

Ziektebeelden

Linken

Inleiding

Aderverkalking/Atherosclerose (vaatziekte)

Aandoeningen van de kransslagaders of coronaire aandoeningen

Angina Pectoris (hartkramp)

Hartinfarct/hartaanval

Hartklepaandoeningen en endocarditis

Sinusknoop

Ritmestoornissen

Geleidingsstoornissen

Hartfalen

Kamerfibrilleren of ventrikelfibrillatie

Beroerte (CVA = cerebrovasculair accident)

Ontstekingen: Pericarditis/myocarditis/endocarditis

Inleiding

We geven een overzicht van de meest courante ziektebeelden die personen met een hartprobleem ervaren. Het is allerm minst de bedoeling om de trajectbegeleiders alle kennis bij te brengen die gangbaar is binnen de cardiologische wetenschappen. Maar we willen trajectbegeleiders enigszins inzicht geven over de meest courante hartproblemen waarmee hun cliënten geconfronteerd worden, en enigszins vertrouwd maken met het bijhorende medische jargon dat gangbaar is binnen de cardiale revalidatiecentra. We hebben gepoogd om de verschillende hartproblemen op een eenvoudige manier te omschrijven.

Hieronder geven we een overzicht van een aantal hartproblemen en hartziekten.

We merken hierbij een onderscheid op tussen vaatziekten, aangeboren hartafwijkingen, stoornissen, hartkrampen... Omdat de term hartziekte bijgevolg niet steeds van toepassing is, verkiezen we de termen hartaandoening of hartprobleem boven 'hartziekte'.

Begeleiding naar werk van hartpatiënten is mogelijk bij de meeste hartaandoeningen.

Het project richt zich tot patiënten tijdens de eerste zes maanden na hun hartprobleem.

Meer bepaald gaat het hierbij om mensen die een groot deel van de hartfunctie definitief of voor lange tijd kwijt zijn.

Vaak is er geen kans op beterschap. Het beschadigd hartweefsel herstelt zich immers nooit meer.

Cardiotraining wordt dan gebruikt om het overgebleven weefsel te versterken.

Aderverkalking/Atherosclerose (vaatziekte)

Aderverkalking (atherosclerose) wordt, volgens de nieuwste inzichten op dit gebied, veroorzaakt door een ontstekingsreactie van het lichaam.

Aderverkalking is de voornaamste oorzaak voor het ontstaan van hart- en vaatziekten zoals een hartinfarct (myocardial ischemia of myocardiale ischemie), een herseninfarct of een andere ernstige vaatziekte zoals etalagebenen (met als symptomen vermoeidheid en kramp in de benen).

Aderverkalking veroorzaakt een verharding van vaatwanden en op termijn leidt dit tot vernauwing van de bloedvaten. Dit leidt tot verminderde doorbloeding, waardoor de zuurstofaanvoer van de betreffende ledematen in het gedrang komt.

Atherosclerose is de meest voorkomende oorzaak van angina pectoris en hartinfarct. Het veroorzaakt ischemische ziekten en is dus een pre-ischemische ziekte te noemen.

Aandoeningen van de kransslagaders of coronaire aandoeningen

Atherosclerose van de kransslagaders is een sluipende ziekte waar je de eerste jaren weinig van merkt. Onder invloed van risicofactoren worden de kransslagaders minder soepel en vormen zich plaatselijk vernauwingen. Bij slagaderziekte zullen pas klachten ontstaan wanneer de kransslagaders vernauwingen vertonen van meer dan 70 tot 90%. Belangrijk bij de behandeling van coronaire aandoeningen, is een goede controle van de risicofactoren. Als risicofactoren zijn belangrijk: roken, cholesterolwaarde, hoge bloeddruk, diabetes, sedentarism en familiale belasting (deze laatste risicofactor kan natuurlijk niet worden behandeld).

Angina Pectoris (hartkramp)

Angina pectoris (hartkramp) is een symptoom dat ontstaat wanneer het hart onvoldoende zuurstof krijgt, dit wordt vrijwel altijd door een vernauwing van de kransslagaders veroorzaakt. De symptomen zullen zich meestal eerst presenteren tijdens een inspanning. Op dat moment is er een verhoogde zuurstofbehoefte van de hartspier, doch de aanwezige vernauwing maakt dat er een onevenwicht ontstaat tussen zuurstofaanvoer en zuurstofbehoefte. Angina pectoris is een typische beklemmende, drukkende pijn achter het borstbeen. De pijn straalt vaak uit naar de linkerarm of naar de kaken en soms naar de rug of de schouderbladen. Zuurstoftekort ter hoogte van de hartspier kan zich echter ook onder andere vormen presenteren; waarbij dan soms pijn ter hoogte van de pink of het gebit kan aanwezig zijn, er is een breed spectrum van mogelijke klachten die kunnen wijzen op onderliggend zuurstoftekort ter hoogte van het hart. Angina pectoris wijst echter specifiek op de drukkende pijn die ter hoogte van borstkas en borstbeen aanwezig is.

Hartinfarct/hartaanval

Bij plots afsluiten van een kransslagader spreken we van een hartinfarct. Dit kan ontstaan door acute ruptuur van een reeds bestaande cholesterolophoping (plaque) waarop zich een bloedklonter vormt. Er doet zich een vergelijkbare pijn voor als bij angina pectoris, doch de klachten zijn veel intenser van aard, en blijven aanhouden. Toedienen van vaatverwijdende medicatie zal hierop geen invloed hebben. Hoe langer een bloedvat afgesloten blijft, hoe minder kans op herstel van het geïnfarceerde gebied van het hart. Er ontwikkelt zich dan littekenvorming (fibrose).

Belangrijk is om het bloedvat zo snel mogelijk open te maken, wat ofwel door zware bloedverdunnende medicatie (thrombolysie) kan, ofwel door uitvoeren van PCI (zie verder). De eerste aanpak is bijna volledig verlaten, en men voert bijna steeds een PCI uit.

“Time is muscle”, is dan ook een frequent gebruikte uitspraak bij de behandeling van acuut myocardinfarct.

De uitgebreidheid van een hartinfarct en vooral dan de schade die aan de hartspier is veroorzaakt, kan aan de hand van een echocardiografie worden bepaald.

Soms ziet men bij patiënten met suikerziekte dat deze zich presenteren met een “silentius” infarct.

Door aantasting van de zenuwgeleiding (diabetische neuropathie) ziet men vaak dat zij minder gevoel ervaren.

De belangrijkste factor voor het ontwikkelen van hartinfarct is de aanwezigheid van een “vulnerable plaque” in één van de kransslagaders. Deze kwetsbare plaque kan soms plots ruptureren waardoor een bloedklonter zich acuut ontwikkelt.

Hartklepaandoeningen en endocarditis

Er zijn twee problemen die zich kunnen voordoen bij hartkleppen. Ofwel spreekt men van een lekkende hartklep, ofwel kan een hartklep verkalken en aanleiding geven tot een vernauwde hartklep. Wanneer een hartklep structureel afwijkend is, kan deze soms ook makkelijker geïnfecteerd geraken, en dan spreekt men van endocarditis.

Er zijn vier hartkleppen aanwezig in het hart, vooral de hartkleppen welke linkszijdig gelokaliseerd zijn stellen problemen welke meestal dienen te worden aangepakt.

Een lekkende hartklep kan ontstaan door een aangeboren afwijking van de hartklep. Bijvoorbeeld een prolaberende mitraalklep, kan aanvankelijk een normale functie vertonen, doch in de loop der jaren steeds meer beginnen lekken. Met “lekken” bedoelen we dat er bloed terugspoelt in de hartkamer doordat de hartklep zich onvolledig afsluit. Soms stellen we ook vast dat hartkleppen beginnen lekken bij het ouder worden, en dan spreken we van degeneratief kleplijden.

Bij vernauwde hartkleppen zien we dat er op de bewuste hartklep meer verkalking dan normaal aanwezig is, en dit is een proces dat met de jaren steeds toeneemt. Bij sommige mensen is reeds op relatief jonge leeftijd verkalking aanwezig, en dit zal uiteindelijk leiden tot ernstig vernauwde hartkleppen. Bijvoorbeeld een bicuspede aortaklep (dit is een aangeboren aandoening waarbij twee in plaats van drie klepbladen aanwezig zijn) zal sowieso meer voorbeschikt zijn om problemen te stellen, zowel naar lekken als vernauwen toe.

Afhankelijk van de ernst van het onderliggend kleplijden, zal al dan niet een hartklepherstel dan wel hartklepvervanging dienen te worden uitgevoerd.

Een vernauwde hartklep maakt dat het hart harder zal moeten pompen om bloed over de vernauwde hartklep te krijgen. Een lekkende hartklep leidt meestal tot uitzetten van de hartkamers doordat er steeds meer bloed in de hartkamers terugvloeit.

Sinusknoop

De sinusknoop kan beschouwd worden als de aan-en-uit knop van het hart. De sinusknoop bestaat uit een groepje cellen, die elektrische prikkels van onze hersenen ontvangen, en deze verder doorgeven aan het hart. Zoals een bougie voor de vonk zorgt, die in de verbrandingsmotor het benzinemengsel ontsteekt, wordt de samentrekking van het hart ingezet door een "vurende" sinusknoop – een elektrische ontlading die via geleidingsbanen naar elke spiervezel loopt, waarna de samentrekking van de hartspier zich volgens een harmonisch verlopend patroon afwikkelt. Als de sinusknoop ons in de steek laat, spreken wij van een "hartstilstand", die zich soms door reanimatie laat behandelen.

Ritmestoornissen

Men spreekt van een ritmestoornis wanneer het hartritme afwijkt van het normale ritme.

Men spreekt van een normale hartfrequentie wanneer deze in rust tussen 60 en 100 slagen per minuut bedraagt. Het hartritme kan te snel (tachycardie) of te traag (bradycardie) gaan.

Wanneer de bradycardie significant is, dit wil zeggen een hartfrequentie van < 30 slagen per minuut bedraagt, kan dit verholpen worden door een pacemaker te implanteren.

Wanneer er een sinustachycardie aanwezig is, dient men zich steeds af te vragen waarom de hartfrequentie verhoogd is, er dient steeds naar een onderliggende oorzaak te worden gezocht, en deze te behandelen. Men spreekt van een sinustachycardie wanneer het gaat om een versnelling van de hartfrequentie, doch waarbij de activatie en ontlading van het hart de normale weg volgt. Dit wordt niet als ritmestoornis beschouwd.

Hartritmestoornissen kunnen zich voordoen in de bovenste (meestal goedaardige ritmestoornissen) alsook in de onderste hartkamers (meestal gevaarlijke ritmestoornissen). Een frequent voorkomende ritmestoornis is voorkamerfibrillatie. Deze ritmestoornis ontstaat in de bovenste hartkamers (boezems of atria) waarbij een chaotisch hartritme ontstaat. Wanneer men de hartfrequentie gaat meten, merkt men dat de regelmaat weg is, en dat zich een onregelmatige hartfrequentie in de plaats heeft gesteld. Er zijn echter ook hartritmestoornissen welke in de bovenste hartkamers ontstaan, doch ook regelmatig kunnen zijn. Meestal omschrijft de patiënt klachten van hartbonzen of palpitaties.

Een groot deel van de hartritmestoornissen wordt met medicatie behandeld.

Soms echter stelt men vast dat er extra elektrisch geleidingsweefsel in het hart aanwezig is, welke kan worden weggebrand, dan spreekt men van een ablatie.

Sommige gevaarlijke ritmestoornissen, welke in de onderste hartkamers (ventrikels) ontstaan, dienen soms behandeld te worden met het plaatsen van ICD (wat staat voor inwendige defibrillator).

Bij hartritmestoornissen zal steeds een uitgebreide anamnese van de patiënt worden afgenomen om het karakter van de ritmestoornissen te kunnen bepalen.

Slaat het hart snel of langzaam?

Slaat het hart regelmatig of onregelmatig?

