

Factsheet voor de Bedrijfsarts

van de multidisciplinaire richtlijn

‘Multipele Sclerose’

De multidisciplinaire richtlijn Diagnose, behandeling en functioneren bij multipele sclerose, verscheen in 2012. De richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De NVAB participeerde in de werkgroep en werd vertegenwoordigd door bedrijfsarts I.J. (Irma) van Lieshout.

Definitie

Multiple sclerose (MS) is een chronische neurologische aandoening die gepaard gaat met demyelinisatie van axonen in het centrale zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg).

Klachten

Kenmerkend voor MS is de grote variatie van de verschijnselen zowel binnen als tussen individuen. Het beloop kent vaak een combinatie van neurologische uitval die na verloop van tijd geheel of gedeeltelijk herstelt (zgn. relapses) en geleidelijke progressie van neurologische handicaps. MS kent meestal een monosymptomatisch begin; veelal met neuritis optica. Ook andere neurologische beelden die duiden op demyelinisatie zoals internucleaire ophthalmoplegie of myelumsyndroom, komen voor. Minder specifieke uitingen van MS zijn o.a. paresthesieën of sensibiliteitstoornissen, diplopie, pareses van ledematen, balans- of mictiestoornissen.

Epidemiologie

In Nederland zijn circa 17.000 mensen met MS. De prevalentie is dus ongeveer 0,1%. MS komt 2,5 maal vaker voor onder vrouwen dan onder mannen. MS is de meest voorkomende chronische invaliderende neurologische aandoening bij jongvolwassenen. MS openbaart zich in 90% van de gevallen tussen de 15 en 50 jaar, met een piek tussen 20 en 30 jaar.

Risicofactoren

Erfelijke factoren spelen een rol; het risico op MS is groter bij mensen met de ziekte in de familie (1:100 bij een ouder of broer of zus met MS). Blanken met een Noord-Europese afstamming hebben het hoogste risico; Afrikanen en Aziaten worden zelden getroffen. Risicofactoren – werk- en niet-werk-gerelateerd – zijn niet bekend.

Diagnostiek

Multiple sclerose is een klinische waarschijnlijkheidsdiagnose. Er is geen gouden standaard of diagnostische test die volledige zekerheid geeft. Traditioneel wordt de diagnose gesteld op basis van klinische afwijkingen, eventueel aangevuld met analyse van de liquor. Recent gereviseerde diagnostische criteria (volgens McDonald) maken vooral gebruik van MRI van het centrale zenuwstelsel. Men onderscheidt in het beloop drie vormen; de – meest voorkomende – remitting-relapsing MS, de secundair progressieve vorm (SP-MS) en de – minst prevalentie – primaire progressieve vorm (PP-MS).

Behandeling

Curatie is onbereikbaar; de behandeling is gericht op vermindering van de symptomen, afname van de frequentie en duur van de relapses en het beperken van de ziekteprogressie.

Beleid met betrekking tot arbeid

De aan MS verbonden beperkingen op energetisch, fysiek en psychisch vlak, drukken in ernstige mate op het arbeidsvermogen. De arbeidsparticipatie onder mensen met MS is aanzienlijk verminderd – oplopend tot minder dan 20%. Mensen met de progressieve vorm van MS of met cognitieve problemen, blijken veel minder vaak aan het werk te zijn dan mensen met de relapsing-remitting vorm of zonder cognitieve problemen. De aanwezigheid van cognitieve problemen voorspelt het stoppen met werk en andersom blijkt een afname daarvan juist een voorspeller voor werkhervatting.

Klachten die de meeste belemmeringen voor het werk opleveren zijn mobiliteitsproblemen en vermoeidheid. Een matige toegankelijkheid van het werk en moeizaam woon-werkverkeer hebben volgens werkenden met MS de meeste impact op hun vermogen te werken. Belangrijke risicofactoren voor uitvallen zijn lichamelijk zwaar werk, handmatig precies werk, werkdagen van meer dan 8 uur en (te) rigide werkschema's. Het zo nodig kunnen verzuimen, begripvolle leidinggevend en collega's en regelmogelijkheden (bijv. flexibele of aangepaste werktijden of kunnen inzetten van hulpmiddelen), maken het eenvoudiger te blijven werken.

De richtlijn beveelt aan om bij het beoordelen van de belastbaarheid in ieder geval aandacht te geven aan de volgende aspecten:

1. mentaal: aandacht, geheugen, affectieve functie, depressie, spreken, schrijven, taalbegrip
2. visus: algemeen, evt. dubbelzien, gezichtsvelden, kleurenzien
3. gehoor : verlies, tinnitus
4. motoriek: kracht, tonus, coördinatie, balans, fijne motoriek, spasticiteit, oogbewegingen, sfincterfuncties
5. sensibiteit: pijn, tastzin, positiezin, temperatuurzin,
6. vermoeidheid (energieniveau en ervaren duurbelastbaarheid)
7. blaas- en darmproblemen.

Eindewachttijd-beoordelingen in kader van de wet WIA leidden (volgens het UWV in 2009) relatief vaak tot een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering, nml. in 67% (en 25% IVA; dus volledig én duurzaam) versus 48% (en 7% IVA) in de totale groep van aanvragers.

Het meestal sterk wisselende of progressieve beloop van MS maakt het bepalen van de arbeidsbelastbaarheid op termijn een lastige zaak. Tijdens een tot drie maanden na een relapse, kunnen over de belastbaarheid op termijn geen uitspraken worden gedaan.

Samenwerking

De richtlijn beveelt aan om bij mensen met MS een analyse te maken van bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot hun arbeidsparticipatie. Specifieke aspecten van de ziekte, de behandeling en het werk worden hierin betrokken evenals persoonlijke voorkeuren en het niveau van acceptatie van de ziekte. De analyse vormt de basis voor een individueel plan op maat ter optimalisatie van de arbeidsparticipatie (dit is niet hetzelfde als maximalisatie). Aanbevolen wordt om a) de multidisciplinaire arbeidsrevalidatie te bezien in het kader van het totale functioneren van de patiënt en b) de bedrijfsarts en revalidatiearts hierin in onderlinge afstemming, een belangrijke rol te geven.

De multidisciplinaire richtlijn 'Multiple Sclerose' (2012) is te vinden [via deze link naar de website van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie](#).