van het handelen in elke fase van de aandoening en voor elke betrokken behandelaar. Vanuit het eigen perspectief kan een ieder bijdragen aan het behoud of herstel van arbeid. De patiënt met RA verwacht ook van de medische professional, dat deze aandacht heeft voor werk en problemen met functioneren in werk [Meer 2011].

De eerste noodzaak is te herkennen of een patiënt nog werkt.

De tweede noodzaak is te herkennen dat er problemen bestaan of kunnen ontstaan in de werksituatie.

Dit klinkt vanzelfsprekend, maar is dit niet. In een Engels onderzoek bleken artsen in een reumakliniek geen werkgerelateerde vragen te stellen aan hun patiënten, en zij wogen dit in hun beslissingen niet mee [Gilworth 2001]. In Nederland lijkt de situatie niet veel rooskleuriger. Ook hier is aangetoond dat reumatologen werkproblemen van hun patiënten onvoldoende herkennen [Detaille 2003] en daarmee onvoldoende bespreekbaar maken.

De analyse van arbeidsproblematiek omvat de ziektekenmerken, eigenschappen van de werkomgeving en persoonlijke eigenschappen, zoals weergegeven in de risicofactoren.

Daarbij is er behoefte aan instrumenten om patiënten te identificeren die beperkingen op de werkplek ervaren en risico lopen op blijvende arbeidsuitval [Backman 2004].

Vooral de anamnese en in beperkte mate het lichamelijk onderzoek leveren de gegevens voor deze analyse. Röntgendiagnostiek en laboratoriumonderzoek hebben geen of weinig toegevoegde waarde bij de analyse van arbeidsproblematiek [Pincus 2006].

7.2.1. Anamnese

De anamnese hoort altijd vragen te bevatten over participatie in brede zin (dagelijks leven) en in arbeid, met twee doelstellingen.

Het eerste doel is eventuele problemen door RA met gevolgen voor functioneren thuis of op het werk te herkennen, en te beoordelen of hiermee in de behandeling rekening kan worden gehouden, dan wel er specifieke behandeling of advisering op ingezet kan worden.

Een tweede doel is er aan bij te dragen dat de patiënt zich oriënteert op blijven functioneren, ook als de ziekte alle aandacht vraagt en dit naar de achtergrond dreigt te verdwijnen.

Het gevolg van RA voor functioneren op het werk kan (dreigend) verzuim zijn. De herkenning hiervan als risicofactor voor volledige arbeidsuitval is van groot belang [De Buck 2006]. Daarom moet hier naar gevraagd worden, ook door huisarts en andere behandelaars in de eerste en tweede lijn.

Ook vragen naar de psychische status zijn relevant en noodzakelijk [De Buck 2006], evenals vragen gericht op omgaan met de ziekte en verwachtingen van de patiënt ten aanzien van functioneren en arbeid.

De anamnese omvat een aantal basisvragen die ter inventarisatie voor elke discipline noodzakelijk zijn, en een aantal verdiepende vragen, die in wisselende vorm qua samenstelling of diepgang door alle behandelaars kunnen worden gebruikt. In de bijlage is een set vragen opgenomen, waarin per discipline is aangegeven welke vragen gericht op functioneren en arbeid in de anamnese kunnen worden opgenomen.

De vragen richten zich op de risicofactoren, allereerst de ziektekenmerken, en vervolgens bij gebleken problematiek op de eigenschappen van de werkomgeving en de persoonlijke eigenschappen.

Voor de *huisarts* en ook voor de *reumatoloog* volstaan in de regel de basisvragen. Van belang is dat zij problemen in arbeid herkennen en behoud van arbeidsdeelname bevorderen. In de regel zullen zij in overleg met de patiënt verwijzen naar anderen en een goede voortgang van de behandeling en begeleiding bewaken. Additionele vragen richten zich vooral op de wijze van coping en beïnvloeding daarvan. De overige begeleiders zullen vaker gebruik maken van de set verdiepende vragen, elk naar gelang de situatie en de specifieke patiënt.

De bedrijfsarts is degene die een directe relatie heeft met zowel werkgever als werknemer, en daardoor een directe en onafhankelijke adviesfunctie heeft, gericht op de aard en inhoud van de arbeid. Juist de werkgebonden risicofactoren zijn het aandachtsgebied van de bedrijfsarts, zowel preventief als bij (dreigende) arbeidsuitval.

De verzekeringsarts heeft in de regel rond 2 jaar ziekteverzuim contact met de cliënt. In deze fase spelen naast de directe gevolgen van RA ook de gevolgen van chronisch ziek-zijn een belangrijke rol. De verzekeringsarts kijkt vanuit zijn rol terug of op voorgaande momenten de juiste acties zijn ondernomen om de relatie met werk te behouden. Daarom evalueert de verzekeringsarts de gegevens die hij van cliënt en bedrijfsarts heeft gekregen en kijkt naar de diagnostiek, de behandeling, de comorbiditeit, het herstelgedrag en de factoren die werkhervatting hebben beïnvloed. Vervolgens komt de verzekeringsarts na eigen onderzoek tot een oordeel over de mogelijkheden om in het arbeidsproces te functioneren. Dit vormt zowel de basis voor verdere re-integratieactiviteiten als voor recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Bij verschil van inzicht of stagnatie van de re-integratie kan het UWV gevraagd worden een deskundigenoordeel op te stellen.

7.2.2 Onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bij RA-patiënten richt zich op de aangedane gewrichten en de belasting die per gewricht nog toelaatbaar is. Dit zijn veelal de handen, voeten en de grotere gewrichten, zoals ellebogen, polsen, knieën en heupen. Bij enkele interventiestrategieën heeft lichamelijk onderzoek een rol als monitor voor resultaat en preventie van overbelasting.

Beoordeling van de mentale status en de copingstrategie (pijngedrag en pijnbeleving) is altijd noodzakelijk, voor behoud en herstel van functioneren en de prognose daarvan. Een inadequate coping (hulpeloosheid) blijkt uit eerder genoemde studies een voorspellende factor voor arbeidsuitval.

Overig onderzoek heeft voor de bepaling van functioneringsproblemen weinig toegevoegde waarde.

7.3. Kwantificering van arbeidsproblematiek [Scott 2000].

Als in de anamnese problemen in de werksituatie blijken te bestaan, kunnen vragenlijsten bijdragen in de analyse van de aard en de mate van de problemen. Dit zijn primair de RA-WIS (Work Instability Scale) en de WLQ (Work Limitations Questionnaire).

Minder specifiek zijn de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en de Disease Activity Score (DAS). De HAQ is door de aard van het middel beter geschikt voor het meten van het gevolg van RA op de dagelijkse activiteiten, en lijkt ook een sterke relatie te hebben met de gevolgen in termen van kosten (zowel direct als indirect) [Bansback 2008]. Nieuwe ontwikkelingen suggereren dat de sensitiviteit van de gezondheidstatus wordt verbeterd door de HAQ te combineren met de DAS (Disease Activity Score) [Bansback 2008]. De DAS is een continue maat voor de ziekteactiviteit bij RA.

Omdat veel van de problemen bij chronisch zieken overeenkomstig zijn, kunnen ook generieke meetinstrumenten, zoals IMPACT-S, IPA of RAP gebruiken worden voor screening op problemen in de verschillende domeinen van de ICF.

Andere vragenlijsten zijn van weinig toegevoegde waarde voor de kwantificering van huidig functioneren in algemene zin en in arbeid.

7.3.1. Work Instability Scale (WIS)

De Work Instability Scale kan helpen de werkgerelateerde problemen in te schatten [Backman 2004]. Gemeten wordt in hoeverre de functionele mogelijkheden van een patiënt, refererend aan zijn/haar ziektebeeld passen bij de eisen van het werk, om zo het risico op uitval te berekenen [Hazes 2005]. Deze vragenlijst omvat 23 items, wordt door de patiënt ingevuld, en is bedoeld om artsen te helpen patiënten met risico op arbeidsverlies te identificeren. De vragenlijst lijkt veelbelovend en is van waarde voor herstel en behoud van functioneren. Hoge scores betekenen dat mensen verwezen moeten worden voor interventies en ondersteuning bij re-integratie [Backman 2004].

7.3.2. Work Limitations Questionnaire (WLQ)

De WLQ is ontworpen om het gevolg van chronische ziekte op functioneren in arbeid te meten en beschrijven in meerdere dimensies, zowel de fysieke output, de cognitieve eisen, tijdsmanagement als het algehele niveau van productiviteit. De vragenlijst is betrouwbaar voor deze dimensies bij het inschatten van de mogelijkheid te functioneren buiten de arbeidsomgeving [Yelin 2007]. De vragenlijst omvat 25 items en wordt door de patiënt ingevuld [Backman 2004]. Gemeten wordt in hoeverre werkende individuen problemen bij werk ervaren. Daarom lijkt de WLQ het meest waardevol voor het meten van participatie in arbeid [Hazes 2005].

7.4 Conclusie:

Naarmate RA langer bestaat, is meer aandacht voor de gevolgen en de impact van de aandoening en behoud van functioneren wenselijk. Het is voor elke behandelaar zinvol te weten of de patiënt met RA nog werkt, hetzij in betaalde arbeid, hetzij als vrijwilliger. Bij de werkende groep wordt onderzocht of de patiënt problemen heeft bij de uitvoering van zijn werk of vrijwilligerswerk.

Het belangrijkste middel is de anamnese. Een (korte) werkanamnese maakt standaard onderdeel uit van de anamnese. Hiervoor zijn een aantal basisvragen beschikbaar, die zich richten op herkennen van werkproblemen en op de hulpbehoefte van de patiënt, gericht op zijn arbeidssituatie. Naast de basisvragen staan een aantal verdiepende vragen ter beschikking. De analyse van de werksituatie richt zich op de risicofactoren.

Door aandacht te besteden aan arbeid, draagt de behandelaar er toe bij, dat de patiënt zich blijft oriënteren op arbeid en blijven functioneren.

Het medisch onderzoek is ondersteunend aan de anamnese en gericht op de gewrichtsschade, de beoordeling van de geestelijke status en de copingstrategie.

Voor de kwantificering van de arbeidsproblematiek zijn vooral de Work Instability Scale (WIS) en Work Limitations Questionnaire (WLQ) geschikt om werkgerelateerde problemen te onderkennen en te kwantificeren (arbeidspecifiek).

8. Interventiestrategieën.

Vraag 5: Welke interventies, c.q. behandelstrategieën leveren bij patiënten met RA een bijdrage aan verbetering of behoud van functioneren in arbeid?