Heeft men de ritmestoornis voortdurend of bij perioden, in aanvallen?

Wordt men duizelig of heeft men de neiging weg te raken tijdens de ritmestoornis?

Gaat de ritmestoornis gepaard met kortademigheid of pijn op de borst?

Omdat de arts uit deze klachten niet kan opmaken om wat voor soort ritmestoornis het gaat, is het nodig om tijdens de ritmestoornis een hartfilmpje (ECG) te maken of gedurende langere tijd het hartritme te registreren, dit gebeurt dan via een 24h Holter registratie.

Een voorbeeld van een – meestal onschuldig – overslaan van het hart noemt men een extrasystole.

Geleidingsstoornissen

In het hart bevindt zich elektrisch geleidingsweefsel, dat er voor zorgt dat het hart geactiveerd wordt en waarbij de ontlading van de elektrische prikkel tot een samentrekken van de hartspier leidt. Bij een geleidingsstoornis wordt ergens in het geleidingsweefsel van het hart het stroomstootje opgehouden. Dit wordt vastgesteld op een hartfilmpje. Deze geleidingsstoornissen kunnen zich op verschillende niveaus van het hart voordoen. Naarmate we ouder worden, treedt er vaak degeneratie op van het geleidingsweefsel. Wanneer een geleidingsstoornis ernstig wordt, kan een pacemaker-implantatie noodzakelijk worden. Geleidingsstoornissen kunnen ook het gevolg zijn van een acuut hartinfarct, of van een hartoperatie. Zulke geleidingsstoornissen herstellen soms vanzelf. Soms dient een tijdelijke pacemaker te worden aangebracht, zodat men kan afwachten hoe de aandoening zich ontwikkelt.

Hartfalen

Hartfalen is een aandoening welke verschillende vormen omvat. Enerzijds spreekt men van linker en rechter hartfalen. Anderzijds spreekt men ook van systolisch hartfalen (achteruitgang van de linker ventrikelfunctie) en hartfalen met bewaarde kamerfunctie (bewaarde linker ventrikelfunctie).

Linker hartfalen betreft een duidelijke achteruitgang van de pompfunctie van de linker kamer. Dit kan allerlei oorzaken hebben; vernauwingen van de kransslagaders (ischemisch hartlijden), hartklepaandoeningen (valvulair lijden), ongekende oorzaak (idiopathisch),...

Het rechter hartfalen ontstaat door overdruk aan de rechterkant van het hart, en dit wordt meestal uitgelokt door onderliggend ernstig longlijden.

Betreft het linker hartfalen zijn er ook twee vormen. De eerste vorm, is wanneer er een duidelijke achteruitgang is van de pompfunctie van het hart (en dan meer specifiek de linker kamer), welke tot symptomen zal leiden. Deze symptomen zijn: vermoeidheid, kortademigheid en dikke voeten/benen. Doordat de kracht van het hart duidelijk is afgenomen, zal er vochttopstapeling ontstaan, en dit vooral ter hoogte van de longen. Dit leidt tot kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie. Bij vergevorderd linker hartfalen zal uiteindelijk ook vochttopstapeling in de voeten ontstaan (malleolaire oedemen).

Typisch is dat wanneer zich vochttopstapeling voordoet ter hoogte van de longen, deze mensen vaak tijdens de nacht, en vooral naar de ochtend toe, problemen krijgen met kortademigheid. Ze kunnen niet langer platliggen in bed ten gevolge van de vochttopstapeling in de longen.

Bij linker hartfalen met bewaarde linker ventrikelfunctie, ziet men vaak dat er onderliggende hypertrofie van de hartspier aanwezig is. Dit wil zeggen dat de dikte van de hartspier groter is dan normaal. Dit komt vaak voor bij mensen die reeds jaren hoge bloeddruk hebben. Hoe dikker de hartspier wordt, hoe minder elastisch ze wordt. Wanneer het hart zich dan vult met bloed, zal de hartspier “minder meegeven” (door de verminderde elasticiteit), en dit leidt tot een flink oplopen van de druk in het hart. Dit kan klinisch dezelfde symptomen geven als patiënten met verminderde linker kamerfunctie.

Om een onderscheid tussen beide aandoeningen te maken, dient men een echocardiografie uit te voeren.

Wanneer de rechterkant van het hart minder goed pompt, hoopt het vocht zich op in buik, benen en voeten. Bij vochtophoping in de buikholtte krijgt men bijvoorbeeld een vol gevoel in de buik, en de kledij gaat strakker zitten. Vooral zullen zich ook dikke voeten en onderbenen ontwikkelen.

De meest voorkomende klachten van mensen met hartfalen zijn:

Vermoeidheid

Kortademigheid

Opgezette benen en enkels (malleolaire oedemen)

Een vol gevoel in de bovenbuik, een opgezette buik

Gewichtstoename ten gevolge van vochttopstapeling

Vaker moeten plassen ‘s nachts met soms weinig urineproductie overdag

Prikkelhoest, vooral bij platliggen

Verminderde eetlust (vergeevorderd hartfalen)

Slapeloosheid of onrustige slaap, duizeligheid
Koude handen en voeten

Kamerfibrilleren of ventrikelfibrillatie

Het optreden van ventrikelfibrillatie is een levensbedreigende aandoening, waarbij de patiënt plots doodvalt. Op het moment van de ventrikelfibrillatie is er een compleet chaotisch en snel hartritme, waarbij de onderste kamers van het hart, snel en onsamenvattend samentrekken. Hierdoor zal er onvoldoende bloed in het lichaam rondgepompt worden, en vooral ook ter hoogte van de hersenen, wat kan leiden tot een plotse dood.

Deze maligne hartrimestormis kan ontstaan door zuurstoftekort (zoals bij een acuut hartinfarct) maar kan soms ook door bepaalde medicatie worden uitgelokt. Behandeling hiervan bestaat in de acute fase steeds uit het uitvoeren van een elektrische cardioversie (of defibrillatie), ten einde het normale hartritme te herstellen. In tweede tijd dient de onderliggende oorzaak van de aritmie te worden achterhaald.

Beroerte (CVA = cerebrovasculair accident)

Een beroerte is een klinisch ziektebeeld dat uit twee ziektebeelden bestaat. Enerzijds kan een beroerte veroorzaakt worden door een afsluiting van een slagader in het hoofd (ischemisch CVA), meestal door een klontje die in de slagaders van de hersenen terecht komt. Hierdoor krijgt een deel van de hersenen geen zuurstof en sterft dit af. De directe gevolgen zijn ernstig – verlamming, blindheid, spraakproblemen. De twee belangrijkste plaatsen waar een bloedklontje vandaan komt, zijn enerzijds het hart, en anderzijds de slagaders. Een andere oorzaak van beroerte is de hersenbloeding, waarbij een ruptuur optreedt van een bloedvat in de hersenen, met zuurstoftekort tot gevolg.

Klinisch ziet men vaak een vergelijkbaar beeld, aan de hand van een CT-scan van de hersenen kan men het onderscheid maken tussen een bloedklontje en een hersenbloeding.

Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor een beroerte. Atherosclerose (zie hoger) verzwakt de binnenwand van de slagaders zonder dat je er veel van merkt. Een beroerte heet ook wel een herseninfarct – van het Latijnse werkwoord infarcere dat volstoppen betekent, want dat is wat het bloedpropje doet in de slagaders van hersenen en hart. Het bloedpropje kan op de plaats van de afsluiting zelf ontstaan (trombose) of elders in het lichaam (embolie).

Een beroerte en een hersenbloeding hebben min of meer dezelfde gevolgen en vallen samen onder de noemer CVA, een afkorting van CerebroVasculair Accident (cerebro = de hersenen betreffend, vasculair = de bloedvaten betreffend). De gevolgen van een hersenbloeding zijn over het algemeen ernstiger, maar een beroerte komt vaker voor. Van iedere vijf CVA's is er gemiddeld één een hersenbloeding. Naast leeftijd is ook hoge bloeddruk een belangrijke risicofactor voor een hersenbloeding.

Ontstekingen: Pericarditis/myocarditis/endocarditis

Pericarditis is een ontsteking van het pericard of hartzakje. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een virale infectie. Vaak zijn er wat vage klachten op de borstkas, en vaak heeft zich de voorafgaande dagen een virale infectie voorgedaan. Diagnose wordt meestal gesteld op basis van de symptomen die de patiënt verteld, alsook aan de hand van een echocardiografie, waarbij meestal wat vocht in het hartzakje wordt vastgesteld. Als behandeling worden ontstekingswerende middelen opgestart, soms dient een punctie van het hartzakje (pericardiocentesis) te worden uitgevoerd, dit vooral wanneer er een aanzienlijke hoeveelheid vocht aanwezig is in het hartzakje, en dit de normale functie van het hart in het gedrang brengt.

Een andere ontsteking is myocarditis. Hierbij is er een ontsteking van het hartspierweefsel zelf (myocard) aanwezig. Ook dit wordt meestal veroorzaakt door een virale infectie. De diagnose hiervan wordt meestal gesteld aan de hand van biochemische waarden (hartenzymes die verhoogd zijn, en wijzen op schade van het hartspierweefsel) en een vaak afwijkende echocardiografie (waarbij men ziet dat er een globale achteruitgang van de linker kamerfunctie aanwezig is). Deze aandoening komt vaak voor in combinatie met pericarditis, en dan spreekt men van peri-myocarditis.

Als behandeling moet men vaak het natuurlijke beloop afwachten. In ernstige gevallen kan zich een zeer uitgesproken achteruitgang van de linker ventrikelfunctie voordoen, waarvoor soms opname op de dienst intensieve zorgen noodzakelijk is, en soms mechanische ondersteuning van het hart, dient te worden voorzien.

Endocarditis is een ontsteking van één van de hartkleppen. Meestal is er reeds een onderliggende structurele afwijking van één van de hartkleppen aanwezig. In tegenstelling tot pericarditis en myocarditis, gaat het bij een endocarditis steeds om een bacteriële infectie. In eerste instantie dient steeds een langdurige antibioticakuur te worden gestart. Indien de endocarditis leidt tot een ernstige dysfunctie van de hartklep, zal in tweede tijd een cardio-chirurgische ingreep worden uitgevoerd om de hartklep te vervangen.

Meest voorkomende behandelingsmethoden

Linken

PCI/dotteren

Coronary Bypass of overbruggingsoperatie

Aneurysmectomie

Pacemaker/ICD

Harttransplantatie

Elektrische cardioversie

Ritmechirurgie/ablatie

PCI/dotteren

Een percutane coronaire interventie (PCI), ook wel dotteren genoemd is het oprekken van een vernauwing (stenose) in een bloedvat van het hart door er een ballonnetje in te brengen en dat met grote druk op te blazen. Op dat moment wordt ook een stent ter plaatse achtergelaten, met als doel de kransslagader open te houden. Deze procedure wordt uitgevoerd ofwel via een slagader in de lies, ofwel via een slagader in de pols. De catheter wordt via de slagader opgevoerd tot in de aorta, en verder tot deze zich bevindt boven de aortaklep, waar de kransslagaders ontspringen.

Deze behandeling heeft een hoog slaagpercentage, hoewel ze toch geen 100% garantie geeft op een verder vlekkeloos verloop. Ook in de stent kan het toch zijn dat zich na verloop van tijd, opnieuw een dichtslibben van het bloedvat voordoet. Een ernstiger scenario is, wanneer kort na stent-implantatie, er zich acuut een bloedklonter vormt in de stent, wat leidt tot een acuut afsluiten van het bloedvat, met hartinfarct tot gevolg.

Ontwikkeling van nieuwere stents (DES= drug-eluting stents) alsook nieuwere bloedverdunnende medicatie dienen deze complicatie zoveel mogelijk tegen te gaan.

De uitvinder en naamgever van deze techniek is de Amerikaanse arts, Charles Dotter.

Coronary Bypass of overbruggingsoperatie

Indien zich meerdere vernauwingen voordoen op verschillende kransslagaders, of wanneer de locatie van de vernauwing té lastig is voor uitvoeren van PCI, is het noodzakelijk een CABG (coronary artery bypass graft) uit te voeren.

Een bypass-, overbruggings- of omleidingsoperatie is een chirurgische techniek die vernauwingen van de kransslagaders van het hart aanpakt. Dit gebeurt door het leggen van nieuwe vaatverbindingen rondom het hart zodat de bloedvoorziening van de hartspier intact blijft.

Aneurysmectomie

Dit komt eerder zelden voor. Na een ernstig uitgebreid hartinfarct, stelt men soms vast dat de punt van het hart, zakvormig is omgevormd. Deze zakvormige omvorming wordt aneurysma genoemd, en kan soms aanleiding geven tot bloedklontervorming, maar ook de functie van het hart in het gedrang brengen. Dit is een ingreep die meestal gecombineerd wordt uitgevoerd met aanleggen van bypassen. Het uiteindelijke doel is de efficiëntie van de hartfunctie te verbeteren. Bij het uitvoeren van een aneurysmectomie wordt het zieke zakvormige stuk van het hart weggesneden.

Pacemaker/ICD

Een pacemaker is een toestelletje dat onder locale verdoving wordt geïmplant, met als doel het ritme op peil te houden. Significante bradycardie of stoornissen in het geleidingsweefsel kunnen een reden zijn tot pacemaker-implantatie.

Wanneer zich gevaarlijke ritmestoornissen voordoen van de hartkamers (zoals ventrikelfibrillatie en ventrikeltachycardie), is het soms noodzakelijk een ICD te implanteren. Dit is een toestel waarbij zowel pacemakerfunctie alsook de mogelijkheid tot elektrische reconversie (shock) aanwezig is. Er zijn strikte criteria voor implanteren van zowel pacemaker als ICD. Na pacemaker-implantatie is het de bedoeling van verder een normaal leven te leiden. Gezien ICD-implantatie meestal gebeurt bij patiënten met onderliggend hartlijden, zal de kwaliteit van leven eerder bepaald worden door het onderliggend hartlijden.

Harttransplantatie

Sommige patiënten met zeer ernstig hartfalen, kunnen niet meer geholpen worden met medicatie, en komen in aanmerking voor harttransplantatie. Hierbij zal men van een donor (mensen die klinisch dood zijn verklaard) een donorhart wegnemen, en vervolgens implanteren bij de acceptor. Technisch is deze ingreep niet zo moeilijk. Belangrijk is echter dat de patiënt levenslang afweersysteemonderdrukkende medicatie krijgt, zodat hij z'n nieuwe hart niet gaat afstoten. Zeer goede follow-up van deze patiënten is dan ook noodzakelijk.

Alvorens een transplantatie kan worden uitgevoerd, is het belangrijk heel wat factoren naar compatibiliteit toe te testen, zoals bloedgroep,...

Vanaf het overlijden van de donor tot de transplantatie mogen er niet meer dan vier uur verlopen. Ongeveer 65% van de ontvangers overleeft de eerste paar dagen en op langere termijn ongeveer 50%. Het merendeel overlijdt door afstoting van het donorhart.

Elektrische cardioversie

Met een elektrische cardioversie tracht men het hartritme terug te herstellen.

Dit kan electief gebeuren, bv. bij personen met langer bestaande voorkamerfibrillatie, kan men een electieve cardioversie plannen, om het hartritme te herstellen.

In sommige gevallen worden ambulanciers en urgentie-artsen geconfronteerd met gevaarlijke ritmestoornissen (ventrikeltachycardie en ventrikelfibrillatie) waarvoor dringende elektrische cardioversie dient te worden uitgevoerd.

Dit gebeurt door het plaatsen van twee beschermende pads op de borstkas, waarop men de peddels plaatst, en vervolgens een elektrische ontlading uitlokt.

Ritmechirurgie/ablatie

Het merendeel van de ritmestoornissen kan behandeld worden met een ablatie. Hierbij gaat men met enkele catheters tot in het hart, en door het opwarmen van de tip van de catheters, kan een overbodig elektrisch circuit worden weggebrand.

In meer ernstige gevallen zal men soms heelkundig overgaan tot het wegsnijden van weefsel dat aanleiding geeft tot hartritmestoornissen.

Cardiovasculaire risicofactoren

Verskillende onbeheersbare factoren spelen een rol zoals leeftijd, geslacht en erfelijkheid. Maar er zijn ook een aantal risicofactoren waarop mensen zelf een impact hebben: leef- en eetgewoonten, cholesterol, roken, stress, lichaamsbeweging... Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de kans wordt op een hartinfarct, een beroerte of een andere aandoening aan het hart- en vaatstelsel.

Roken, hypertensie (hoge bloeddruk), te hoge cholesterol, voeding, overgewicht, diabetes en een tekort aan lichaamsbeweging zijn de belangrijkste cardiovasculaire risico's.

Persoonsgebonden risicofactoren

Beïnvloedbare factoren:

Verhoogde cholesterol

Roken en passief roken

Hypertensie (of hoge bloeddruk)

Lichamelijke inactiviteit

Obesitas

Diabetes mellitus

Ongezonde voedingsgewoonten

Te veel alcohol

Depressie

Slecht omgaan met stress

Persoonlijkheidsfactoren

Niet-Beïnvloedbare factoren:

Hogere leeftijd

Erfelijke factoren/Positieve familieanamnese

Gender: mannelijk geslacht

Voorgeschiedenis met hart-/vaatziekte

Niet-Persoonsgebonden risicofactoren

Luchtvervuiling

Hoe cardiovasculaire risico's beperken?

Inleiding

Voldoende lichaamsbeweging

Cholesterol op peil houden

Vermijd stress

Beïnvloedbare factoren:

Ieder mens heeft vanaf de leeftijd van twintig jaar in meer of mindere mate slagaderverkalking. Een aantal risicofactoren is van invloed op de ernst van de verkalking. Zo beschadigen stoffen uit sigarettenrook de vaatwand. Maar ook andere cardiovasculaire risicofactoren, zoals hoge bloeddruk of een hoog cholesterolgehalte, hebben invloed op de bloedcirculatie.

Verhoogde cholesterol

Cholesterol is een vette substantie die niet oplosbaar is in water. Het lichaam gebruikt het als bouwsteen voor bijvoorbeeld celwanden, maar ook voor het transport van hormonen door het bloed. Hiertoe wordt cholesterol in de lever gekoppeld aan een eiwit: een *lipoproteïne*. De lever kan twee soorten lipoproteïne maken: Hoge Dichtheid Lipoproteïne (HDL) en Lage Dichtheid Lipoproteïne (LDL). LDL vervoert cholesterol van de lever door het lichaam. Als het LDL-cholesterolgehalte te hoog is, dan kan het zich gaan afzetten in de binnenwand van de slagaders. HDL heeft daarentegen een gunstig effect op slagader-verkalking, want het brengt overtollig cholesterol terug naar de lever om te worden afgebroken. De combinatie van een te laag gehalte aan goede cholesterol (HDL) met een te hoog gehalte aan slechte cholesterol (LDL) doet het cardiovasculair risico stijgen. Andere eetgewoontes kunnen soelaas bieden.

Verzadigde vetten maken LDL-cholesterol wat het proces van atherosclerose bevordert.

Onverzadigde vetten maken HDL-cholesterol wat atherosclerose tegenwerkt.

HDL betekent: High-density lipoprotein, de zgn. goede cholesterol.

LDL betekent: Low-density lipoprotein, de slechte cholesterol.

Cholesterolconsensus

Dat is een internationale afspraak voor het meten van de cholesterolspiegel.

-5,0	goed
5,0 t/m 6,4	licht verhoogd
6,5 t/m 7,9	verhoogd
+8,0	sterk verhoogd

Roken en passief roken

Tabaksrook is op verschillende manieren slecht voor het hart en de bloedvaten. Zowel mensen die roken, als niet-rokers die tabaksrook inademen (meerokers), hebben hier last van.

Nicotine heeft een vernauwende invloed op de slagaders.

Koolmonoxide in de tabaksrook zorgt voor extra problemen.

Doordat het hart bij roken harder moet werken om het bloed door de vernauwde vaten te pompen, heeft het meer zuurstof nodig. Maar het bloed neemt tijdens het roken koolmonoxide op. De koolmonoxide verdringt de zuurstof, waardoor het hart juist minder zuurstof krijgt. Het hart moet dus harder werken, met minder zuurstof.

Daarnaast beschadigen stoffen uit de tabaksrook de slagaderwand plaatselijk. Door dit ruwe oppervlak kan cholesterol zich aan de vaatwand hechten.

Roken beïnvloedt ook de verhouding tussen HDL en LDL in ongunstige zin.

En ten slotte kan rook de vorming van bloedproppen bevorderen.

Hypertensie (of hoge bloeddruk)

Een hoge bloeddruk ontstaat doordat de weerstand in de kleine slagaders, de *arteriolen*, toeneemt. Als de wand van arteriolen soepel en elastisch is, kan het vat gemakkelijk verwijden als er meer bloed doorheen moet. Maar als de vaatwand minder soepel is, dan geeft het bloedvat meer weerstand en moet dezelfde hoeveelheid bloed door een nauwere buis. Het resultaat is dat de bloeddruk in alle vaten in het hele lichaam hoger wordt, want alles staat met elkaar in verbinding. Als de bloeddruk te hoog is, staan de slagaderwanden continu onder extra druk. Hierdoor worden ze minder soepel en minder elastisch. Zo versterkt een hoge bloeddruk zichzelf. Uiteindelijk raakt de slagaderwand beschadigd. Bij een bloeddruk hoger dan 14/9 speelt de levenshygiëne vaak een rol (slechte eetgewoonten, stress,...). Deze verbeteren is een eerste mogelijkheid. Er bestaan eventueel ook geneesmiddelen om hypertensie te helpen bestrijden.

Lichamelijke inactiviteit

Te weinig beweging is ook een risicofactor voor slagaderverkalking. Beweging heeft namelijk een gunstige invloed op de manier waarop het bloed cholesterol verwerkt. Bij regelmatige beweging stijgt het goede cholesterol (HDL). Daarnaast bevordert bewegen een goede stofwisseling in het bloed en verkleint het hiermee de kans op diabetes of werkt het gunstig op bestaande diabetes. Om te kunnen bewegen moeten de bloedvaten extra vernauwen en verwijden. Hierdoor worden de spiercellen van de bloedvaten extra getraind. Dit verkleint de kans op een hoge bloeddruk. Ten slotte kan regelmatige en intensieve beweging helpen tegen stress.

Het volstaat om drie keer per week gedurende 30 à 45 minuten lichte fysieke inspanningen te doen zoals fietsen, zwemmen, stevig stappen,... Een sedentair leven verdubbelt immers het risico op hart- en vaatziekten.

Obesitas

Bij overgewicht is er sprake van een risicofactor voor hart- en vaatziekten, omdat er een verhoogde kans op hoge bloeddruk bestaat en daarmee, omdat hoge bloeddruk één van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten is, een verhoogde kans hierop. Maar overgewicht kan ook een risicofactor zijn voor een hoge (LDL-)cholesterol, en langs die weg een risicofactor betekenen voor hart- en vaatziekten.

Overgewicht kan andere risicofactoren versterken. Overgewicht versterkt bijvoorbeeld de schadelijke effecten van te veel zout. Maar overgewicht is ook op zichzelf een risicofactor. Met name onderhuids vet op de buik is gevaarlijk. Het gaat dan vooral om het vet dat aanwezig is in de buikholte, rondom en in de organen. Deze vetcellen nemen veel vet op en worden abnormaal groot. Ze kunnen ontstekingsstoffen en hormonen produceren die bijdragen aan bijvoorbeeld het ontstaan van diabetes of ontstekingen in de bloedvaten.

Vóór de leeftijd van 50 jaar lopen zwaarlijvige mensen twee keer meer risico dan anderen op hart- en vaatproblemen, vooral wanneer het vet opgestapeld zit ter hoogte van de buik. Vaak ligt een onevenwichtig voedingspatroon aan de basis.