8.1. Doelstelling

De meeste behandelstrategieën bij RA zijn primair gericht op bestrijden of minimaliseren van de klinische gevolgen van RA [CBO 2008]. De huidige therapie voorkomt RA echter niet en geneest RA niet. Elke reumapatiënt heeft dus een aandoening die hem potentieel in zijn functioneren treft. Daarom is het hoofddoel van de interventiestrategieën het verminderen van het effect van de ziekte op het leven van patiënten en het behouden of behalen van een niveau van functioneren dat persoonlijke en economische zelfstandigheid mogelijk maakt [Pollard 2005 - Goekoop 2005 – Verstappen 2013],

Het ICF-model toont 3 mogelijke aangrijpingspunten voor verbeteren en behoud van functioneren, in de zin van deelname van een individu met RA aan arbeid en maatschappij:

- 1 Gezondheidstoestand: m.n. medicamenteuze therapie: leggen van het accent op behoud van functioneren kan daarbij leiden tot wijziging in therapie- en vergoedingenbeleid.
- 2 Persoonlijke factoren: vergroten van de belastbaarheid door positief beïnvloeden van de copingstijl, verbeteren van de conditie en verstrekken van hulpmiddelen en aanpassingen: niet-medicamenteuze behandeling.
- 3 Omgevingsfactoren: verminderen van de belasting door bv. aanpassingen van de arbeidsplek en arbeidsinhoud.

Deze aangrijpingspunten zijn zowel generiek voor functioneren als specifiek gericht op de arbeidssituatie. De algemene interventies worden traditioneel onderscheiden in de medicamenteuze en de niet-medicamenteuze interventies. Beiden richten zich vooral op het individu en daarmee op de gezondheidstoestand en de persoonlijke factoren. Er zijn daarnaast arbeid gerelateerde interventies. Hieronder vallen zowel niet-medicamenteuze interventies, als specifieke activiteiten gericht op verlagen van de belasting in de werkomgeving.

Algemene stelregel is, dat het uitermate belangrijk is in het begin van de ziekte de band met werk te behouden. Ondersteunde snelle (gedeeltelijke) arbeidshervatting heeft daarbij een beter effect dan versterken en verbeteren van de persoonlijke factoren voor werkhervatting [Verbeek 2006]. Het is dus van belang dat ieder in de keten als stelregel heeft dat arbeidshervatting vroeg nagestreefd moet worden [de Buck 2002 - Backman 2004]. Activering en behoud van werkzaamheden hebben een gunstig effect op de ervaren pijn, het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde [De Croon 2004]. Om arbeidshervatting te realiseren kunnen aanpassingen in het werk, adequate therapie en begeleiding en hulp van de werkgever bijdragen [De Buck 2006, Zirkzee 2008].

Arbeidsrevalidatie moet dus een integraal onderdeel zijn van de ziektebehandeling en kan worden gedefinieerd als een proces om de blokkades te overwinnen die een individu kan ontmoeten bij betreden, behouden of terugkeer van arbeid. [Gilworth 2001].

8.2 Medicamenteuze interventie

5.1	Wat zijn de effecten van antireumatische therapieën op arbeidsparticipatie?
-----	---

Voorwaarde voor behoud of herstel van functioneren en arbeidsvermogen zijn [CBO 2008- De Croon 2004 - Puolakka 2004 - Yelin 2003-Verstappen 2004- Hazes 2003- Stucki 2003 – Verstappen 2013]:

- een goede en vooral vroegtijdig ingezette medicamenteuze behandeling met nauwgezette monitoring,
- gericht op maximale onderdrukking van de ziekteactiviteit in een vroege fase.
- preventie van (progressie van) gewrichtsschade.

Met vooral medicamenteuze behandelstrategieën kan na twee jaar een klinische remissie worden bereikt bij 35 tot 40 procent van de cliënten [Puolakka 2005, Sokka 2006, Goekoop 2005]. Bij 40 tot 70 procent van de patiënten wordt lage ziekteactiviteit bereikt [Goekoop 2005] met vroege en krachtige combinatietherapie [CBO 2008, Boers 1997, Goekoop 2005, Scott 2005]. De DMARD methotrexaat is de eerste keuze, eventueel in combinatie met een overbruggingsschema met (gluco)corticosteroïden. Bij hoge, persisterende ziekteactiviteit, positieve reumafactor en eventueel erosies dient na drie maanden een combinatietherapie te worden gestart. Het effect van biologicals (infiximab) is daarbij ten opzichte van conventionele behandeling (sulfasalazine en hydroxychloroquine) niet significant beter [Van Vollenhoven 2012]. Additionele corticosteroïdtherapie kan meerwaarde hebben ten aanzien van onderdrukking van de ziekteactiviteit alsook onderdrukking van de radioprogressie [CBO 2008].

Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de specifieke relatie tussen medicamenteuze behandeling en het effect op arbeid. Uit het aanwezige onderzoek blijkt, dat agressieve initiële therapie, eventueel met combinatietherapie een positief effect heeft op de totale duur van arbeidsuitval, zelfs bij prognostisch ongunstige kenmerken [Puolakka 2004 -Puolakka 2005/2 – Eriksson 2013]. Patiënten, die na 6 en 12 maanden in remissie waren, kenden significant minder arbeidsuitval [Puolakka 2004].

Combinatieregimes met enerzijds vroeg prednison en anderzijds vroeg anti-TNF naast MTX lijken superieur aan de klassiekere behandelstrategieën t.a.v. behoud van functioneren [Goekoop 2007]. Ook gebruik van Biologicals, zoals infiximab, anakinra, en etanercept, geeft hogere niveaus van behoud van arbeid [Yelin 2003 – Yelin 2007- Burton 2006 – ter Wee 2011]. Een groep patiënten, behandeld met initiële combinatietherapie met infiximab, liet een hogere werkproductiviteit zien, die grotendeels de hogere kosten compenseerde [Vliet Vlieland 2009 -Van den Hout 2005]. Recenter onderzoek (Swefot) bij patiënten met vroege RA, die na 3 maand MTX niet voldoende reageerden, liet geen verschil zien in het effect op functioneren in arbeid tussen een combinatieregime van MTX met biologicals en met conservatieve middelen [Eriksson 2013]. De grote heterogeniteit tussen de populaties, de onderzoeksopzet, de analyses en de uitkomstmaten in de verschillende onderzoeken beperken wel het trekken van conclusies [ter Wee 2011]. Nader onderzoek zal de onderbouwing (moeten) leveren voor de beste behandelkeuzes. Uiteindelijk is het belang

van behoud van functioneren, en m.n. van economische zelfstandigheid zo hoog, dat dit de keuze voor intensieve(re) therapie zou kunnen rechtvaardigen.

Vroege agressieve combinatietherapie geeft een hogere remissie (38,5 vs 18%) en lagere radiografische progressie [Cush 2007] en heeft een positief effect op vermoeidheid en beperkingen [Scott 2005]. Zelfs na 11 jaar follow-up geeft de vroege agressieve behandeling significant meer remissies dan monotherapie en betere functionele uitkomsten [Puolakka 2006]. Vroege identificatie, verwijzing en een accurate diagnose zijn daarom noodzakelijk om snel met agressieve initiële therapie te kunnen starten [Cush 2007-CBO 2008]. Vertraging of uitstel van de diagnose en daardoor latere behandeling gaf een slechter effect na 2 jaar dan vroege behandeling: de vroege diagnose en snelle verwijzing zijn cruciaal voor optimale medische zorg [Hazes 2003].

DMARD's of corticosteroïden hebben soms ernstige bijwerkingen, als patiënten met RA ze langdurig gebruiken. Deze bijwerkingen interfereren vaak op belangrijke wijze met het vermogen tot functioneren in arbeid. Relevante bijwerkingen zijn:

- algehele malaise (bij MTX is dit vooral op de dag dat het wordt ingenomen en de daaropvolgende dag);
- misselijkheid;
- moeheid;
- gevoeligheid voor infecties;
- maagdarfstoornissen.

8.3. Niet-medicamenteuze interventie [Vliet Vlieland 2006, CBO 2008]

Naast de medicamenteuze behandeling staan er verschillende niet-medicamenteuze behandelingen ter beschikking [Hammond 2006, Vliet Vlieland 2007]. Agressieve, vroege behandeling van de ziekte moet worden vergezeld van even agressieve en vroege beroepsrevalidatie en rehabilitatie [Gobelet 2007]. Niet-medicamenteuze therapie richt zich op het dagelijks functioneren en dus ook op het functioneren op het werk. Doel is vergroten van de belastbaarheid.

De resultaten van studies naar interventies, die toegepast worden in de vroege fasen van verzuim, zijn veelbelovend. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak voor vroege onderkenning van patiënten, die een risico op arbeidsuitval hebben, in fases, waarin een interventie het meest effectief zou kunnen zijn. Met dat doel is het van belang dat medisch specialisten en gezondheidsprofessionals aandacht geven aan werkgerelateerde problemen en in een vroegtijdig stadium samenwerken met bedrijfsartsen of andere professionals betrokken bij arbeidsrevalidatie [Vliet Vlieland 2009].

De verschillende vormen van niet-medicamenteuze interventies zijn:

1. Lichamelijke training en oefentherapie [Munneke 2003].

Bij RA is het belangrijk een adequaat niveau van lichamelijke activiteit te verkrijgen of te behouden. Geadviseerd wordt een door een deskundige fysiotherapeut of oefentherapeut gesuperviseerd, in de tijd afgebakend oefenprogramma aan te bieden, gericht op behoud of verbetering van beweeglijkheid van de gewrichten, spierkracht, conditie, en de individuele

functionele beperkingen van de patiënt, ook indien er weinig of nog geen beperkingen in dagelijkse activiteiten of maatschappelijke participatie zijn [CBO 2008].

Patiënten kunnen na afronding van het oefenprogramma doorstromen naar reguliere bewegings- of sportactiviteiten, gesuperviseerde groepsoefenprogramma's ofwel individuele oefentherapie. [CBO 2008] Een praktijkervaring is dat verbetering van de fysieke conditie ook een verbetering van zelfvertrouwen en levenslust geeft, en daarmee de participatie bevordert.

2. Leefstijladviezen

Bij patiënten met RA lijken leefstijladviezen een positief effect te hebben op zowel de kennis over het omgaan met de reumatische aandoening als op het functioneren [Vliet Vlieland 2006 - Vliet Vlieland 2007- Mahalik 2006]. Zij krijgen hierbij voorlichting over en begeleiding bij het toepassen van gewrichtsbescherming en energiebesparende maatregelen [CBO 2008].

3. Aanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen [Vliet Vlieland 2007]

4. Educatie en psychosociale interventies [Vliet Vlieland 2006, Hammond 2006]

5. Empowerment van chronisch ziek zijn

De doelstellingen van empowerment zijn [Varekamp 2005-Detaille 2003-Mahalik 2006]:

- Kennisvermeerdering: kennis over de ziekte en de gevolgen, wettelijke rechten en werkaanpassingen (ook door lotgenotencontact).
- Verkrijgen van een helder begrip van (werk)gerelateerde problemen of (werk)barrières.
- Doen toenemen van gevoel van controle (algemene controle of beleefde zelfredzaamheid in het proces van vragen om aanpassingen, ook in werk).
- Ontwikkelen van vaardigheden voor bv. coping en sociale competentie.
- Doen toenemen van activiteiten gericht op conditie (sport) en (werk)aanpassingen.

Het behoud van activiteiten en participatie en een lage afhankelijkheid van anderen is belangrijk voor de ervaren kwaliteit van leven. De patiënt moet daarbij zijn eigen weg vinden in het subtiele evenwicht tussen de chronische ziekte accepteren en kiezen voor een actieve coping. De wijze van omgaan met de ziekte, de opvattingen over activiteit en werkhervatting, en de stemming (depressiviteit) hebben een sterke relatie met de prognose, zowel van de ziekte als werkhervatting [Vliet Vlieland 2006 -, Hammond 2006].