Diabetes mellitus

Bij diabetes is niet alleen de glucosestofwisseling verstoord, maar vaak ook de vetstofwisseling. Als deze ontregeld raakt, ontstaat in het bloed een te hoog gehalte van het LDL-cholesterol, een te laag gehalte van het HDL-cholesterol en te veel triglyceriden.

Bij mensen met diabetes gaat de ontwikkeling van slagaderverkalking sneller dan bij mensen zonder diabetes. Door diabetes worden de grote en kleine bloedvaten dikker en stugger. Ook raken de bloedvaten eerder beschadigd. Tot slot hebben mensen met diabetes een grotere kans op overgewicht en een hoge bloeddruk.

Tussen 70 en 80% van de sterfgevallen bij diabetici is te wijten aan hart- en vaatziekten. Deze patiënten lopen drie keer meer risico te overlijden aan een hart- en vaatziekte. Volgens sommige cijfers zou de helft van de mensen met ouderdomsdiabetes dat nog niet weten. Een vroegtijdige opsporing en behandeling zijn belangrijk, wil men zijn vaten (en hart) niet onnodig zwaar belasten.

Ongezonde voedingsgewoonten

Te veel voeding is ongezond; dit leidt tot overgewicht en soms zelfs tot diabetes.

Voeding met te veel verzadigd vet is ongezond, dit verhoogt het risico op een te hoog LDL-cholesterol. Onverzadigde vetten verlagen juist het LDL-cholesterol. Cholesterolrijke voeding heeft geen of nauwelijks invloed op het LDL-cholesterol, omdat cholesterol grotendeels door de lever wordt aangemaakt. Van het cholesterol in het bloed is namelijk slechts 10% afkomstig direct uit voeding en wordt 90% geproduceerd door de lever. Het eten van vette vis, en dan specifiek het vetzuur *omega-3* dat hierin voorkomt, blijkt een positief effect te hebben op slagaderverkalking.

Te veel zout in de voeding verhoogt de kans op een hoge bloeddruk. Hierbij speelt wel erfelijke aanleg een rol; niet iedereen is even gevoelig voor zout. Daarnaast heeft zout ook op het hart zelf, onafhankelijk van hoge bloeddruk, een negatief effect.

Te veel alcohol

Alcohol is een giftige stof die de hartspier kan aantasten. Overmatig alcoholgebruik leidt vaak tot slechte voedingsgewoontes. Er ontstaat een tekort aan voedingsstoffen; een tekort aan vitamine B1

bijvoorbeeld kan leiden tot hartritmestoornissen. Alcohol verhoogt de kans op een hoge bloeddruk en heeft een ongunstig effect op vetstoffen en LDL-cholesterol. Overigens heeft matig alcoholgebruik juist een gunstig effect: het bevordert de aanmaak van goed cholesterol (HDL) en zorgt ervoor dat bloedplaatjes minder snel klonteren.

Een gematigd alcoholgebruik werkt beschermend, maar alcoholmisbruik is een risicofactor.

Te veel verzadigd vet en transvet

Te weinig groente en fruit

Te veel zout

Depressie

Depressie is een risicofactor voor hart- en vaatziekten, en het hebben van hart- en vaatziekten is een risicofactor voor depressie. Een depressie versterkt andere risicofactoren: depressieve mensen gaan vaak meer roken en drinken, ongezonder eten en minder bewegen. Mensen kunnen ook depressief worden na het krijgen van een hartinfarct of beroerte.

Slecht omgaan met stress

Stress verhoogt de kans op een hartziekte. Lange tijd werd gedacht dat stress alleen een indirecte invloed heeft, door het in de hand werken van ongezonde leefgewoontes. Mensen zijn onder stress vaak geneigd om ongezonder te gaan leven: roken en (meer) alcohol drinken, weinig bewegen, ongeregeld en ongezond eten. Er komen echter steeds meer aanwijzingen dat stress en psychosociale problematiek een directe bijdrage aan het risico op hart- en vaatziekten leveren.

Bij stress produceert het lichaam *adrenaline* en *cortisol*. Adrenaline zorgt ervoor dat het hart sneller gaat kloppen en de bloeddruk stijgt. Cortisol zorgt onder andere voor een evenwichtige suikerhuishouding in het bloed. Bij langdurige stress blijven het adrenaline- en cortisolniveau gedurende lange tijd te hoog; dit is een belangrijke oorzaak van een hoge bloeddruk. Verhoogde cortisolspiegels zijn bovendien verantwoordelijk voor het langer in het bloed circuleren van triglyceriden.

Persoonlijkheidsfactoren

Rosenman en Friedman, twee Amerikaanse cardiologen, omschreven in 1973 over het type-A en type-B gedrag dat bij mensen kan worden vastgesteld.

De type-A persoon is voortdurend bezig, denkt aan twee of drie zaken tegelijk en is opgejaagd.

Kortom, een gejaagd, haastig en druk persoon.

De type-B persoon is rustig, stelt zich niet bloot aan veel stress en is niet druk, kortom, juist het tegenovergestelde van type-A.

De twee cardiologen ontdekten ook dat de type-A patiënten in de wachtkamer voortdurend op het puntje van hun stoel zaten. Vele variaties tussen deze uitersten komen voor.

2) Niet-beïnvloedbare factoren:

Hogere leeftijd

Slagaderverkalking is een verouderingsverschijnsel van de slagaders. Het is een chronisch proces dat al op jonge leeftijd kan beginnen. De kans op verdergaande slagaderverkalking is daarmee groter op hogere leeftijd. De kleine slagaders in de bloedsomloop (*arteriolen*) worden minder soepel, de bloeddruk stijgt en het hart moet tegen een hogere druk in pompen. De hartspeer wordt langzaam dikker en stijver.

Erfelijke factoren/Positieve familieanamnese

Bij slagaderverkalking spelen erfelijke factoren een rol. Hoe precies is nog niet helemaal duidelijk, maar het gaat in elk geval niet om slechts één enkele genetische afwijking.

Van een kleine groep andere hartziekten (zoals *familiaire hypercholesterolemie*) is de erfelijke aanleg wel aan te wijzen. Door een afwijking in het DNA wordt een specifiek eiwit niet of niet goed aangemaakt, waardoor bepaalde lichaamscellen hun werk niet kunnen doen. Bij familiale hypercholesterolemie hebben patiënten een te hoog cholesterolgehalte in het bloed.

Gender: mannelijk geslacht

Mannen jonger dan 65 jaar lijken meer kans op hartziekten te hebben dan vrouwen van die leeftijd. Maar over het hele leven genomen is het risico voor mannen en vrouwen gelijk. Vrouwen worden gemiddeld ouder en krijgen een hartziekte gemiddeld een jaar of tien later. Vrouwen maken namelijk tot de overgang oestrogenen aan. Deze hebben een gunstige invloed op de verdeling van de vetstoffen in het bloed, in het bijzonder op het cholesterol.

Vrouwen hebben weliswaar gemiddeld een hoger vetpercentage dan mannen, maar ze hebben vaker heupvet dan buikvet, terwijl buikvet risicovoller is.

De risicofactoren voor hart- en vaatziekten tellen bij vrouwen mogelijk zwaarder dan bij mannen. Toine Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan het UMC (Universitair Medisch Centrum) St Radboud in Nijmegen, stelt: "Roken bijvoorbeeld vergroot de kans op hart- en vaatziekten, maar bij vrouwen is dat negatieve effect sterker dan bij mannen." Zij geeft ook aan dat het risico van diabetes type 2 op een hartinfarct bij vrouwen groter is dan bij mannen. Alcohol heeft eveneens op het vrouwelijke lichaam meer negatieve impact.

Ten slotte speelt ook *trombose* (het te snel stollen van het bloed) een rol en is het hebben van een hart- of vaatziekte zoals angina pectoris, of reeds aanwezige schade aan hart en vaten na bijvoorbeeld het doormaken van een hartinfarct, ook weer een risicofactor op zichzelf.

Voorgeschiedenis met hart-/vaatziekte

Erfelijkheid, geslacht en leeftijd: hierop heeft niemand vat. Als iemand uit de familie van de persoon met een hartziekte vóór de leeftijd van 55 jaar (mannen) of 65 jaar (vrouwen) een hart- en vaatprobleem heeft gehad, dan stijgt het risico op een soortgelijke aandoening. Parallel stijgt dan ook het belang om de controleerbare factoren goed in het oog te houden.

Niet-Persoonsgebonden risicofactoren

Luchtvervuiling

Luchtvervuiling wordt veroorzaakt door het verkeer en de industrie, maar bijvoorbeeld ook door vulkanische activiteit. Ze kan bestaan uit gassen zoals *ozon*. Ozon kan ervoor zorgen dat het zuurstofgehalte van het bloed daalt. Maar luchtvervuiling kan ook uit *fijnstof* bestaan. Hoe kleiner de deeltjes, hoe groter de kans dat deze via de longen doordringen in de bloedsomloop. Mogelijk bevorderen de kleine deeltjes de vorming van bloedpropjes die een kransslagader kunnen afsluiten.

Hoe cardiovasculaire risico's beperken?

Inleiding

Een gezonde levensstijl is onontbeerlijk voor wie het risico op hart- en vaatziekten wil beperken. Een gezonde voeding met weinig verzadigde vetten, stoppen met roken, een beperkt alcoholgebruik, voldoende beweging en zo weinig mogelijk stress dragen bij tot deze gezonde levensstijl. Parameters om in de gaten te houden zijn de bloeddruk (niet meer dan 14/9), de cholesterol en het lichaamsgewicht.

Preventie is belangrijk. Wie genoeg aan lichaamsbeweging doet, het LDL-cholesterol laag houdt en het HDL-cholesterol hoog, voldoende drinkt, eet en niet probeert aan stress bloot te staan, loopt een lager risico op hart- en vaatziekten als de personen uit de risicofactoren.

Hoe kan de cholesterol en de bloeddruk op peil gehouden worden? Hoeveel beweging per dag is voldoende? Op deze vragen willen we kort een antwoord geven.

Voldoende lichaamsbeweging

Beweging is niet alleen een preventieve maatregel voor hart- en vaatziekten, maar ook voor andere ziekten. Wie beweegt, gebruikt meer cholesterol, houdt de bloeddruk op peil.

Cholesterol op peil houden

Cholesterol op peil houden kan o.a. door vezelrijke, plantaardige producten zoals brood, aardappelen, groente en fruit te nuttigen. Maar iets nog belangrijker voor preventie van hoge cholesterol is het nuttigen van vlees. De opvatting dat er in vlees veel mineralen en vitaminen zitten, is in de geneeskunde en bij diëtisten zo goed als verdwenen. De stelling dat onverzadigde vetzuren beter zijn is inmiddels al weer wetenschappelijk achterhaald.

Vermijd stress

Het vermijden van stress is één van de belangrijkste dingen om hart- en vaatziekten te vermijden (zie ook het type-A en type-B gedrag).

Niet hanteerbare stress kan de hartfrequentie opvoeren. Dat heeft grote invloed op de bloeddruk, die dan hoger zal worden en daarmee een risicofactor betekent voor hypertensie.

Er is nood aan afdoende cardiovasculaire preventie om het sterftecijfer ten gevolge van hart- en vaatlijden in België te doen dalen. Diabetes Mellitus, zwaarlijvigheid, hypercholesterolemie, hypertensie, hoge vetinname en een laag gebruik van groenten en fruit zijn allen risicofactoren die corrigeerbaar zijn door een aanpassing van de voedingsgewoonten. Voor iedere risicofactor zijn er voedingsrichtlijnen te volgen.

Hartaandoeningen en gender

Inleiding

In het kader van het ESF-project werd een uitgebreide genderanalyse opgemaakt. De stuurgroep meent dat deze analyse relevante inzichten bevat voor revalidatiecentra. Hierbij een samenvatting van deze analyse.

Aanvankelijk meende de stuurgroep dat er weinig of geen verschillen zijn in de benadering van mannen en vrouwen met een hartziekte. Tot voor kort werd in de gezondheidszorg geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. De redenering was dat mannen en vrouwen gelijk zijn en dus een gelijke behandeling moeten krijgen. Toch werden er relevante verschillen tussen mannen en vrouwen vastgesteld. Wie patiënten gelijk wil behandelen, dient rekening te houden met de sekseverschillen. Verschillen tussen mannen en vrouwen blijken steeds vaker een factor van belang te zijn bij behandeling van ziekten. Bij hartziekten is dit zeker het geval.

In wat volgt geven we een overzicht van vastgestelde verschillende benaderingen ten opzichte van mannen en vrouwen. Deze verschillen komen uit literatuuronderzoek, bevestigingen van experts en uit eigen bevindingen uit het pilootproject. Een aantal verschillen zijn evenwel biologisch van aard.

1. Biologische verschillen

a) Verschil in prevalentie tussen mannen en vrouwen inzake hart- en vaatziekten

Lang is gedacht dat hart- en vaatziekten een mannenziekte was maar de cijfers wijzen uit dat dit zeker niet het geval is. In Nederland blijkt de grootste veroorzaker van sterfte bij vrouwen, hart- en vaatziekten (33%) gevolgd door maligniteiten (26%) en ziekten aan de ademhalingsorganen (10%). Het is belangrijk dat er meer aandacht komt voor deze ziekteveroorzaker bij vrouwen zowel door de medici als de vrouwen zelf.

b) Een hartziekte ontwikkelt zich anders bij mannen dan bij vrouwen

Dit is een biologisch verschil. Hart- en vaatziekten ontstaan doordat aderen dichtslibben met plaque en kalkafzetting. Dit dichtslibben heeft te maken met allerlei factoren. Het gebeurt bijvoorbeeld sneller bij rokers of mensen met een hoge bloeddruk. Bij zowel mannen als vrouwen kunnen aderen dichtslibben en hartziekten ontstaan. Toch is er wel verschil tussen man en vrouw. Vrouwen ontwikkelen een hartziekte op een andere manier. Vrouwen hebben op jongere leeftijd minder vernauwingen in de vaten dan mannen, omdat zij dan nog beschermd worden door hun hormonen. Eenmaal na de overgang valt deze bescherming weg en neemt de hoeveelheid aderverkalking geleidelijk toe.

c) Er zijn een aantal vrouwspecifieke risicofactoren

Er zijn vrouwspecifieke risicofactoren zoals zwangerschapsdiabetes, zwangerschapshypertensie en een vroege menopauze.

De toename van overgewicht is bij vrouwen groter.

Diabetes type 2 verhoogt het risico op hart- en vaatziekten bij vrouwen sterker dan bij mannen.

Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad lopen zeven tot twaalf keer zoveel risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 op latere leeftijd.

Het cholesterolgehalte en de bloeddruk stijgen bij vrouwen na de menopauze meer dan bij mannen van dezelfde leeftijd.

Vrouwen met een verhoogde bloeddruk tijdens de zwangerschap hebben eveneens een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van hypertensie voor de menopauze.

Vrouwen met een vroege menopauze (< 40 jaar) lopen een groter risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten.

Een hartinfarct op jonge leeftijd komt weinig voor bij vrouwen, maar de overlevingskans is veel kleiner dan bij mannen.

De belangrijkste risicofactor bij jonge vrouwen is roken. We zien dat vrouwen hierin een inhaalslag maken door op jonge leeftijd te starten met roken.

d) Hartklachten ontstaan doorgaans pas op latere leeftijd bij vrouwen

Vrouwen krijgen evenveel te kampen met hartziekten als mannen, maar op latere leeftijd. Dit heeft te maken met de natuurlijk aanwezige hormonen in de vruchtbare levensfase. Hierdoor begint het proces van aderverkalking bij vrouwen tien tot vijftien jaar later dan bij mannen. Na de overgang valt de beschermende invloed van deze hormonen weg. De bloeddruk en het cholesterol worden dan hoger. De kans op een hartinfarct voor het 55^{ste} jaar is bij mannen twee à drie keer zo groot als bij vrouwen. Na de overgang wordt de kans met het stijgen der jaren groter. Vrouwen zijn in principe beschermd tegen hartziekten tot hun menopauze, tenzij er sprake is van een erfelijke belasting, pilgebruik (dat moeilijk verdragen wordt),... Na de menopauze zijn vrouwen dus net extra vatbaar voor hartklachten/-ziekten onder invloed van slechte leefgewoonten,... (roken, weinig beweging, te hoge cholesterol,...)

e) Vrouwen met een hartziekte hebben een slechtere prognose

Vrouwen met een hartziekte bij hebben vaak een slechtere prognose, meer beperkingen en een hogere mate van morbiditeit na een hartinfarct in vergelijking met mannen. Hartfalen komt veel voor bij diegenen die een hartaandoening overleven. De belangrijkste lichamelijke beperkingen die hieruit voortvloeien zijn dyspnoe en moeheid. Vergeleken met mannen hebben vrouwen meer moeilijkheden met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en hebben een slechtere kwaliteit van leven (Davidson et al., 2003).

f) Meer vrouwen dan mannen sterven aan hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten is de meest voorkomende doodsoorzaak voor mannen en vrouwen. Van alle sterfgevallen gaat het in 33% van de gevallen om sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten. Er sterven meer vrouwen dan mannen aan hart- en vaatziekten (Koek et al., 2006). Het is dus geen typische aandoening voor mannen. Uit onderzoek blijkt ook dat vrouwen vaker sterven aan een beroerte dan mannen. In 2009 zijn in Nederland 5.609 vrouwen en 3.460 mannen overleden aan de gevolgen van een beroerte. Beroerte is de belangrijkste doodsoorzaak van de hart- en vaatziekten bij vrouwen (27%).

g) Vrouwen kampen vaker met comorbiditeit bij hartaandoeningen

Vrouwen kampen vaker met comorbiditeit wanneer zij hartziekten ontwikkelen waardoor het moeilijker wordt snel een diagnose te stellen. Vaak stellen vrouwen het zoeken van professionele hulp uit.

Uit dit literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat vrouwen bij aanvang van hartrevalidatieprogramma's ouder zijn dan mannen, een lager lichamelijk activiteitsniveau hebben, meer te kampen hebben met comorbiditeit en een hoger risico hebben op psychosociale problemen. Ook nemen vrouwen minder deel aan hartrevalidatieprogramma's.

2. Opleiding en kennis van cardiologen

a. Binnen de opleiding tot cardiologen wordt (ten onrechte) geen verschil gemaakt tussen mannelijke en vrouwelijke personen met een hartaandoening

Volgens Toine Lagro-Janssen zijn de meeste cardiologen niet geschoold in verschillen tussen mannen en vrouwen: "Dat vrouwen andere symptomen hebben bij een infarct, anders reageren op medicijnen: het komt niet aan de orde in de opleiding." Professor Lagro-Jansen pleit er voor om aandacht voor genderverschillen structureel in te bedden in opleiding en nascholing.

b. De kennis van cardiologen is voornamelijk gebaseerd op onderzoek bij mannen

Bovendien is de kennis van cardiologen voornamelijk gebaseerd op onderzoek bij mannen. Zo blijkt uit een overzicht uit 2003 dat slechts 32 van 272 systematische reviews over risicofactoren en coronaire hartziekte, vrouwen als subgroep onderkennen.

c. Vrouwen zijn ondervertegenwoordigd in klinische cardiovasculaire trials

Ook uit het rapport Red Alert for Women's Heart – Women and Cardiovascular Research in Europe van het European Heart Network blijkt een ondervertegenwoordiging van vrouwen in internationale, klinische, cardiovasculaire trials. Omdat er minder onderzoek naar vrouwen en hartproblemen gedaan wordt, trekken cardiologen vaak ten onrechte dezelfde conclusies bij vrouwen als bij mannen. Een gevolg van het niet herkennen van hartklachten is dat vrouwen onnodig overlijden aan een hartinfarct. Cardioloog Angela Maas denkt dat deze 'onderbehandeling' jaarlijks ongeveer honderd levens kost. Marina Senten, manager kennis en innovatie van de Nederlandse Hartstichting, betwijfelt of dit getal klopt, maar erkent dat artsen hartinfarcten bij vrouwen minder goed herkennen dan bij mannen. Zij stelt bovendien dat vanwege het feit dat bij vrouwen de kans op hart- en vaatziekten pas toeneemt vanaf de menopauze, de arts te vaak denkt, zeker bij vrouwen onder 50 jaar 'dat het wel niet het hart zal zijn'.

d. Preventieve zorg is meer gericht op mannen

Uit onderzoek blijkt dat ook de preventieve behandeling van hart- en vaatziekten bij vrouwen achterblijft: aan mannen wordt meer preventieve zorg gegeven om de risicofactoren te controleren. Hierdoor wordt het risico op een infarct bij vrouwen minder verkleind dan bij mannen. Zo heeft volgens Maas de helft van de vrouwen boven de zestig jaar een hoge bloeddruk, maar worden ze daar niet of slecht voor behandeld.

Appelman geeft aan dat uit verschillende onderzoeken blijkt dat vrouwen met een hoogrisicoprofiel en een indicatie voor cholesterolverlagende middelen, deze medicatie te weinig en minder vaak krijgen voorgeschreven dan mannen. Maar ook bij aangetoond coronair lijden krijgen vrouwen minder vaak dan mannen preventieve medicatie voorgeschreven. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik IVM stelt dat bij angina pectoris duidelijk sprake is van onderbehandeling bij vrouwen.

3. Gender en diagnostiek

a. De symptomen en klachten zijn anders bij vrouwen en mannen

Het klassieke symptoom van een hartinfarct is een beklemmende, drukkende pijn midden op de borst, die kan uitstralen naar de armen en kaken. Bij mannen kondigt een hartinfarct zich meestal zo aan.

Maar bij vrouwen kunnen de symptomen anders en minder duidelijk zijn.

Vrouwen hebben bij een hartinfarct vaker klachten van misselijkheid en vermoeidheid. Bij oudere vrouwen kan de pijn op de borst zelfs helemaal ontbreken, waardoor zij eerder denken aan griep. Ook kortademigheid kan, bij vrouwen in de overgang, een voorteken zijn van een hartinfarct. Het gaat dan om acute kortademigheid in combinatie met pijn.

Bij jonge vrouwen blijft een hartinfarct nog wel eens onopgemerkt, omdat er vaak niet aan deze diagnose wordt gedacht. Ook artsen interpreteren de 'vrouwelijke' symptomen van een hartinfarct niet altijd correct.

Waarom hebben vrouwen andere symptomen? Dit ligt aan de vaak hogere leeftijd, het meer voorkomen van diabetes mellitus en het feit dat vrouwen meer fragiele vaten hebben. De atherosclerose is vaak diffuser en verspreid over langere trajecten. Bij vrouwen wordt vaker ischemie gezien bij een normaal angiogram. Het inspannings ECG is minder betrouwbaar bij vrouwen.

b. Herkenning van hartklachten verschilt bij mannen en vrouwen

Bij vrouwen worden hart- en vaatziekten minder goed opgemerkt dan bij mannen, aangezien cardiologen en huisartsen onvoldoende rekening houden met het verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot hart- en vaatziekten. Hierdoor wordt de juiste diagnose gemiddeld later gesteld en is de prognose slechter. Artsen gaan er nogal eens ten onrechte van uit dat bepaalde hartklachten als vermoeidheid, duizeligheid, traagheid en hartkloppingen verschijnselen van de overgang of van een burn-out zijn. Cardioloog Angela Maas zegt hierover: "Vrouwen voelen zich vaak onbegrepen bij klachten. Te vaak worden die aan de overgang toegeschreven."

c. De diagnostiek voor hartklachten is minder betrouwbaar bij vrouwen

Een ander probleem is dat de gebruikelijke diagnostiek voor hartklachten bij vrouwen minder betrouwbaar is. De sensitiviteit en specificiteit van de inspanningstest en het ECG zijn bij vrouwen lager. De ECG-afwijkingen zijn anders en geven ook bij een hartinfarct minder afwijkingen aan dan bij mannen. Cardiologe Yolande Appelman legt uit dat de inspanningstest, waarbij de patiënt moet fietsen en zijn uithoudingsvermogen en mogelijk zuurstofgebrek worden gemeten, gebaseerd is op het inspanningsvermogen van mannen. De resultaten wijken bij vrouwen nogal eens af. De test zegt sowieso niet alles, maar zeker niet bij vrouwen. Laboratoriumonderzoek moet bij vrouwen en mannen dus anders worden geïnterpreteerd.