De eerste stap is het optimaliseren van de mogelijkheden van de patiënt tot functioneren en deelname aan arbeid. Enkelvoudige interventies blijken hierin minder effectief dan multidisciplinaire interventies, zoals empowerment.

Hierbij valt te denken aan psychotherapie, gericht op aanleren van actieve coping strategieën [Treharne 2007]. Cognitieve gedragstherapie, gericht op zelf vermoeidheid bij RA beter leren begrijpen en hanteren, bleek een goede verlaging van de vermoeidheidsniveaus op te leveren [Hewlett 2011- Dures 2012]. Ook zijn cursussen zoals aangeboden door het Reumafonds een goede mogelijkheid. M.n. de cursus "Reuma Uitgedaagd" leert in 6 bijeenkomsten mensen de regie over het eigen leven in eigen hand te houden, beter te communiceren met omgeving en zorgverleners, beter om te gaan met pijn en vermoeidheid,

en beter ontspannen en bewegen. De cursusleiders zijn zelf ervaringsdeskundig en hebben een activerende aanpak.

8.4 Arbeidgerelateerde interventies

5.2	Wat zijn de effecten van arbeidgerelateerde interventies op arbeidsparticipatie?
-----	--

Arbeidgerelateerde interventies zijn interventies die zich specifiek op arbeid richten, zich in de arbeidssituatie voordoen of hun belang aan arbeid ontleen. Zij beogen veelal de belasting door arbeid te verlagen [Chorus 2000 -Chorus 2001-Lacaille 2004-Mancuso 2000].

Als overbelasting dreigt, kan met diverse aanpassingen een goed evenwicht worden behouden tussen de belastbaarheid van de patiënt en de werkbelasting. Juist werkgebonden factoren zijn potentieel goed aanpasbaar of beïnvloedbaar [Chorus 2001].

1. Werkinhoud, werktaak of werkuitvoering aanpassen [Mahalik 2006-Varekamp 2005]

De gevolgen van RA zijn beter te compenseren naarmate er meer eigen regelmogelijkheden in arbeid zijn. Mogelijke aanpassingen in werkinhoud, werktaak of werkuitvoering zijn:

- Overgang naar *lichter werk*: Bij RA is een gegeven dat bij iedere werksoort met concrete fysieke belasting vroeg of laat aanpassingen noodzakelijk zijn [Zirkzee 2008]. Zware fysieke arbeid, belastende eentonige handelingen of grote onregelmatigheid in werk zijn in meer of mindere mate beperkt. Aanpassingen in werk kunnen zijn afwisselen van taken en/of het verspreiden van de specifieke belasting, reductie van de fysieke belasting, overgaan naar ander werk [Geuskens 2008A], verder hulp van collega's bij te zware activiteiten of meer aan anderen overlaten [Mancuso 2000 - Mahalik 2006]. Soms maakt opleiding, bijscholing of omscholing overstappen naar een minder belastende werkplek mogelijk, primair bij de eigen werkgever, anders bij een andere werkgever.
- Verandering van werktijden: door de opstartklachten en de noodzaak van goede en regelmatige rust kan verandering van werktijden meer rust en regelmaat geven:
 - overgang van ploegendienst naar dagdienst: ploegendienst is veelal gecontra-indiceerd door de onregelmatigheid en de vele wisselingen van arbeidsperiode en arbeidstijden.
 - de aanvangstijd in de ochtenduren wijzigen. De patiënt met RA kan in de ochtend geruime tijd nodig hebben om redelijk te kunnen functioneren. [Gobelet 2007- Mancuso 2000]. Dit betekent dat hiervoor tijd moet worden ingeruimd door aanvang van het werk op een later tijdstip.
- Creëren van rustpauzes bij fysieke activiteit kan bijdragen aan oplossen van te grote vermoeidheid [Mahalik 2006 - Geuskens 2008A]. Ook meer autonomie en regelmogelijkheden in het werk door een goede verdeling van de werkzaamheden over de dag, vermijden van piekbelastingen, en kunnen werken in eigen tempo kunnen een oplossing vormen [Detaille 2003-Mahalik 2006]. Vermoeidheid kan ook 's middags aanleiding zijn voor pauzes of doseren van de belasting.

- Vermindering van het aantal uren werken. Om economische gevolgen zo lang mogelijk te voorkomen is vermindering van het aantal werkuren veelal niet de optie van voorkeur, maar is het verstandig eerst te bezien of de aard en inhoud van het werk zo kunnen worden gewijzigd dat er met dezelfde werkuren een redelijk niveau van functionele mogelijkheden haalbaar blijft. Als dat niet mogelijk is, wordt voor een beperking van werkuren gekozen. Een *urenbeperking* kan noodzakelijk zijn bij ernstiger gewrichtsschade en vermoeidheid, met zowel een strikt energetische reden als een preventieve. Dit is in lijn met de procedure die wordt gevolgd bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.
- Zoeken naar ander werk: soms is vroeg of laat keuze van een werkplek of baan noodzakelijk op basis van de mogelijkheden en beperkingen van RA: bv. afzien van promotie, verandering in type en aard van werk, hetzij bij dezelfde werkgever hetzij bij een andere werkgever [Mancuso 2000 – Geuskens 2008A]. Mede door de vermoeidheid hebben veel patiënten hun loopbaan moeten aanpassen, bv. door laten lopen van kansen op additionele verantwoordelijkheden, speciale projecten, trainingsmogelijkheden of promoties [Chorus 2001]. Dit kan ook leiden tot gaan werken als zelfstandige [Mancuso 2000]. Doordat RA-patiënten sterk geneigd zijn arbeid te zoeken die past bij hun mogelijkheden [Hazes 2005], loopt de arbeidssatisfactie wel duidelijk terug.

Personen met RA hebben vaak *wisselende mogelijkheden tot functioneren* door het onvoorspelbaar optreden van actieve ontstekingen en hebben een wisselende energie. Hun aanwezigheid is niet altijd voorspelbaar, en zij hebben een recidiverend en verhoogd arbeidsverzuim [Zirkzee 2008]. Dit is wisselend per persoon, en is moeilijk voorspelbaar.

Aanpassing van werk betekent ook vaak een overgang naar financieel anders gewaardeerd werk, en heeft mogelijk grote financiële gevolgen voor de werknemer, die de zorgverlener in de regel niet kan overzien. Deze gevolgen kunnen liggen in de directe betaling door de werkgever, maar kunnen zich ook pas voordoen bij de beoordeling voor de WIA na 2 jaar loondoorbetaling. Daarom is het noodzakelijk bij advisering over werkaanpassingen een deskundige, veelal arbeidsdeskundige, in te schakelen, om zorg te dragen voor goede voorlichting en bewuste keuzes van de werknemer. Zij zijn ook op de hoogte van de regelingen, waarbij werkgevers in sommige gevallen vanuit de wetgeving financieel gecompenseerd worden voor dit verzuim (no-riskpolis). Het inschakelen van een arbeidsdeskundige valt onder de verantwoordelijkheid van de werkgever. De verantwoordelijkheid voor de keuze ligt geheel bij de werknemer. Beiden hebben samen de plicht om gedurende de 2 jaar loondoorbetaling zorg te dragen voor behoud van werk en zoeken van passende ondersteuning daarbij (re-integratie).

2. *Gewricht beschermende maatregelen* [Steultjens 2004, Mahalik 2006]

Deze aanpassingen richten zich met advisering door ergo- of fysiotherapeut op zorgvuldig en juist gebruik van gewrichten, door:

- statische belasting te voorkomen;
- de belasting in kleine porties te verdelen;
- de belasting over meerdere gewrichten te verdelen;
- de grotere gewrichten te belasten in plaats van kleinere.

3. *Woon-werkverkeer verbeteren (bijvoorbeeld met een invalidenparkeerplaats)*

4. *Sociale/praktische steun op de werkplek verbeteren/bevorderen [Chorus 2001]*

Van groot belang is steun van de leidinggevende (acceptatie, begrip en actieve ondersteuning). De volgende situaties zijn bevorderlijk voor arbeidsparticipatie: [Detaïlle 2003- Varekamp 2005- Mahalik 2006]:

- de werkgever accepteert de zieke werknemer en heeft begrip voor de ziekte;
- de werkgever heeft begrip voor bepaalde situaties waar de werknemer in verkeert en accepteert tijdelijk verzuim en beperkingen;
- de werkgever is actief op het gebied van loopbaanbegeleiding;
- de werkgever zoekt samen met de werknemer naar alternatieve werkplekken;
- er is duidelijkheid bij de werkgever en werknemer over de restcapaciteit van de werknemer.

De Wet Verbetering Poortwachter benoemt al deze situaties als de plicht van de werkgever, en de arbodienst of bedrijfsarts ondersteunt en adviseert daarbij.

Ook de steun en het begrip van collega's helpen om te blijven functioneren. Uit vragenonderzoek bij patiënten blijkt dat steun van management en collega's de hoogste prioriteit had [Detaïlle 2003-Varekamp 2005 – Meer 2011]. De werkomgeving moet daarom worden voorgelicht over de aandoening, de wisseling van klachten en de mogelijkheid werk te verrichten [Varekamp 2005, Gignac 2004], zodat zij de patiënt tegemoet treden als een normale collega, terwijl zij tegelijk wel weten dat de werknemer reuma heeft en wat hij wel en niet kan. Daarbij kunnen ook de hulpverleners en de reumapatiëntenbond praktische en mentale steun geven. Dit kan bevorderd worden door een voorlichting van de collega's te organiseren en hen van informatie te voorzien. Wellicht kan bij de voorlichting op het werk ook informatie van een reumatoloog bijgevoegd worden.

5. *De werkomgeving of werkmaterialen aanpassen [Varekamp 2005]*

Na een ergonomische aanpassing van de werkplek hebben RA-patiënten 2,6x minder arbeidsuitval [Lacaille 2004]. De volgende aanpassingen aan de werkomgeving of aan werkmaterialen kunnen mogelijk en/of noodzakelijk zijn:

- een aangepaste bureaustoel of trippelwerkstoel;
- speciale aanpassingen aan de computer (toetsenbord, spraakbesturing of muis);
- telefoon (handsfree of grotere toetsen);
- bureau-accessoires;
- armsteun;
- karretjes voor het verplaatsen van zware gewichten;
- aanpassingen aan bureau, kasten, kranen of gereedschap;
- stastoel of kruk.
- andere aanpassingen/hulpmiddelen

6. *Belasting in privésituatie verminderen*

Ook buiten werktijd kan de werknemer zelf zorg dragen voor een goede balans en behoud van zijn arbeid, door de belasting in de thuissituatie te bewaken (bijvoorbeeld door huishoudelijke hulp, gezinshulp) of door regelmatig nemen van rust. Deze keuze is geheel de

verantwoordelijkheid van de patiënt zelf, is niet verplicht en kan ook door de werkgever niet verplicht worden opgelegd. Een werknemer kan er zelf voor kiezen zo nodig gebruik van ziekte-dagen, vrije dagen of vakantiedagen te maken voor herstel [Geuskens 2008A]. Ook kan de werknemer er voor kiezen aanpassingen in privéactiviteiten te doen om energie te sparen om te kunnen blijven werken [Mancuso 2000 – Gignac 2005], zoals minder deelname aan familie- en sociaal leven.

Sommige factoren lijken gemakkelijk aanpasbaar, bij andere is bredere medewerking van werkgevers, collega's, bedrijfsgezondheidszorg, thuisfront en financiële ondersteuning van werkgevers, verzekeraars of regering noodzakelijk.

Ondanks de toegenomen kennis van “work disability” is de literatuur over arbeid gerelateerde interventies nog schaars. (Vliet Vlieland 2009-de Buck 2002-Varekamp 2006-Gobelet 2007). Verdere ontwikkeling en evaluatie van uitval uit arbeid en re-integratieprogramma's is noodzakelijk.

8.5. multidisciplinaire (arbeids)revalidatieprogramma's

Het lijkt aannemelijk dat arbeidsrevalidatieprogramma's effectief kunnen bijdragen aan het behouden van werk en het re-integreren in werkzaamheden [de Buck 2002-Chorus 2001].

In tegenstelling tot interventies, die zich alleen richten op verbetering van de gezondheid, moet de rechtvaardiging voor revalidatie komen uit een verbetering van de arbeidsdeelname en de waarde voor de maatschappij. Veel kosteneffectiviteitsstudies hebben het effect van RA op productiviteitskosten onderzocht, terwijl maar weinig studies het effect van arbeidsrevalidatie hebben onderzocht [Abásolo 2005 – Abasolo 2007 - Puolakka 2005/2 – Puolakka 2006 - De Buck 2007]. De kosten voor arbeidsrevalidatie varieerden van 100 tot meerdere duizenden euro's, zonder duidelijke relatie met effect op de productiviteit. Dit suggereert dat de omvang en de inhoud van het programma minder belangrijk is dan het geven van aandacht aan arbeid en hoe het is ingebed in de werkomgeving van de patiënt.

In deze studies waren de kosten door verlies van productiviteit aanzienlijk hoger dan de kosten voor gezondheidszorg. Dit onderstreept het belang van de wijze van waardering van de productiviteit. Maar, omdat de kosten door verlies aan productiviteit gewoonlijk veel hoger zijn dan de arbeidsrevalidatiekosten, zullen opbrengsten – zo deze er zijn – veelal de kosten van een effectief arbeidsrevalidatieprogramma ruimschoots overtreffen [Vliet Vlieland 2009]. Er is geen bewijs voor grotere effectiviteit van groepsprogramma's boven individuele programma's. [Varekamp 2005]. Er zijn wel enkele studies die effectiviteit van zorg door een multidisciplinair team op arbeidsuitval rapporteren [Puolakka 2004-Puolakka 2005/2-Nordmark 2006].

8.6 Conclusie:

Behoud van participatie, ook in arbeid, is bij RA eveneens een behandeldoel. Een snelle, zo nodig gedeeltelijke werkhervatting blijkt het beste resultaat te hebben, zelfs als niet alle risicofactoren versterkt en verbeterd zijn. Doorgaan met werken blijkt voor het

emotionele en fysieke gevoel van welzijn van groot belang. De begeleiding richt zich daarom ook op ondersteunen van (blijven) werken.

Met medicamenteuze interventie wordt primair verlagen van de ziekteactiviteit beoogd. Agressieve initiële therapie met combinatietherapie blijkt een positief effect te hebben op de totale duur van arbeidsuitval. Om hier snel mee te kunnen starten is een vroege identificatie, en een accurate diagnose noodzakelijk. Daarom is een vroege verwijzing naar de reumatoloog noodzakelijk, om snel therapie te kunnen starten. De vroege diagnose en snelle verwijzing zijn cruciaal voor optimale medische zorg en behoud van functioneren.

Niveau 1	Conclusie Het belangrijkste instrument voor herstel en behoud van participatie is een snelle en effectieve behandeling. Agressieve initiële therapie met combinatietherapie heeft het meest positieve effect op de totale duur van arbeidsuitval. <i>[CBO 2008- Puolakka 2004- Puolakka 2005- Goekoop 2007]</i>
-----------------	---

Niveau 1	Conclusie Een vroege herkenning, een snelle verwijzing naar de reumatoloog en een accurate diagnose zijn noodzakelijk bij vermoeden op RA. <i>[CBO 2008- Cush 2007- Puolakka 2006]</i>
-----------------	--

Naast medicamenteuze therapie is ook niet-medicamenteuze therapie van belang om de conditie en belastbaarheid te verbeteren, het zelfvertrouwen te vergroten, en invloed te hebben op de stijl van coping. Deze therapie omvat onder andere lichamelijke activiteit en leefstijl advisering. Tevens is vroeg opstarten van beroepsrevalidatie wenselijk, ook al is hier het effect nog niet wetenschappelijk van bewezen. Lichamelijke training en oefentherapie blijken een verbetering van de conditie en van het zelfvertrouwen te geven. Ook leefstijladviezen en empowerment hebben een positief effect op het functioneren.

Psychosociale interventies gericht op de psychische conditie en de copingstijl dragen bij aan behoud en verbetering van functioneren. Zo nodig kunnen aanpassingen of hulpmiddelen worden verstrekt.

Het behoud van activiteiten en participatie en een lage afhankelijkheid van anderen is belangrijk voor de ervaren kwaliteit van leven. De patiënt moet enerzijds zijn chronische ziekte accepteren en anderzijds kiezen voor een actieve coping. Door tijdens het contact met de patiënt actief aandacht te vragen voor herstel en behoud van functioneren, bevordert de behandelaar actieve coping en draagt er toe bij, dat de patiënt zich zelf blijft oriënteren op blijven functioneren en op arbeid.

Niveau 2	Conclusie Niet-medicamenteuze therapie bij RA heeft een positieve invloed op de fysieke gesteldheid, het zelfvertrouwen, de levenslust en het functioneren. <i>[CBO 2008- Vliet Vlieland 2007- Varekamp 2005]</i>
-----------------	---

Bij patiënten met RA zijn arbeidgerelateerde interventies bij dreigende overbelasting altijd noodzakelijk.

Arbeidgerelateerde interventies zijn:

- (1) creëren van rustpauzes en afwisseling in belasting van gewrichten
- (2) verstrekking van hulpmiddelen: gewricht beschermende maatregelen
- (3) aanpassen van de werkplek of werkmaterialen
- (4) aanpassen van de werkinhoud: overgang naar lichter werk,
- (5) verandering van werktijden,
- (6) verminderen van het aantal uren.

Bij onvoldoende mogelijkheden om het eigen werk aan te passen, is zoeken van ander werk noodzakelijk. Indien dit uiteindelijk onvermijdelijk is, is het verstandig, deze keuze tijdig te maken. Omdat dit altijd met financiële gevolgen gepaard gaat, is een goede begeleiding door een arbeidsdeskundige daarbij van belang.

Ondersteunende maatregelen zijn:

1. vergroten van de steun door voorlichting aan de collega's en leidinggevende over de aandoening RA en de gevolgen voor functioneren
2. verlaging van de belasting door woon-werkverkeer,
3. vermindering van de belasting in de privé situatie.

Niveau 2	Conclusie Ondersteunde snelle arbeidshervatting bij patiënten met RA - geheel of gedeeltelijk - draagt sterk bij aan behoud van arbeidsparticipatie. [Verbeek 2006 – de Buck 2002 – Backman 2004]
----------	---

9 Opbouw en samenspel in de behandel- en re-integratieketen

6. Welke disciplines of welke beroepsgroepen kunnen een rol spelen bij het behandeltraject. (c. q. welke teamsamenstelling)

9.1. Inleiding

De patiënt ontmoet in zijn behandel- en re-integratieketen meerdere hulpverleners. Juist omdat de keten multidisciplinair is, is samenwerking van groot belang. Samenwerking moet gebaseerd zijn op goede onderlinge afspraken en een herkenbare rolverdeling en toedeling van verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd moet de keten meer gericht zijn op de handelingen die nodig zijn voor het welzijn van de patiënt, dan op de vraag wie die handeling mag of moet verrichten. De samenwerking moet zich dus steeds richten op het belang van de patiënt.

In deze keten heeft de patiënt de centrale rol, als proactief en bewust vragend en handelend persoon. We moeten echter de mogelijkheden van de patiënt daarin niet overschatten. Er bestaat tegelijk een zekere afhankelijkheid. De hulpvraag van de patiënt wordt bepaald door de facetten, die op dat moment het meest van belang zijn. In de vroege fase en in de meest actieve fases van zijn ziekte is de aandacht vooral gericht op de ziekte en de behandeling daarvan. In deze fase is de patiënt zich minder bewust van de relevantie van werkbehoud en werkherstel.

Patiënten kaarten maar beperkt problemen rond hun werk aan bij gezondheidsprofessionals. Zij vragen van hen aandacht voor de behandeling, en zien verder deze problemen in de huidige situatie en op basis van de heersende gewoontes niet als de verantwoordelijkheid van behandelaars. Toch is het essentieel dat het bewustzijn bij de patiënt wordt ontwikkeld dat arbeid en functioneren in het algemeen van groot belang zijn. Ook moet de patiënt het inzicht ontwikkelen, dat hij hier zelf veel in kan doen, ondersteund door een ieder in de behandel- en begeleidingsketen. De behandelende en begeleidende ondersteuners hebben daarom naast de andere taken ook de verantwoordelijkheid dit onder de aandacht te brengen. Zij moeten de patiënt stimuleren tot een bewust actieve coping en de patiënt activeren om naar vermogen te blijven functioneren. Ook verbeteren van de conditie door toepassen van trainingsprincipes moet bewust plaatsvinden. Een deel van de preventie van uitval uit arbeid zit in de behandeling.

Van belang is daarbij de notie, dat gezondheidsprofessionals neigen naar een pessimistische visie op het revalidatiepotentieel van patiënten met reumatische ziektes vanwege het exacerbatie- en remissie-karakter van de ziekte [de Buck 2002]. Juist daarom is een bewust bijdragen aan richten van de aandacht van de patiënt op het belang van (blijven) functioneren, op een positieve levensvisie en positieve coping van groot belang. Door in de keten allen op gelijke wijze deze boodschap uit te dragen wint deze aan kracht en krijgt effect.

9.2 De behandel- en re-integratieketen

De patiënt centraal stellen betekent ook dat de zorg om de patiënt moet draaien en gekoppeld moet worden aan de activiteit die op dat moment in de keten noodzakelijk is.