Bvb. Fabrikant Philips erkent dat onderzoeken voor de diagnose van coronaire hartziekten van oudsher ontwikkeld en getest zijn bij mannen. Bij vrouwen met hartaandoeningen treedt vaker schade op in kleinere bloedvaten en zij hebben minder vaak dan mannen last van arteriële blokkades. Hierdoor lijken vrouwen vaker 'normale' bloedvaten te hebben, ondanks dat hun vaten verslechteren. Philips heeft nu een nieuw soort cardiograaf ontwikkeld om ECG-filmpjes te maken. Omdat een ECG bij vrouwen anders geïnterpreteerd moet worden dan bij mannen, maakt het analyseprogramma van het apparaat onderscheid naar geslacht.

Bij de behandeling van hartfalen valt op dat de diagnostiek bij vrouwen minder uitgebreid is. Bij vrouwen wordt vaak aan symptoombehandeling gedaan terwijl bij mannen gekozen wordt voor een curatieve behandeling.

4. Gender en hartrevalidatie

a. Genderspecifieke verschillen bij hartrevalidatieprogramma's

Een review van Todaro et al. (2004) beschrijft verschillen tussen mannen en vrouwen met hartziekten bij aanvang van een hartrevalidatieprogramma op fysiologisch, demografisch en psychosociaal gebied en op oefencapaciteit. Zo zijn vrouwen gemiddeld tien jaar ouder dan mannen en hebben minder vaak een partner. Ook is er bewijs dat vrouwen minder gunstige fysiologische kenmerken hebben zoals een

hoge bloeddruk, diabetes en hogere cholesterolniveaus. Vrouwen hebben ook een lagere oefencapaciteit dan mannen.

b. Minder vrouwen nemen deel aan hartrevalidatieprogramma's

Uit de praktijkervaring die de consultants van GTB de voorbije maanden hebben opgebouwd in het cardiologisch revalidatiecentrum van het AZ Turnhout blijkt dat vrouwen ondervertegenwoordigd zijn in het revalidatiecentrum. Uit het jaarverslag van het revalidatiecentrum van 2010 staan de volgende resultaten:

Totaal aantal revalidanten 2010: 185

Totaal aantal mannen 2010: 146

Totaal aantal vrouwen 2010: 39

Eén van de redenen hiervan is dat de inhoud van hartrevalidatieprogramma's niet overeenkomt met de behoeften van vrouwen.

c. Vrouwen hebben meer aanmoediging nodig om de stap te zetten naar het revalidatiecentrum

In het hartrevalidatiecentrum heeft men de ervaring dat vrouwen soms meer aanmoediging nodig hebben om de stap te zetten naar revalidatie, maar eens stap is gezet zijn ze vaak erg overtuigd van de meerwaarde. Vroegtijdig afhaken van revalidatie gebeurt weinig bij vrouwen.

Het al dan niet verwijzen van hartpatiënten naar revalidatie is niet echt afhankelijk van het geslacht, eerder van de aard van de aandoening. Er zijn bovendien individuele verschillen tussen de cardiologen onderling; de ene verwijst al sneller voor revalidatie dan de andere. Sommige cardiologen blijken bijna standaard te verwijzen, andere zijn van mening dat bijv. na plaatsing van één of meerdere stent(s), revalidatie niet noodzakelijk is. Nochtans is het zinvol om zeker de eerste periode na de ingreep goed op te volgen om eventuele verwickelingen tijdig op te vangen. Dit kan deels vanuit het hartrevalidatiecentrum worden opgenomen, zij hebben hierin een signaalfunctie.

d. Mannen willen zich meer bewijzen op vlak van fysieke mogelijkheden tijdens de revalidatie

In het revalidatiecentrum heeft men de ervaring dat mannen zichzelf willen testen en bewijzen op vlak van hun fysieke mogelijkheden. Als dit dan gepaard gaat met een beperkt ziekte-inzicht kan de werkelijkheid erg confronterend zijn. Vrouwen daarentegen willen vooral gerustgesteld worden, willen individuele aandacht, willen praten over hun bezorgdheden en angsten,... Vrouwen moeten zelfs net overtuigd worden om toch de fysieke revalidatie aan te vatten, waarna ze vaak zelf enorm verrast zijn van de resultaten die ze bereiken.

e. Vrouwen werden vroeger soms uitgesloten bij hartrevalidatieprogramma's

In veel landen werden tot de jaren 90 alleen mensen toegelaten aan hartrevalidatie-programma's die jonger waren dan 65-70, waardoor vrouwen buitengesloten werden omdat zij op oudere leeftijd hartziekten krijgen. Hierdoor zijn de standaarden die ontwikkeld zijn, vooral gebaseerd op de behoeften van mannen. Vrouwen hebben echter net zoveel baat bij hartrevalidatieprogramma's als mannen.

f. Verschillen in deelname aan hartrevalidatieprogramma's

Mogelijke redenen waarom vrouwen niet deelnemen aan, of voortijdig stoppen met hartrevalidatieprogramma's zijn de kosten, comorbiditeit en familieverantwoordelijkheden. Ook door het gebrek aan steun van een partner en minder aanmoediging van zorgverleners zijn vrouwen minder geneigd te participeren aan revalidatieprogramma's (Todaro et al., 2004). Het deelnemen aan een revalidatieprogramma neemt bovendien af naarmate mensen ouder worden.

De inhoud van de revalidatieprogramma's komt onvoldoende overeen met de behoeften van vrouwen. Deze programma's zijn ontwikkeld voor mannen met een nadruk op lichamelijke activiteiten. Vrouwen zouden liever hun eigen doelen stellen en niet sporten tot de grens van pijn en moeheid. Vrouwen hebben vooral behoefte aan groepen waarbij zij hun ervaringen kunnen delen met vrouwen in dezelfde situatie.

g. Vrouwen worden soms minder aanbevolen om deel te nemen aan revalidatie-programma's

Het deelnemen aan een hartrevalidatieprogramma hangt mede af van de kracht van de aanbeveling van de behandelend arts. Aan oudere vrouwen wordt met minder kracht aanbevolen deel te nemen aan een revalidatieprogramma dan aan oudere mannen en zij nemen ook minder deel aan de programma's dan mannen, hoewel zij hier evenveel baat bij kunnen hebben als mannen.

h. Vrouwen hebben een lager lichamelijk activiteitsniveau

Uit onderzoek blijkt dat lichamelijke activiteit een positieve invloed heeft op lichamelijk en psychisch functioneren, dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen (Tyni-Lenne et al., 1998). Bij aanvang van een hartrevalidatieprogramma hebben vrouwen een lager lichamelijk activiteitsniveau dan mannen en een lagere piekcapaciteit. Dit is te relateren aan de hogere leeftijd van vrouwen. Na participatie aan een revalidatieprogramma stijgt deze piekcapaciteit zowel bij vrouwen als bij mannen. Hoe lager de piekcapaciteit bij aanvang van de revalidatie, hoe meer deze zal stijgen (Bittner & Sanderson, 2003).

5. Gender en psychosociale aspecten

a. Vrouwen hebben meer last van gebrek aan sociale steun

Het blijkt dat vrouwen meer last hebben van gebrek aan sociale steun. Daaruit zou geconcludeerd kunnen worden dat zij meer behoefte hebben aan interventies en dat interventies bij hen waarschijnlijk meer effect zullen sorteren. Sociale steun verlaagt de kans op (her)opnames in het ziekenhuis, zorgt voor een lagere mortaliteit bij patiënten met hartfalen (vooral als er weinig huwelijksstress is), bevordert de kwaliteit van leven van de patiënt en doet depressieve klachten sneller verminderen. Daarnaast hebben depressieve patiënten met sociale steun een lagere mortaliteit dan zonder sociale steun, mogelijk door het positieve effect op zelfzorg. Zowel heropnames als cardiale mortaliteit hangen bij vrouwen sterker samen met gebrek aan sociale steun dan bij mannen. Vrouwelijke hartpatiënten lijken meer last te hebben van weinig steun in hun huwelijk dan mannelijke patiënten. Het is voor vrouwen belangrijk dat de thuissituatie onder controle is. Zij willen snel het huishoudelijk werk weer oppakken, vaak zonder hierbij hulp te vragen.

b. Vrouwen staan er vaker alleen voor dan mannen

Doordat vrouwen ouder zijn bij het ontwikkelen van hartziekten, zijn zij vaker weduwe. Ook zijn zij vaker afhankelijker van anderen. Het hebben van een sociaal netwerk is dus extra belangrijk (Davidson et al., 2003). Vrouwen willen hun omgeving niet belasten in hun copingstrategie. Zij zoeken steun bij hun kinderen, mannen zoeken steun bij hun partners.

c. Vrouwen hebben een hoger risico op psychosociale problemen

Uit de review van Davidson et al. (2003) blijkt echter dat vrouwen een hoger risico hebben op psychosociale problemen. Ze vertonen hogere angst- en depressieniveaus dan mannen. Deze psychosociale problemen kunnen invloed hebben op het behandel- en herstelproces. Ook uit een onderzoek van Josephson et al. (2006) blijkt dat vrouwen bij aanvang van een revalidatieprogramma meer depressieve symptomen vertonen dan mannen. Deze symptomen dalen bij alle deelnemers van revalidatieprogramma's maar de daling is met name evident bij vrouwen. De psycholoog die deel uitmaakt van het multidisciplinair team in het cardiologisch revalidatiecentrum moet zich hiervan bewust zijn en kan op basis daarvan de gepaste acties ondernemen.

d. Vrouwen hebben meer behoefte aan een gesprek aan met de psycholoog tijdens de revalidatieperiode

Uit het jaarverslag van 2010 van het cardiologisch revalidatiecentrum van UZ Turnhout halen we het percentage mannen en vrouwen die tijdens de revalidatieperiode een gesprek aangingen met de psychologe. Hieruit blijkt dat:

36% van de mannen, een gesprek met de psycholoog voerde.

46% van de vrouwen voerde een gesprek met de psycholoog.

Ook de onderwerpen die aan bod komen bij de psycholoog verschillen op genderniveau. De onderwerpen die aan bod kwamen: rookstop: 32% bij de mannen, 39% bij de vrouwen. Stress, angst, depressie: 49% bij de mannen, 56% bij de vrouwen.

e. Vrouwelijke hartpatiënten raken sneller in een depressie dan mannen

Vrouwen ontwikkelen na het doormaken van een cardiaal incident vaker en ernstigere depressieve en angstklachten. Vrouwen lijken bij aanwezigheid van angst bovendien een slechtere prognose te hebben dan mannen.

f. Mannen en vrouwen hebben verschillende copingstrategieën

Mannen gebruiken emotiegerichte, fatalistische en ontwijkende strategieën terwijl vrouwen hoopvol zijn over de toekomst en optimistischer strategieën gebruiken waarbij de ziekte wordt gezien als een tweede kans in het leven (Evangelista et al., 2001).

g. Vrouwen communiceren anders over hun ziektebeeld dan mannen

Vrouwen en mannen communiceren verschillend. Vrouwen nemen vaak meer de tijd voor details en achtergronden. En ze voelen zich eerder onzeker over klachten die zij niet goed kunnen thuisbrengen. Dit kan de communicatie verstoren met hulpverleners.