Deze activiteit moet worden uitgevoerd door degene die daar het meest effectief in is. Binnen de keten bestaan natuurlijk wel een aantal voorkeurslijnen en een verantwoordelijkheids-toedeling, op basis van de specifieke deskundigheid van iedere behandelaar in de keten. In de keten werken niet limitatief samen:

- 1 Huisarts
- 2 Reumatoloog
- 3 Reumaconsulent
- 4 Paramedische ondersteuners: fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk
- 5 Revalidatie en re-integratie: bedrijfsarts, revalidatiearts, verzekeringsarts

RA heeft een grote impact op het leven van de patiënt en dat van zijn omgeving. Voor een goede behandeling is communicatie, begrip, deskundigheid en nauwe samenwerking tussen de (medische) professionals, bedrijfs- en verzekeringsartsen en revalidatie- en re-integratie-experts onderling en met de patiënt een vereiste [Varekamp 2005]. Hoewel uit diverse studies is gebleken dat voorlichting niet resulteert in een beter verloop van de ziekte, is uit de praktijk gebleken dat hier wel behoefte aan bestaat, om de eigen situatie beter te kunnen begrijpen en hiernaar te handelen. Wellicht dat dit ook bijdraagt aan een betere communicatie tussen patiënt en zorgverlener [CBO 2008]. Ook meer aandacht voor arbeid draagt bij aan behoud en verbetering van participatie. Vroege en blijvende aandacht is noodzakelijk, mede omdat preventie van arbeidsongeschiktheid meer effectief is dan re-integratie na arbeidsongeschiktheid en baanverlies [de Buck 2002].

9.2.1. De huisarts

De huisarts heeft contacten met de patiënt vooral in de beginfase en beperkter gedurende de begeleidingsfase.

In de beginfase van de ziekte heeft de huisarts een cruciale rol. De prognose van RA verbetert immers aanzienlijk als patiënten zo vroeg mogelijk worden behandeld met *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARD's). Twee factoren blijken in deze fase de diagnose en start van vroege therapie te vertragen: enerzijds de tijd tussen ontstaan van symptomen en bezoek aan de huisarts, en anderzijds de duur om tot een diagnose te komen [CBO 2008]. De differentiaal diagnose bij artritis is niet altijd direct duidelijk. Omdat de andere artritiden in de regel na drie weken over zijn, adviseert de NHG-Standaard Artritis bij voortduren van de klachten en vermoeden van RA de patiënt na 4 weken direct te verwijzen naar de reumatoloog voor aanvullende diagnostiek en behandeling [NHG 2009]. De vroege verwijzing geldt juist ook werkenden.

In de begeleidingsfase heeft de huisarts mogelijk ook contact bij intercurrente aandoeningen. Vaak is er sprake van een "shared care"-model, dat lokaal kan worden ingekleurd, en waarbij er duidelijke afspraken zijn over de verantwoordelijkheidsverdeling. In alle gevallen zijn goed overleg en duidelijke afspraken tussen de reumatoloog en de huisarts noodzakelijk.

De huisarts kan ook betrokken raken bij de diverse vormen van therapie, aanpassingen/hulpmiddelen of voorzieningen in de woon- en/of werkomgeving. De contacten voor de re-integratie naar arbeid zullen primair met de bedrijfsarts zijn.

Bij patiënten jonger dan 65 jaar vraagt de huisarts in principe bij alle reumagerelateerde contacten naar (veranderingen in) de arbeidsstatus en naar problemen met participatie in arbeid en dagelijks leven. De huisarts vormt zich een mening over de wijze van coping. Ook brengt de huisarts het functioneren in arbeid en dagelijks leven ter sprake, en benadrukt daarbij dat er nog veel mogelijkheden tot functioneren zijn. Een positieve ondersteuning kan een positieve coping van de patiënt versterken, en daarom bijdragen aan blijven functioneren. Omdat vroegtijdige re-integratie naar arbeid een verbetering van de arbeidsprognose, en daarmee van behoud van de economische zelfstandigheid oplevert, is het van belang behoud van of (bij verzuim) terugkeer naar arbeid te bespreken. De huisarts verwijst de patiënt daarbij naar de bedrijfsarts. Indien gewenst, neemt de huisarts contact op met de bedrijfsarts. Verwijzing is zeker het geval als er problemen in de arbeidssituatie aanwezig zijn, die op de werkplek moeten worden aangepakt.

9.2.2. De reumatoloog

De **reumatoloog** stelt de definitieve diagnose en stelt de behandeling in volgens de principes van snelle en agressieve therapie. Na overdracht naar de reumatoloog is de reumatoloog primair verantwoordelijk voor de voorlichting en de behandeling van de patiënt. De reumatoloog kan veel taken uitbesteden aan de reumaconsulent en anderen, maar behoudt de eindverantwoordelijkheid over de gehele behandeling. Dit impliceert ook verantwoordelijkheid voor participatie, inclusief re-integratie in arbeid. De reumatoloog heeft daarom een verbindende en regisserende rol in de keten.

Vanuit dit perspectief richt de reumatoloog zich niet alleen op de medicamenteuze behandeling, maar indiceert ook de niet-medicamenteuze behandeling, en adviseert over de arbeidgerelateerde interventies. Dit maakt het voor de reumatoloog noodzakelijk ook te screenen op de risicofactoren. Op geleide van de bevindingen laat de reumatoloog nader onderzoek doen of schakelt andere deskundigen in, zoals de bedrijfsarts.

Onderdeel van ieder contact met de patiënt is de vraag over (veranderingen in) de arbeidssituatie. Dit omvat in ieder geval de basisvragen, en zo nodig de verdiepende vragen.

9.2.3. De reumaconsulent

De dagelijkse klinische begeleiding is vooral in handen van de **reumaconsulent**. Dat betekent dat ook de aandacht voor participatie in de dagelijkse praktijk vooral door de reumaconsulent wordt inhoud gegeven.

De reumaconsulent is poliklinisch verantwoordelijk voor informatievoorziening, psychosociale begeleiding, psychoeducatie. De reumaconsulent kan ook verantwoordelijk zijn voor de intensieve monitoring van de ziekteactiviteit op geleide van bv. de DAS-28. Deze monitoring heeft het grootste effect op de fysieke functionele beperkingen, meer dan multidisciplinaire revalidatieprogramma's [Stucki 2003]. Er is groeiend bewijs dat de monitoring en aanpassing van de medicatie bij persisterende ziekteactiviteit de gevolgen van de ziekte sterk minimaliseert. De ziekteactiviteit en daarmee de schade blijven beperkt, en met enkele aanvullende maatregelen en aanpassingen kan de patiënt met RA aan het arbeidsproces blijven deelnemen [Chorus 2000 - CBO 2008-Fransen 2003 – Fransen 2005-Welsing 2004].

De reumaconsulent neemt ook de anamnese af ter analyse van de copingstijl.

Vanuit deze centrale positie is de reumaconsulent ook de meest geëigende persoon voor de regie op het gehele behandelproces als verlengde arm van de reumatoloog. De reumaconsulent informeert de patiënt over de rol en taak van de bedrijfsarts en adviseert de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts, of neemt zelf contact op.

Ondersteunend bij de regie kan een zorgwijzer zijn, waarin de patiënten geïnformeerd worden over alle behandelaars binnen de reumaketen. Een dergelijke zorgwijzer is bij de Maartenskliniek in ontwikkeling.

9.2.4. Overige (para)medische deskundigen

Ook kunnen **andere (para)medische disciplines, zoals revalidatiearts, fysiotherapie, ergotherapie en (bedrijfs)maatschappelijk werk** actief zijn. Allen geven op gelijke wijze voorlichting, specifiek op het eigen aandachtsgebied, en ook over het leven met RA in algemene zin. De rol van de patiënt wordt bepaald door optimaliseren van de behandeling en streven naar maximale levenskwaliteit.

Bij werkenden moet een actieve en intensieve begeleiding worden opgestart, bestaande uit empowerment, oefentherapie en arbeidsrevalidatie. Hierbij wordt de indicatie gesteld door de reumatoloog, en zijn de reumaconsulent, de ergotherapeut, de fysiotherapeut en revalidatiearts in samenspraak met de patiënt primair van belang.

Het belang van arbeidshervatting rechtvaardigt hierbij een intensieve behandelvorm met voortdurende aandacht voor positieve coping en kijken vanuit mogelijkheden.

Bij de arbeidsre-integratie adviseren de fysiotherapeut en ergotherapeut ten aanzien van fysieke belasting, belasting/belastbaarheid, werkhouding, beperkingen en aanpassingen. De ergotherapeut adviseert over hulpmiddelen, aanpassing van de werkplek of werkmaterialen, of een gebalanceerd werkpatroon aanleren. De fysiotherapeut optimaliseert de belastbaarheid en de conditie door lichamelijke training en oefentherapie. Beiden geven ook leefstijladviezen.

Als een patiënt nog niet is gere-integreerd, kunnen naast fysieke beperkingen ook psychosociale aspecten belangrijk zijn. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om op beide aspecten te worden begeleid om weer te kunnen deelnemen aan het arbeidsproces. Bijzondere aandacht is noodzakelijk voor eventuele comorbiditeit zoals depressie en angststoornissen. Dit kan inschakeling betekenen van een maatschappelijk werker, een **psycholoog**, of soms een **psychiater**. Bij specifieke werkgerelateerde problemen of organiseren van de voorlichting op de werkplek kan de bedrijfsmaatschappelijk werker van toegevoegde waarde zijn.

9.2.5. Bedrijfs- en verzekeringsarts

De bedrijfsarts heeft als taak het begeleiden van het ziekteverzuim, en adviseren van de patiënt bij re-integratie. Omdat de bedrijfsarts vanaf het begin van verzuim betrokken kan zijn, is soms de **bedrijfsarts** de eerste die de klachten van de patiënt verneemt. De bedrijfsarts overlegt dan met de huisarts. Zij hebben samen de verantwoordelijkheid een

snelle en adequate behandeling zonder tijdsverlies te bewerkstelligen, zo mogelijk door rechtstreekse verwijzing naar de reumatoloog.

De bedrijfsarts richt zijn handelen vooral op de concrete re-integratie op de eigen werkplek of in eigen arbeid. De bedrijfsarts adviseert werkgever en werknemer ten aanzien van de arbeidsmogelijkheden en werkaanpassingen.

Binnen de huidige organisatievorm van arbodiensten zal het voor huisarts, reumatoloog of andere begeleider vaak moeilijk zijn te herkennen wie de rol van bedrijfsarts voor de betreffende patiënt vervult. Daarom vindt inschakeling van de bedrijfsarts primair plaats door bespreken van de noodzaak met de patiënt. Deze neemt als werknemer vervolgens het initiatief zijn bedrijfsarts te benaderen. Alternatief kan zijn dat de werknemer zijn behandelaar meedeelt wie in zijn specifieke situatie de rol van bedrijfsarts vervult. Rechtstreeks contact is vooral daar noodzakelijk, maar goed onderling overleg tot een beter resultaat leidt.

In de meest ideale situatie, die in sommige van de grotere instellingen bestaat (bv. Reade te Amsterdam) is de bedrijfsarts als onderdeel van de kliniek beschikbaar voor arbeidsgerichte advisering. De bedrijfsarts maakt dan deel uit van de behandel eenheid, en kan klinisch geconsulteerd worden.

Primair richt de aandacht zich op terugkeer naar de eigen werkplek. Op basis van de bekende risicofactoren onderzoekt de bedrijfsarts welke mogelijkheden voor verbetering aanwezig zijn. Dit kan zijn aanpassen van de werkplek, informatie van de werkomgeving, of een andere arbeid gerelateerde interventie. De bedrijfsarts kan de arbeidsdeskundige of ergonoom inschakelen om de inrichting van de werkplek te beoordelen en de mogelijkheid van aanpassingen te onderzoeken.

Als terugkeer naar het eigen werk niet mogelijk is, wordt beoordeeld of de werkgever nog andere passende werkplekken kent. De bedrijfsarts kan in samenwerking met een arbeidsdeskundige adviseren op welke wijze de patiënt bij de eigen werkgever nog ingezet kan worden. De werkgever heeft de wettelijke verplichting hieraan in redelijkheid zijn medewerking te verlenen.

Indien bij de eigen werkgever geen mogelijkheden meer zijn, moet re-integratie naar een werkplek elders worden opgestart. Daarbij adviseert de bedrijfs- of verzekeringsarts een arbeidsdeskundige in te schakelen en geeft de bedrijfs- of verzekeringsarts een advies over de mogelijkheden voor arbeid, die een patiënt op dat moment nog heeft. Hierbij neemt de bedrijfs- of verzekeringsarts kennis van het subjectief beleven van de patiënt. Op basis hiervan in combinatie met de kennis over de gevolgen van RA bij grote groepen en de mogelijkheden van activering, verwoordt de bedrijfs- of verzekeringsarts de functionele mogelijkheden van de patiënt. Dit is het hoogst haalbare doel, dat kan worden bereikt door een patiënt met adequate begeleiding en training, zonder optreden of veroorzaken van schade.

Advisering over deze mogelijkheden en de middelen om dit te bereiken behoort tot de wettelijke taak van de bedrijfsarts, maar is niet voorbehouden aan bedrijfs- of verzekeringsarts, maar ook van belang voor huisarts, reumatoloog en andere betrokken behandelaars. Zij kunnen aangeven welke belemmeringen en mogelijkheden bij RA bestaan.

De verzekeringsarts komt in de regel pas aan bod bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij twee jaar ziekteverzuim. Op dat moment is niet te verwachten dat de resterende stoornissen nog zullen verdwijnen of kunnen worden opgeheven. Wel kunnen voorzieningen en aanpassingen soms nog bijdragen aan herstel van functioneren. De verzekeringsarts overlegt hierover in dat geval met de arbeidsdeskundige, met het multidisciplinaire behandelteam en/of de werkgever en bedrijfsarts. Op basis hiervan komt de verzekeringsarts tot een gericht advies over de mogelijke voorzieningen en aanpassingen.

9.3 Conclusie:

Samenwerking tussen alle hulpverleners, betrokken bij behandeling of begeleiding van een RA- patiënt is noodzakelijk. De behandeling moet gericht zijn op het welzijn van de patiënt. Ook de toedeling van verantwoordelijkheden moet hierop zijn gebaseerd.

Omdat de patiënt in de vroege fase van zijn aandoening minder aandacht heeft voor behoud van functioneren, moeten de hulpverleners hier aandacht aan blijven besteden. Zij moeten de patiënt stimuleren tot een bewust actieve coping en een optimaal niveau van functioneren.

Voor een goede behandeling is communicatie, begrip, deskundigheid en nauwe samenwerking tussen de hulpverleners onderling en met de patiënt een vereiste.

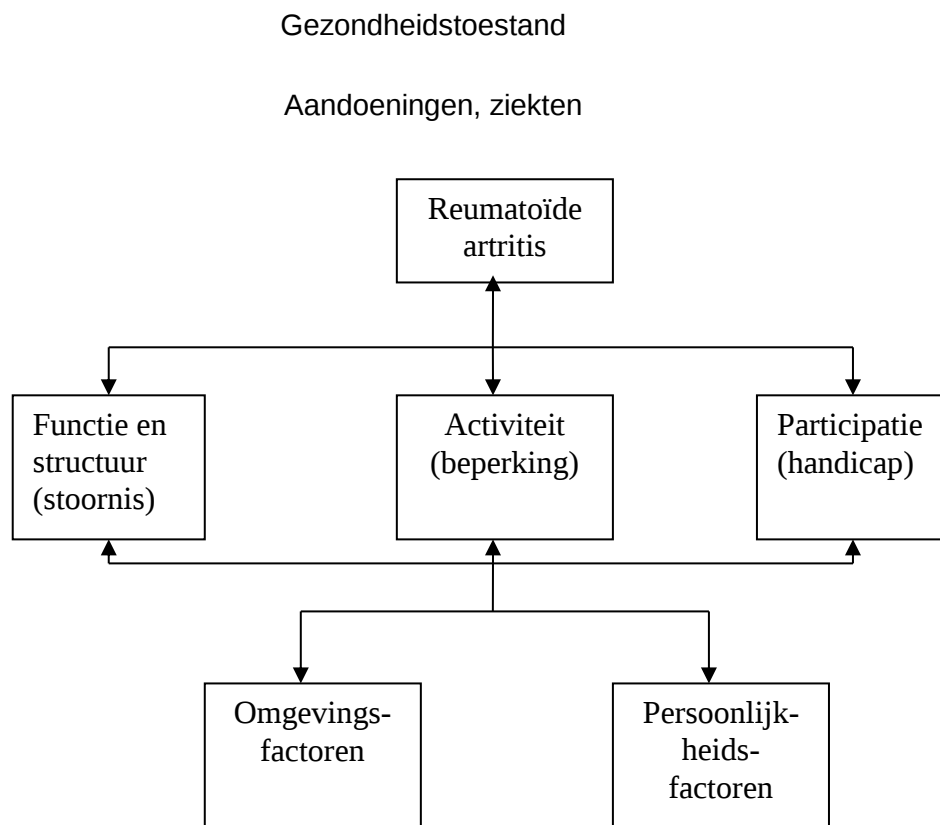
De huisarts is in de beginfase verantwoordelijk voor vroege onderkenning en sneller verwijzing naar de reumatoloog. In de verdere behandeling heeft de huisarts een rol bij intercurrente aandoeningen, soms bij tussentijdse exacerbaties en bij psychosociale vraagstukken. De huisarts informeert bij al zijn contacten met de werkende patiënt naar mogelijke arbeidsproblemen.

De reumatoloog is verantwoordelijk voor de definitieve diagnose en de snelle en agressieve behandeling. De reumatoloog blijft eindverantwoordelijk voor de gehele behandeling, en heeft een belangrijke rol bij het streven naar participatie en re-integratie. Ook de reumatoloog informeert bij al zijn contacten met de werkende patiënt naar mogelijke arbeidsproblemen.

Een intensieve monitoring draagt bij aan bereiken van een lage ziekteactiviteit en dus een beter functioneren. Deze dagelijkse klinische begeleiding is vooral in handen van de reumaconsulent. Verder zijn de revalidatiearts, fysiotherapeut en ergotherapeut mogelijk betrokken bij specifieke onderdelen van de therapie, zoals oefentherapie, verstrekking van hulpmiddelen of arbeidsrevalidatie. Vanuit hun perspectief informeren zij eveneens naar arbeidsgebonden problemen.

Vanuit zijn taak het ziekteverzuim te begeleiden, is de bedrijfsarts bij uitstek verantwoordelijk voor herkennen van arbeidsproblemen en realiseren van noodzakelijke aanpassingen in de arbeidssituatie. Dit gebeurt in voortdurend overleg met huisarts en reumatoloog. Als re-integratie in eigen werkplek niet mogelijk is, beschrijft de bedrijfs- of verzekeringsarts de resterende mogelijkheden tot functioneren. Op basis van dit advies onderzoekt de arbeidsdeskundige welke arbeidsmogelijkheden nog voorhanden zijn. Ook hierbij is veelvuldig overleg tussen de diverse deskundigen noodzakelijk.

Bijlage 1: figuur 1



Figuur 1 ICF-model toegepast op reumatoïde artritis

Bijlage 1: De korte ICF Core Set voor RA. [Stucki 2004]

De “korte ICF Core Set” voor RA is de minimale dataset noodzakelijk voor het beschrijven van de last van de ziekte en de invloed van omgevingsfactoren voor de specifieke patiënt. Op de beschreven gebieden kunnen zich bij RA problemen voordoen.

DEEL I: functioneren en beperking:

- **LICHAAMSFUNCTIES (b): de fysiologische (en psychologische) functies van het lichaamssysteem. [CIEZA 205,Stucki 2004]**
 - *H7: neuromusculoskelet- en bewegingsgerelateerde functies*
 - **B110 mobiliteit van gewrichten**
 - **B130 spierkracht functies**
 - **B180 sensaties gerelateerd aan spieren en bewegingsfuncties**
 - Ochtendstijfheid
 - gevoel van spierstijfheid
 - NB: ochtendstijfheid is gerelateerd aan andere structuren dan spieren, maar ligt het meest dichtbij. Dit kan de activiteiten van het dagelijks leven in sterke mate hinderen. Dit kan uren duren
 - B170: functies van het looppatroon
 - B140: spierduurvermogen
 - *H2: sensore functies en pijn*
 - **b280 Sensatie van pijn**
 - *H1: Mentale functies*
 - b234: slaapfuncties
 - *H3: Functies van het cardiovasculaire, hematologische, immunologische en respiratoire systeem*
 - **b455 exercise tolerance functions**
 - *H5: Functies van het digestieve, metabole en endocriene systeem*
 - *H6: urogenitale en reproductieve functies*
- **LICHAAMSSTRUCTUREN (s): anatomische delen van het lichaam. [CIEZA 2005,SCOTT 2005]**
 - *H7: structuren, gerelateerd aan beweging*
 - **s730: structuur van de bovenste extremiteit**
 - **s750: structuur van de onderste extremiteit**
 - **s710: structuren van hoofd en nekregio**
 - **s720: structuren van de schouderregio**
 - s760:structuren van de romp
 - *H8:*
 - s810: structuren van de huid
 - *H2:*
 - S309: oog, oor en gerelateerde structuren, ongespecificeerd
- **ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE (d): [CIEZA 2005,SCOTT 2005]**

Activiteiten: het uitvoeren van een taak of actie door een individu.
Participatie: deelname aan levensactiviteiten: het sociale perspectief van functioneren.

 - *H3: mobiliteit*
 - **d450: lopen**
 - **d440: fijn handgebruik**

- **d410: veranderen van lichaamspositie**
- **d445: hand- en armgebruik**
- d430: tillen en dragen van objecten
- d470: gebruik van vervoermiddelen
- H5: zelfzorg
 - d540: aankleden
 - d510: zich wassen
 - d550: eten
- H6: leven thuis
- H7: interpersoonlijke interacties en relaties
 - d570: intieme relaties
- H8: belangrijke levensgebieden
 - **d850: betaalde arbeid**
 - d859: werk en baan
- H9: Gemeenschap, sociaal en burgerlijk leven
 - d920: recreatie en ontspanning
- H18: leren en toepassen van kennis
- H2: algemene taken en eisen
 - **D230: dagelijkse routine uitvoeren**
- H3: communicatie

DEEL 2: contextuele factoren

• OMGEVINGSFACTOREN (e)

- H1: producten en technologie
 - **e115: producten en technologie voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven**
 - e155: ontwerp, constructie en maken van producten en technologie voor gebouwen voor privé-gebruik
 - e120: producten en technologie voor persoonlijke mobiliteit en vervoer binnen- en buitenshuis
 - e110: producten of dingen voor persoonlijke consumptie
 - e150: ontwerp, constructie en maken van producten en technologie voor gebouwen voor publiek gebruik
- H3: support en relaties
 - **e310: naaste familie**
 - **e355: gezondheidsprofessionals:** de kwaliteit en aanwezigheid van deskundige professionals
- H3: attitudes
- H5: diensten, systemen en beleid
 - **e580: gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, effecten en kwaliteit van behandeling en gezondheidszorg
 - **e570: sociale zekerheid:** arbeidsongeschiktheid
 - e540: vervoerssystemen
- H2: natuurlijke omgeving en menselijke verandering aan de omgeving
 - e225: klimaat

• PERSOONLIJKE FACTOREN

NB In ICF niet uitgewerkt.