Psychologisch/psychotherapeutische interventies met groepstherapie en/of individuele begeleiding voor algemene patiënten na een cardiaal event laten significant meer positieve effecten voor vrouwen zien dan mannen.

h. Genderspecifieke verschillen in acceptatie van het ziektebeeld

Vrouwen rapporteren over het algemeen vaker dan mannen dat ze de situatie (ziekte, beperkingen) hebben geaccepteerd, en dat ze er positief tegenover staan.

6. Gender en werkhervatting

a. Vrouwen hervatten het werk minder snel dan mannen

De bevindingen met betrekking tot sociaal-demografische kenmerken van hartpatiënten in relatie tot werkhervatting komen overeen met de bevindingen in de algemene bevolking. In het algemeen hervatten oudere werknemers na ziekteverzuim minder snel. Hoewel ouderen minder verzuimen, verzuimen ze, als ze verzuimen, langer. Dit heeft ermee te maken dat de gezondheidsproblemen vaak ernstiger zijn, hierdoor duurt het herstel langer. Ook zijn er daardoor meer werkaanpassingen nodig. Deze werkaanpassingen zijn niet altijd goed mogelijk. Ook vinden we in de algemene populatie dat vrouwen het werk minder snel hervatten dan mannen. Dit wordt verklaard door een complex aan factoren. Een belangrijke reden is, dat vrouwen over het algemeen werk doen waarin het relatief wat minder gemakkelijk is te re-integreren dan mannen qua sector en functieniveau.

De projectgroep is van mening dat bij vrouwen intensievere begeleiding geboden moet worden bij arbeidsre-integratie, omdat ze over het algemeen minder snel het werk hervatten. Trajectbegeleiders dienen hier de nodige aandacht aan te besteden en de gepaste acties te ondernemen.

b. Vrouwen hebben minder kansen op een succesvolle re-integratie naar werk

Vrouwelijke patiënten met coronaire hartziekte hebben een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk. Daarnaast blijkt dat ook oudere en niet-blanke patiënten met coronaire hartziekte een lagere kans hebben op succesvolle re-integratie naar betaald werk. Vrouwelijke patiënten met coronaire hartziekte hebben een lagere kans op succesvolle werkhervatting. Dit geldt ook voor oudere patiënten en niet-blanke patiënten. Er wordt gevonden dat parttime werkenden, en dat betreft de meerderheid van de vrouwen, minder vaak hervatten, maar dat kan verklaard worden doordat zij zich om persoonlijke redenen helemaal terugtrekken uit de arbeidsmarkt.

Trajectbegeleiders dienen de nodige acties te nemen om alle patiënten die opnieuw aan de slag willen te ondersteunen naar een succesvolle re-integratie.

Hartrevalidatie als opstap naar tewerkstelling

Linken

Inleiding

Definitie van cardiale revalidatie

Positieve effecten van hartrevalidatie

3 fasen van hartrevalidatie

Uitgangspunten bij hartrevalidatie

Doelen van hartrevalidatie

Werkhervatting is zwakke schakel binnen zorgketen van hartrevalidatie

Inleiding

Na de hospitalisatiefase moet de persoon met een hartprobleem opnieuw aan conditie winnen. Dit gebeurt in het cardiologisch revalidatiecentrum, waar de patiënt in groep gedurende meerdere sessies per week een programma volgt.

Tijdens deze revalidatieperiode start het traject om de personen met een hartprobleem opnieuw te begeleiden naar werk.

In deze paragraaf willen we nader ingaan op de doelen en effecten van hartrevalidatie, evenals de link tussen hartrevalidatie en werkhervatting.

Definitie van hartrevalidatie

Hartrevalidatie is de zorg die na een acute behandeling wordt aangeboden aan patiënten die een cardiaal incident doormaakten. De Amerikaanse Public Health Services hanteert een uitgebreide definitie voor hartrevalidatie, die tevens de definitie van de World Health Organization (WHO) omvat:

Hartrevalidatie bestaat uit samenhangende lange-termijn-programma's, omvattende medische evaluatie, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van psychische counseling, voorlichting en advies; deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te beperken, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of tenminste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en de deelname aan het arbeidsproces te bevorderen; de voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis, ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende drie tot zes maanden, daarna volgt een stadium van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd in een situatie zonder of met minimale supervisie (Feigenbaum 1987).

Positieve effecten van hartrevalidatie

Er is inmiddels overtuigend bewijs voor de positieve effecten van hartrevalidatie in termen van verminderde morbiditeit, mortaliteit, verbeterde kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit (Ades 1997, Oldridge 1997, Lowensteyn 2000, Papdakis 2005, Lee 2007, Piepoli 2010).

De drie fasen in hartrevalidatie

Bij de zorg voor personen met een hartprobleem onderscheiden we drie op elkaar volgende fasen:

1) Fase I of klinische fase

Deze begint onmiddellijk na een acuut cardiaal incident zoals een hartinfarct, een eerste manifestatie van angina pectoris of hartfalen, en/of een acute opname in een ziekenhuis vanwege een andere cardiologische aandoening. In deze fase verwijst de behandelend cardioloog de patiënt door naar het hartrevalidatiecentrum.

2) Fase II of revalidatiefase

Deze sluit aan op de klinische fase, en begint na ontslag uit het ziekenhuis. Omdat het verblijf in het ziekenhuis na een cardiovasculaire gebeurtenis steeds korter duurt, stijgt het belang van een goede opvang in deze tweede fase. Onderdelen van deze fase zijn het verzamelen van gegevens voor de indicatiestelling (waarin de patiënt op risico's gescreend wordt), het vaststellen van de doelen van de hartrevalidatie (indicatiestelling), en het aanbieden van één of meer interventies (groepsinterventies en individuele behandeling). Een evaluatie sluit deze fase af. Hartrevalidatie wordt altijd aangeboden onder de eindverantwoordelijkheid van een cardioloog.

3) Fase III of postrevalidatiefase

Deze fase, ook wel nazorg genoemd, sluit aan op de revalidatiefase. De aandacht is in deze fase vooral gericht op overdracht naar de huisarts (mogelijk via de behandelend cardioloog), het behoud van de in fase II ingezette leefstijlveranderingen, bescheiden follow-up van psychische symptomen en indien nodig behandeling van psychische symptomen die langere tijd na het incident optreden.

Uitgangspunten voor hartrevalidatie

De manier waarop een hartrevalidatieprogramma wordt vormgegeven, verschilt van situatie tot situatie. Er vallen echter wel een aantal belangrijke algemene uitgangspunten voor een hartrevalidatieprogramma te formuleren:

Zorg op maat

Uit onderzoek blijkt dat het effectiever is om voorlichting en begeleiding te laten aansluiten op iemands individuele situatie en behoeften, dan om alle personen met een hartprobleem hetzelfde programma in zijn geheel te laten doorlopen (Linden 1996, Dusseldorp 1999, Piepoli 2010). Daarom is het belangrijk om de individuele situatie goed in kaart te brengen.

Meerwaarde van groepsverband

Het aanbieden van een revalidatieprogramma in groepsverband waarin naast fysieke training ook psychosociale elementen zitten – zoals een groepsprogramma voor patiënt en partner dat gericht is op voorlichting, het bevorderen van gezond gedrag en het bieden van sociale ondersteuning – biedt duidelijke meerwaarde (Ornish 1998). Het voordeel van trainen in groepsverband is de aanwezigheid van lotgenoten. Het delen van ervaringen kan het belang van de boodschap onderstrepen en gedragsverandering bevorderen (Velicer 1999).

Meerwaarde van multi- en interdisciplinair werken

Hartrevalidatieprogramma's die multidisciplinair en gecoördineerd worden aangeboden, leveren resultaten op die de optelsom van de afzonderlijke onderdelen overstijgen (AHCPR 1995, Piepoli 2010).

Afstemming met zorg binnen, buiten en na de hartrevalidatie

Door specifieke kennis kan het hartrevalidatieteam de patiënt begeleiden in de afstemming met de zorg die hij niet direct van het hartrevalidatieteam krijgt. Voorbeelden zijn: behandeling van ernstige psychische problematiek door de psychiater, begeleiding bij arbeidsre-integratie door de arbeidsgeneesheer, begeleiding door de revalidatiearts bij complexe problematiek en begeleiding door de huisarts na de hartrevalidatie. Hiermee wordt een integraal zorgaanbod met meer continuïteit van zorg beoogd. De samenwerking met GTB in het raam van dit project betekent in die zin een belangrijke toegevoegde waarde, met name door het bieden van ondersteuning bij werkhervatting. In het verleden was deze afstemming immers vaak te beperkt.

Kosteneffectiviteit hartrevalidatie

Al langere tijd is bekend dat de meeste economische evaluaties van hartrevalidatie laten zien dat hartrevalidatie een kosteneffectieve behandeling is (Oldridge 1998, Ades 2001, Piepoli 2010). In totaal zijn 24 studies gevonden met betrekking tot kosteneffectiviteit van hartrevalidatie. Op basis van vijf systematische reviews (Ades 1997, Oldridge 1997, Lowensteyn 2000, Papdakis 2005, Lee 2007) en een meer recente studie (Kruse 2006) van matige tot goede kwaliteit kan geconcludeerd worden dat zowel hartrevalidatie in multi-disciplinaire vorm (met name secundaire preventie en bewegingsprogramma's) alsook bewegingsprogramma's kosteneffectief zijn voor patiënten met coronaire hartziekten. Dit wordt vooral verklaard door vermindering van het aantal cardiovasculaire opnames en een kortere opnameduur.

Doelen van hartrevalidatie

Hartrevalidatie kent vier typen doelen: fysieke, psychische, sociale doelen en doelen met betrekking tot risicogedrag.

1) Fysieke doelen

Leren kennen van eigen fysieke grenzen

De patiënt moet leren wat zijn fysieke belastbaarheid is. Dit gebeurt door hem te confronteren met zijn objectieve grenzen, zodat hij hiermee in het dagelijkse leven kan omgaan.

Leren omgaan met fysieke beperkingen

De patiënt wordt geconfronteerd met zijn fysieke beperkingen zodat hij hiermee leert om te gaan in verschillende bewegingssituaties en bij diverse vormen van belasting. De acceptatie van de beperkingen door de patiënt is hierbij een voorwaarde. Hier ligt ook een belangrijke taak voor het hartrevalidatieteam, met name ondersteuning bieden in het aanvaardingsproces.

Optimaliseren van inspanningsvermogen

Het verbeteren van de belastbaarheid van de patiënt, om ervoor te zorgen dat hij weer kan functioneren op het gewenste of haalbare niveau in ADL (Activiteiten Dagelijks Leven), werk, sport en/of hobby. In een hartrevalidatiecentrum wordt dit inspanningsvermogen op een geleidelijk tempo opgebouwd, aangepast aan de individuele gezondheidstoestand. Overschatting maar ook onderschatting van de eigen mogelijkheid wordt hierdoor vermeden.

Overwinnen van angst voor inspanning

Na een cardiaal incident is de eigen inschatting van het inspanningsvermogen vaak geringer dan de objectief gemeten conditie. De patiënt is bang het risico op hartklachten te vergroten door inspanning, en legt zichzelf hierdoor onnodige beperkingen op (bijvoorbeeld door af te zien van seksuele activiteit). Deze beperkingen kunnen het bereiken van de hartrevalidatiedoelen bemoeilijken. Door behandeling van de onderliggende klachten kunnen deze beperkingen weggenomen worden. De samenwerking tussen hartrevalidatie en een psycholoog kan hier een meerwaarde bieden.

2) Psychische doelen

Overwinnen van angst voor inspanning

Zie ook hierboven bij fysieke doelen. Het overwinnen van de angst voor inspanning is zowel een fysiek als een psychisch doel.