Literatuurlijst:

Healthcare Professionals' Consensus Statement, Maart 2008

"Working for a healthier tomorrow", Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. Maart 2008

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis. Van Zuiden; 2007 (definitieve verschijning 2008).

Abásolo L, Blanco M, BACHiller J, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. Ann Intern Med 2005;143:404-14.

Abasolo L, Carmona L, Hernandez-Garcia C, Lajas C et al. Musculoskeletal work disability for clinician: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis. Arthr.Rheum 2007;57(2):335-342

Albers JMC, Kuper HH, van Riel PLCM, Prevoo MLL et al
Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. Rheumatology 1999;38:423-430

Allaire SH. Update on work disability in rheumatic diseases. Curr Opin Rheumatol 2001;13:93-8.

Allaire S, Wolfe F, Niu J, Lavalley MP.
Contemporary prevalence and incidence of work disability associated with rheumatoid arthritis.
Arthr.Rheum 2008;59:474-480

Astin JA, Beckner W, Soeken K, Hochberg MC, Berman B.
Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials.
Arthr.Rheum 2002;47(3):291-302 review

Backman CL.
Employment and work disability in rheumatoid arthritis.
Curr Opin Rheumatol. 2004 Mar;16(2):148-52. Review.

Backman CL, Kennedy SM, Chalmers A. Participation in paid and unpaid work by adults with rheumatoid arthritis. J Rheumatology 2004;31(1),47-56

Bansback N, Ara R, Karnon J, Anis A.
Economic evaluations in rheumatoid arthritis: a critical review of measures used to define health States.
Pharmacoeconomics. 2008;26(5):395-408. Review.

Barrett EM, Scott DGI, Wiles NJ, Symmons DPM.
The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study.
Rheumatology 2000;39:1403-1409

Boers, M., Verhoeven, A.C., Markusse, H.M., Laar, M.A. van de, Westhovens, R., Denderen, J.C. van, Zeben D. van, Dijkmans, B.A., Peeters, A.J., Jacobs, P., Brink, H.R. van den, Schouten, H.J., Heijde, D.M. van der, Boonen, A., Linden, S. van der. Randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone in early rheumatoid arthritis. Lancet 1997; 350: 309-318.

Braakman-Jansen LMA, Taal E, Kuper IH, van de Laar MAFJ
Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA
Rheumatology 2012;51:354-361

de Buck PDM, van Amstel RJ, Buijs PC, Maasen JHW, van Dijk FJH, Hazes JMW, Vliet Vlieland TPM.
Communication between Dutch rheumatologists and occupational physicians in the occupational rehabilitation of patients with rheumatic diseases.
Ann Rheum Dis 2002;61:62-65

de Buck PDM, Schoones JW, Allaire SH, Vliet Vlieland TPM.
Vocational Rehabilitation in patients with chronic rheumatic diseases: a systematic literature review.
Semin Arthritis Rheum 2002;32:196-203

de Buck PDM, Breedveld J, van der Giesen FJ, Vliet Vlieland TPM.
A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programma for patients with chronic rheumatic diseases: patients' and occupational physicians' satisfaction.
Ann Rheum Dis 2004;63:562-568.

de Buck PDM, de Bock GH, van Dijk F, van den Hout WB, Vandenbroucke JP, Vliet Vlieland TPM.
Sick leave as a predictor of job loss in patients with chronic arthritis.
Int Arch Occup Environ Health 2006;80:160-170

Burton W, Morrison A, Maclean R, Ruderman E.
Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis.
Occup Med (Lond). 2006 Jan;56(1):18-27. Epub 2005 Nov 11. Review.

Chorus AMJ, Miedema HS, Wevers CJ, van der Linden S.
Labour force participation among patients with rheumatoid arthritis
Am Rheum Dis 2000;59:549-554

Chorus AMJ, Miedema HS, Wevers CWJ, van der Linden S.
Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in
patients with rheumatoid arthritis.
Ann Rheum Dis 2001;60:1025-1032

Chorus AMJ, Miedema HS, Boonen A, van der Linden S.
Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of
working age.
Ann Rheum Dis 2003;62:1178-1184

Chung, C.P., Sokka, T., Arbogast, P.G., Pincus, T.
Work disability in early rheumatoid arthritis: higher rates but better clinical status in
Finland compared with the US.
Ann Rheum Dis 2006; 65: 1653-1657.

Cieza A, Stucki G.
Understanding functioning, disability, and health in rheumatoid arthritis: the basis for
rehabilitation care.
Curr Opin Rheumatol. 2005 Mar;17(2):183-9. Review.

de Croon EM, Sluiter JK, Nijssen TF, Dijkmans BA, Lankhorst GJ, Frings-Dresen MH.
Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature
review.
Ann Rheum Dis. 2004 Nov;63(11):1362-7. Review.

Cush JJ.
Early rheumatoid arthritis -- is there a window of opportunity?
J Rheumatol Suppl. 2007 Nov;80:1-7. Review.

Detaillie SI, Haafkens JA, van Dijk FJH.
What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at
work.
Scand J Work Environ Health 2003;29(2):134-142

Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, VlietVlieland TPM, van Zeben D et al
Long-term outcome in rheumatoid arthritis: a simple algorithm of baseline parameters can
predict radiographic damage, disability, and disease course at 12-year followup.
Arthr.Rheum 2002;47(4):383-390

Dures E, Kitchen K, Almeida C, Ambler N, Cliss A, Hammond A, Knops B, Morris M, Swkels A,
Hewlett S.
"They didn't tell us, they made us work it out ourselves": Patient Perspectives of a
Cognitive-Behavioral program for rheumatoid arthritis fatigue.
Arthritis Care & Research 2012;64-4:494-501

Eriksson JK, Neovius M, Bratt J, Petersson IF, van Vollenhoven RF, Geborek P, Ernestam S.
Biological vs conventional combination treatment and work loss in early rheumatoid
arthritis, a randomized trial.
JAMA Intern Med 2013;73(15):1407-1414

Evers AW, Kraaijmaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Pain coping and social support as
predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. Behav
Res Ther 2003;41:1295-310.

Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, Laneneggger T, Seitz M, Michel BA.
The ICIDH-2 as a framework for the assessment of functioning and disability in rheumatoid
arthritis.
Ann Rheum Dis 2002;61:225-231

Fransen, J., Stucki, G., Riel, P.L.C.M. van. Rheumatoid Arthritis Measures. Arthritis Rheum
2003; 49: S214-S224.

Fransen, J., Bernelot Moens, H., Speyer, I., Riel, P.L.C.M van. Effectiveness of systematic
monitoring of rheumatoid arthritis disease activity in daily practice: a multicentre, cluster
randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2005; 64: 1294-1298.

Geuskens GA, Burdorf A, Hazes JMW.

Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles - a literature review.
J Rheumatol 2007;34:1248-1260

Geuskens GA, Hazes JMW, Barendregt PJ, Burdorf A.

Work and sick leave among patients with early inflammatory joint complaints.
Arthr.Rheum 2008;59(10):1458-1466

Geuskens GA, Hazes JMW, Barendregt PJ, Burdorf A.

Predictors of sick leave and reduced productivity at work among persons with early inflammatory joint conditions.

Scand J Work Environ Health 2008;34(6):420-429 [Geuskens 2008A]

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10.

Gignac MA, Badley EM, Lacaille D, Cott CC, Adam P, Anis AH.

Managing arthritis and employment: making arthritis-related work changes as a means of adaptation.

Arthritis Rheum 2004; 51 (6): 909-916.

Gignac MAM.

Arthritis and employment: an examination of behavioral coping efforts to manage workplace activity limitations.

Arthritis&Rheum 2005 jun;53 (3):328-336

Gignac MAM, Sutton D, Badley EM.

Arthritis symptoms, the work environment, and the future: measuring perceived job strain among employed persons with arthritis

Arthr.Rheum 2007;57(5):738-747

Gilworth G, Haigh R, Tennant A, et al.

Do rheumatologists recognize their patients' workrelated problems?

Rheumatology 2001;40:1206-1210

Gobelet C, Luthi F, Al-Khodairy AT, Chamberlain MA.

Work in inflammatory and degenerative joint diseases.

Disabil Rehabil. 2007 Sep 15;29(17):1331-9. Review.

Goekoop-Ruiterman YPM, deVries-Bouwstra JK, Allaart CF, van Zeben D, Kerstens PJSM, Hazes JMW, Zwinderman AH, Roodman HK, Han KH, Westedt ML, Gerards AH, Groenendaal JHLM, Lems WF, van Krugten MV, Breedveld FC, Dijkmans BAC

Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the BeST Study)

Arthr.Rheum 2005;52(11):3381-3390

Goekoop-Ruiterman YPM, deVries-Bouwstra JK, Allaart CF, van Zeben D, Kerstens PJSM, Hazes JMW, Zwinderman AH, et al

Comparison of treatment strategies in early rheumatoid arthritis

Ann Intern Med.2007;146:406-415

Hammond A.

Rehabilitation in rheumatoid arthritis: a critical review.

Musc.Skel.Care 2006;2(3):135-151

Hammond A.

Rehabilitation in musculoskeletal diseases.

Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008 Jun;22(3):435-49. Review.

Hazes JM.

Determinants of physical function in rheumatoid arthritis: association with the disease process.

Rheumatology (Oxford). 2003 May;42 Suppl 2:ii17-21. Review.

Hazes JMW, Geuskens GA, Burdorf A

Work limitations in the outcome assessment of rheumatoid arthritis.

J Rheumatol 2005;32(6):980-982

Hewlett S, Ambler A, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, Knops B, Pope D, Spears M, Swinkels A Pollock J.

Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitivebehavioural therapy

Ann Rheum Dis 2011;70:1060-1067

Van den Hout WB, de Jong Z, Munneke M, Hazes JMW, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM.

Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis.

Arthr.Rheum 2005;53(1):39-47

Hoving JL, van Zwieten MCB, van der Meer M, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW

Work participation and arthritis: a systematic overview of challenges, adaptations and opportunities for interventions.

Rheumatology (Oxford). 2013 July; 52(7) : 1254-1264

De Jong Z, Vliet Vlieland TPM

Safety of exercise in patients in rheumatoid arthritis

Current Opinion Rheumatology 2005;17:177-182

Katz PP.

The impact of rheumatoid arthritis on life activities.

Arthritis Care Res 1995;8(4):272-8.

Korpela, M., Laasonen, L., Hannonen, P., Kautiainen, H., Leirisalo-Repo, M., Hakala, M., Paimela, L., Bläfield, H., Puolakka, K., Möttönen, T. Retardation of Joint Damage in Patients with early rheumatoid arthritis by initial aggressive treatment with disease-modifying antirheumatic drugs. Arthritis Rheum 2004; 50(7): 2072-2081.

Lacaille D, Sheps S, Spinelli JJ, Chalmers A, Esdaile JM.

Identification of modifiable work-related factors that influence the risk of work disability in rheumatoid arthritis

Arthr.Rheum. 2004;51(5):843-852

Lacaille D.

Arthritis and employment research: where are we? Where do we need to go?

J Rheumatol Suppl. 2005 Jan;72:42-5. Review.

Lacaille D, White MA, Backman CL, Gignac MAM.

Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective.

Arthr. Rheum 2007;57(7):1269-1279

Leensinck ML, Burdorf A, Boonen A, Gignac MA, Hazes JMW, Luime JL

Consequences of inflammatory arthritis for workplace productivity loss and sick leave: a systematic review

Ann Rheum Dis 13;72:493-505

Mahalik J, Shigaki CL, Baldwin D, Johnstone B.

A review of employability and worksite interventions for persons with rheumatoid arthritis and osteoarthritis.

Work. 2006;26(3):303-11. Review.

Mancuso CA, Paget SA, Charlson ME.

Adaptations made by rheumatoid arthritis patients to continue working : a pilot study of workplace challenges and successful adaptations.

Arthr.C.R.2000;13 (2):89-99

Mikuls TR.

Co-morbidity in rheumatoid arthritis.

Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003 Oct;17(5):729-52. Review.

Meer M van der, Hoving JL, Vermeulen MIM, Herenius MMJ, Tak PP, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW

Experiences and needs for work participation in employees with rheumatoid arthritis treated with anti-tumour necrosis factor therapy

Disabil Rehabil 2011;33(25-26):2587-95.

Munneke M, de Jong Z, Zwinderman AH, Jansen A et al

Adherence and satisfaction of rheumatoid arthritis patients with a long-term intensive dynamic exercise program (RAPIT program).

Arthr. Rheum 2003;49(5):665-672

Neovius M et al - Sick Leave and Disability Pension before and after initiation of anti-rheumatic therapies in clinical practice.

Ann Rheum Dis 2011;70:1407-1414

Nordmark B, Blomqvist P, Andersson B et al.

A two-year follow-up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support

Scand J Rheumatol 2006;35:7-14

Ottonello M.

Cognitive-behavioral interventions in rheumatic diseases.

G Ital Med Lav Ergon. 2007 Jan-Mar;29(1 Suppl A):A19-23. Review.

Pincus T.

Advantages and limitations of quantitative measures to assess rheumatoid arthritis: joint counts, radiographs, laboratory tests, and patient.
Bull NYU Hosp Jt Dis. 2006;64(1-2):32-9. Review.

Pollard L, Choy EH, Scott DL.

The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient.
Clin Exp Rheumatol. 2005 Sep-Oct;23(5 Suppl 39):S43-52. Review.

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, et al.

Impact of initial aggressive drug treatment with a combination of disease-modifying antirheumatic drugs on the development of work disability in early rheumatoid arthritis.
Arthr.Rheum 2004;50(1):55-62

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P et al

Early Suppression of Disease Activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis
Arthr.Rheum 2005;52(1):36-41 [Puolakka 2005]

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Hakala M, Korpela M, Ilva K, Yli-Kerttula U, Piirainen H, Leirisalo-Repo M.

Predictors of productivity loss in early rheumatoid arthritis: a 5 year follow-up study.
Ann Rheum Dis 2005;64:130-133. [Puolakka 2005/2]

Puolakka K, Kautiainen H, Pekurinen M, Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Hakala M, Arkela-Kautiainen, Luukkainen R, Leisalo-Repo M.

Monetary value of lost productivity over a five year follow up in early arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FIN-RACo trial
Ann Rheum Dis 2006;65:899-904

Savelkoul, M., Witte, L. de, Post, M.

Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies.
Patient Education and Counselling, Volume 50, Issue 2, juni 2003; 133-143.

Scott DL.

Prognostic factors in early rheumatoid arthritis.
Rheumatology (Oxford). 2000 Jun;39 Suppl 1:24-9. Review.

Scott DL, Smith C, Kingsley G.

Joint damage and disability in rheumatoid arthritis: an updated systematic review.
Clin Exp Rheumatol. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S20-7. Review.

Scott DL, Smith C, Kingsley G.

What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual?
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Feb;19(1):117-36. Review.

Sokka T, Pincus T.

Markers for work disability in rheumatoid arthritis.
J Rheumatol. 2001 Jul;28(7):1718-22. Review.

Sokka T.

Work disability in early rheumatoid arthritis.
Clin Exp Rheumatol. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S71-4. Review.

Sokka, T., Mäkinen, H., Puolakka, K., Möttönen, T., Hannonen, P.

Remission as the treatment goal - the FIN-RACo trial.
Clin Exp Rheumatol 2006; 24 (suppl.43): S74-S76.

Soubrier M, Dougados M.

How to assess early rheumatoid arthritis in daily clinical practice.
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Feb;19(1):73-89. Review.

Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MA, van den Ende CH.

Occupational therapy for rheumatoid arthritis.
Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD003114. Review.

Stolt, P., Källberg, H., Lundberg, I., Sjögren, B., Klareskog, L., Alfredsson, L. Silica exposure is associated with increased risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. Ann Rheum Dis 2006; 64: 582-586.

Stucki G.

Understanding disability
Ann. Rheum.Dis 2003;62:289-290

Stucki G, Cieza A.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core: Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning.
Ann Rheum Dis. 2004 Nov;63 Suppl 2:ii40-ii45. Review.

Stucki G, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd J, Symmons D, Kostanjsek N, Schouten J.

ICF Core sets for rheumatoid arthritis.
J Rehabil Med 2004;suppl.44:87-93

Stucki G, Ewert T.

How to assess the impact of arthritis on the individual patient: the WHO ICF.
Ann Rheum Dis. 2005 May;64(5):664-8. Review.

Sverdrup, B., Källberg, H., Bengtsson, C., Lundberg, I., Padyukov, L., Alfredsson, L., Klareskog, L. Association between occupational exposure to mineral oil and rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA case-control study. Arthritis Res Ther 2005; 7: R1296-303.

Symmons DP.

Environmental factors and the outcome of rheumatoid arthritis.
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003 Oct;17(5):717-27. Review.

Ter Wee MM, Lems WF, Usan H, Gulpen A, Boonen A

The effect of biological agents on work participation in rheumatoid arthritis patients: a systematic review.
Ann Rheum Dis 2012;71:161-171

Treharne GJ, Lyons AC, Booth DA, Kitas GD.

Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: coping resources as buffers of perceived stress.
Br J Health Psychol. 2007 Sep;12(Pt 3):323-45. Review.

Kenniscentrum UWV.

UWV Kwartaal Verkenning 2007-III. 4 oktober 2007.

Van Vollenhoven RF, Gebroek P, Forslind K, Albertsson K, Ernestam S, Petersson IF, Chatzidionysiou K, Bratt J.

Conventional combination treatment versus biological treatment in a methotrexate-refractory early rheumatoid arthritis: 2-year follow-up of the randomised, non-blinded parallel-group Sefot-trial
Lancet 2012;379:1712-1720

Varekamp I, Haafkens JA, Detaille SI, Tak PP, van Dijk FJH.

Preventing work disability among employees with rheumatoid arthritis: what medical professionals can learn from the patients' perspective.
Arthr.Rheum 2005;53(6):965-972

Varekamp I, Verbeek JHAM, van Dijk FJH.

How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on an empowerment perspective.
Int Arch Occup Environ Health 2006;80:87-97

Verbeek JH

How can doctors help their patients to return to work?
PLoS Med 2006;3(3):e88

Verstappen SM, Bijlsma JW, Verkleij H, Buskens E, Blaauw AA, ter Borg EJ, Jacobs JW; Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort Study Group.

Overview of work disability in rheumatoid arthritis patients as observed in cross-sectional and longitudinal surveys.
Arthritis Rheum. 2004 Jun 15;51(3):488-97. Review. No abstract available.

Verstappen SM, Boonen A, Bijlsma JW, Buskens E, Verkleij H, Schenk Y, van Albada-Kuipers GA, Hofman DM, Jacobs JW.

Working Status among Dutch patients with rheumatoid arthritis: work disability and working conditions.
Rheumatology 2005;44:202-206

Verstappen SMM, Boonen A, Verkleij H, Bijlsma JWJ, Buskens E, Jacobs JWJ

Productivity costs among patients with rheumatoid arthritis: the influence of methods and sources to value loss of productivity.
Ann Rheum Dis 2005;64:1754-1760 [Verstappen 2005A]

Verstappen SMM

Outcomes of early rheumatoid arthritis - the WHO-ICF framework
Best Practice & Research clinical rheumatology 2013;27:555-570

Vliet Vlieland TPM

Rehabilitation of people with rheumatoid arthritis
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003 17(5):847-861. Review.

Vliet Vlieland, T.P.M. Multidisciplinaire reumazorg. In: Reumatologie handboek inflammatoire aandoeningen. Een beknopte leidraad voor de praktijk. Onder redactie van M. Janssen en P.C.L.M. van Riel. Academic Pharmaceutical Productions bv, Utrecht, 2006, blz. 127-142. ISBN-10:90 5761 055 8; ISBN-13:978 90 5761 055 4.

Vliet Vlieland TPM

Non-drug care for RA - is the era of evidence-based practice approaching?
Rheumatology 2007;46:1397-1404

Vliet Vlieland TPM, de Buck PDM, van den Hout W.

Vocational rehabilitation programs for individuals with chronic arthritis.
Curr Opin Rheumatol 2009;21:183-188

Waddell, G. and Burton A.K. (2006),
Is work good for your health and well-being?,
London: TSO (The Stationery Office). The Stationery Office, 2006 [ISBN 0 11 7036943]

Welsing, P.M.J., Gestel, A.M. van, Swinkels, H.L., Kiemeny, L.A., Riel, P.L.C.M. van.
The relationship between disease activity, joint destruction, and functional capacity over the course of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 2001; (44): 2009-17.

Welsing, P.M.J., Landewe, R.B.M., Riel, P.L.C.M. van, et al.
The relationship between disease activity and radiologic progression in patients with rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 2004; (50): 2082-93.

Wolfe F, Allaire S, Michaud K.

The prevalence and incidence of work disability in Rheumatoid Arthritis and the effect of anti-tumor necrosis factor on work disability.
J Rheumatol 2007;34:2211-2217

Yelin E, Trupin L, Katz P, Lubeck D, Rush S, Wanke L.

Association between etanercept use and employment outcomes among patients with rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum. 2003;48(11):3046-3054

Yelin E.

Work disability in rheumatic diseases.
Curr Opin Rheumatol. 2007 Mar;19(2):91-6. Review.

Young A, Dixey J, Kulinskaya E et al

Which patients stop working because of rheumatoid arthritis ? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS).
Ann Rheum Dis 2002;61:335-340

Zirkzee EJM, Sneep AC, de Buck PDM, Allaart CF, Peeters AJ, Roday JK, Westedt ML, le Cessie S, Vliet Vlieland TPM.

Sick leave and work disability in patients with early arthritis.
Clin Rheum 2008;27:11-19.