Herwinnen van emotioneel evenwicht

Na een cardiaal incident is het emotionele evenwicht vaak (enigszins) verstoord. Dit kan gepaard gaan met lichte stressklachten (slechter slapen, moeheid, enige emotionele labiliteit). De meeste patiënten hebben steun nodig bij het hervinden van het emotionele evenwicht. Zij kunnen ook ernstigere klachten uiten zoals slaapstoornissen, continue moeheid, hostiliteit, emotionele labiliteit, libidoverlies, eetstoornissen en concentratie-problemen. Dit kunnen depressieve symptomen en/of angstsymptomen zijn en mogelijk aanwijzingen zijn voor een depressieve stoornis en/of angststoornis. Zonder behandeling kunnen deze symptomen blijven bestaan of verergeren. Effectieve behandeling geeft bovendien verbetering van de cardiale morbiditeit en mortaliteit en kwaliteit van leven. Tevens is een goed emotioneel evenwicht een randvoorwaarde om alle hartrevalidatiedoelen te bereiken. Deze thema's kunnen behandeld worden door de psycholoog die verbonden is aan de hartrevalidatie. Deze kan op zijn beurt verwijzen voor meer gespecialiseerde begeleiding, indien dit aangewezen is.

Uit de ervaringen van GTB kunnen we concluderen dat het thema 'werk' voor velen ook een emotioneel beladen thema is. Daarom is het erg zinvol dat dit thema reeds besproken kan worden tijdens de revalidatiefase.

Op een functionele manier omgaan met hartziekte

Bij het op een functionele manier leren omgaan met een hartaandoening leert de patiënt om rekening te houden met de ziekte zonder zichzelf onnodig te beperken. Ontkenning van de hartziekte en onderschatting van de gevolgen kan herstel van het emotionele evenwicht in de weg staan. Bovendien verslechtert dit de therapietrouw aan fysieke, sociale en leefstijldoelen met een slechtere cardiovasculaire prognose tot gevolg. Ook kunnen overbezorgdheid en overschatting van de gevolgen van de hartziekte leiden tot onnodige beperkingen in functioneren en sociale participatie, met als gevolg een lagere kwaliteit van leven. Dit is eveneens bepalend in het traject naar werk, het is een voortdurend zoeken naar evenwicht tussen wat iemand nog kan, wat iemand nog mag, ... zonder iemands mogelijkheden te gaan over- of onderschatten. Door multidisciplinair overleg te plegen trachten we hierin een zo realistisch mogelijk evenwicht te vinden.

3) Sociale doelen

Herwinnen van emotioneel evenwicht binnen relatie, gezin en/of sociale omgeving en werk

Sociale steun van partner, gezin en sociale omgeving van de patiënt dragen in belangrijke mate bij aan het herstel en een gunstigere cardiovasculaire prognose. De relatie met de omgeving verandert echter onder invloed van het cardiale incident, met mogelijk negatieve consequenties. De partner van een hartpatiënt of mensen in zijn/haar sociale omgeving kunnen betuttelen, overbezorgd of vermanend gaan optreden, of juist teveel van de patiënt verwachten. Dit kan de patiënt onnodig beperken of onnodig belasten. Vaak moet daarom een nieuw evenwicht gevonden worden. Het is dus belangrijk dat aandacht besteed wordt aan het behouden en/of verbeteren van de sociale steun. Problemen bij het vervullen van sociale rollen zijn vaak secundair aan lichamelijke beperkingen en/of psychische problemen. Niettemin leidt hervatting van rollen tot een verhoging van de levenskwaliteit. Bovendien verwacht de sociale omgeving dat de patiënt zijn rollen weer hervat.

Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding

Hobby's en sportactiviteiten zijn meestal belangrijke vormen van vrijetijdsbesteding. Het gevoel van zelfcontrole kan voor de patiënt vergroot worden door in een vroeg stadium te bespreken wat weer opgepakt kan worden. Dit doel draagt ook bij aan het onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl.

Herwinnen van emotioneel evenwicht door de directe omgeving en voorkomen van negatieve effecten op de gezondheid van de patiënt

Het meemaken van een cardiaal incident en de gevolgen daarvan voor de hartpatiënt kan ook negatieve gevolgen hebben voor de (mentale) gezondheid en kwaliteit van leven van de partner of andere direct betrokkenen.

4) Doelen met betrekking tot het beïnvloeden van risicogedrag

Bekendheid met de aard van de ziekte en de risicofactoren

Risicoreductie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren van de individuele patiënt en de inschatting van zijn risico op grond daarvan. Vervolgens kan met de patiënt samen bepaald worden welke acties haalbaar zijn om het risico te verminderen en welke ondersteuning daarbij nodig is.

Stoppen met roken

Alle betrokken disciplines moeten de patiënt aanmoedigen om het roken te staken. De arts is ervoor verantwoordelijk dat met de patiënt een plan van aanpak wordt besproken. Interventies door gezondheidszorgprofessionals verhogen de kans op succesvol stoppen. Intensieve gedragsinterventies die al in de ziekenhuisfase beginnen, hebben een gunstig effect op het stoppen-met-roken resultaat. Ondersteuning van naasten (sociale steun) bij het stopproces draagt eveneens bij aan een groter succes van de stoppoging. Het bespreekbaar maken van rookgedrag en het aanbieden van ondersteuning bij stoppen met roken levert een belangrijke bijdrage in de hartrevalidatie.

Ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijke actieve leefstijl

Alle patiënten moeten worden aangemoedigd om op een veilige manier hun lichamelijke activiteit te verhogen. Een lichamelijke actieve leefstijl helpt bij het verminderen van lichaamsgewicht, verhoogt het HDL-cholesterolgehalte, verlaagt het triglyceridegehalte, verhoogt de gevoeligheid voor insuline bij patiënten met diabetes en helpt bij het normaliseren van de stollingsfactoren in het bloed.

Ontwikkelen van een gezond voedingspatroon

De relatie tussen voeding (inclusief alcoholgebruik) en het risico op (nieuwe) hart- en vaatziekten moet benadrukt worden door de behandelende artsen. Een screeningsconsult bij een diëtist kan helpen om het eigen voedingsgedrag te evalueren en algemene informatie over voeding bij hart- en vaatziekten te vertalen in persoonlijke voedingsdoelen. Het veranderen van voedingsgedrag is doorgaans complexer dan het besluit om meer te gaan bewegen of te stoppen met roken. Huisgenoten en familieleden spelen een belangrijke ondersteunende rol bij het veranderen van voedingsgedrag – denk aan het inkopen en bereiden van voedsel – en dienen zeker bij de behandeling betrokken te worden.

Ontwikkelen van therapietrouw aan medicatie

Risicoreductie kan betekenen dat de persoon met een hartprobleem medicijnen krijgt voorgeschreven. Therapietrouw wordt bevorderd door uitleg over het te verwachten effect van de medicatie en door een duidelijke instructie voor het gebruik ervan. Het is ook belangrijk het effect van de medicatie op bijvoorbeeld de bloeddruk of het serumcholesterol-gehalte regelmatig met de patiënt te evalueren en eventueel doseringen bij te stellen.

Werkhervatting is een zwakke schakel in de zorgketen van hartrevalidatie

Kennis over werkhervatting van personen met een hartprobleem is een zwakke schakel in de zorgketen, dit vormde tevens het uitgangspunt voor het project 'Een Hart voor werk'. Vaak ontbreekt kennis over werkhervatting en de bijbehorende wettelijke regels bij het hartrevalidatieteam. Ook is de rol van de *arbeidsgeneesheer* als begeleider van het arbeidsre-integratieproces vaak onduidelijk. Bovendien is het hartrevalidatieteam niet in staat om extra tijd vrij te maken om mensen vanuit de revalidatie te ondersteunen bij het hervatten van hun werk. Zo ontbreekt het vaak aan een effectieve communicatie tussen het hartrevalidatieteam en de arbeidsgeneesheer over de werkhervatting van de persoon met een hartprobleem.

Problemen mbt tewerkstelling

(linken op pagina voor meer info)

Case

Het ontbreken van een netwerk/samenwerking tussen de verschillende instanties die zich rond de hartpatiënt scharen om de persoon met een hartprobleem te ondersteunen bij de werkhervatting.

Instanties hebben geen expertise om personen met een hartprobleem te reactiveren.

Werkgevers weten niet wat het betekent om hartpatiënten te werk te stellen (de mogelijkheden, de risico's op de werkvloer,...).

Ook hartpatiënten hebben geen duidelijk beeld van de mogelijkheden en risico's om opnieuw aan het werk te gaan.

Het ontbreken van een specifieke methodiek/een specifiek traject voor deze grote maar specifieke doelgroep.

Case: Paul

Om de problematiek te duiden, laten we eerst een case aan bod komen die de huidige hiaten duidelijk illustreert.

Paul, een man van 42, werkte als aankoper in een voedingsbedrijf. De laatste maanden was hij geregeld ziek geweest en voelde hij zich niet goed. Bij opname in het ziekenhuis kon men niets vaststellen. Toch krijgt hij enkele weken later een ernstig hartinfarct met een ernstige hartbeschadiging tot gevolg.

Voor hem was dit een zeer dramatische gebeurtenis in zijn leven, hij moest zijn leefgewoonten volledig aanpassen. Met een hartfunctie van 26% val je voor het RIZIV onder de noemer "ernstig hartfalen".

Na een lange revalidatie en het gevoel van niet lang meer te leven, kwam hij thuis. Hij was bang van elke vorm van inspanning en ging bij de minste pijn naar het ziekenhuis, waar hij gelukkig steeds werd gerustgesteld. 'Dit is iets wat bij het verwerkingsproces hoort', vertelde zijn huisdokter. Veel mensen hebben deze angst. Verder was hij er op dat moment van overtuigd dat hij nooit meer zou kunnen gaan werken.

De eerste maanden hoorde hij niks van de mutualiteiten, er werd enkel een boekje opgestuurd met de te volgen stappen om invaliditeit aan te vragen. Dit verliep voor hem allemaal zeer vlot, aangezien zijn hartziekte voldoende aangetoond was door de behandelende cardioloog. Maar psychologisch was het een heel ander verhaal. Hij begon zich nutteloos te voelen en had teveel tijd om na te denken en zich zorgen te maken. Het eerste anderhalf jaar was voor hem het zwaarst. De motivatie om nog iets te doen, laat staan te gaan werken, was helemaal weg.

Door gesprekken met psychologen is hij terug in beweging gekomen en zette hij de stap om een herscholing te starten. Deze herscholing moest hij aanvragen bij de adviserend geneesheer van de mutualiteit. Deze zei dat dit op zich geen probleem was, maar, na de herscholing zou hij terug moeten gaan werken en van de invaliditeit geschorst worden. Paul stelde de vraag wat er zou gebeuren als zijn toestand opnieuw verslechterde. 'Dan kom je opnieuw twaalf maanden op primaire arbeidsongeschiktheid en dien je nadien opnieuw invaliditeit aan te vragen', was het antwoord. Paul had echter een goed inkomen op zijn laatste job, en bijgevolg ook een hoge uitkering van de mutualiteit. Bij eventuele werkhervatting en herval zal zijn invaliditeitsuitkering berekend worden op zijn laatste loon. Maar als hij op zijn leeftijd en met zijn gezondheidstoestand al een nieuwe job zou vinden, was de kans zeer reëel dat zijn inkomen heel wat minder zou zijn dan voordien. Hij heeft dit voorstel dan ook geweigerd op aanraden van zijn arts, aangezien er met een ernstig infarct kans is op hartfalen na vijf jaar. Doordat het huidig systeem opnieuw aan het werk gaan eerder ontmoedigt dan aanmoedigt, zal Paul voor de rest van zijn leven op invaliditeit staan en ten koste blijven van de overheid.

In de praktijk gebeurde er dus de eerste maanden niets wanneer een werknemer geconfronteerd wordt met een hartprobleem. De hartpatiënt zit thuis, zonder verdere informatie te krijgen van één of andere dienst. Hij is als het ware aan zijn lot overgelaten. Aanvankelijk is hij erg angstig om opnieuw te hervallen, en bij de minste pijn rept hij zich naar de spoedafdeling van het ziekenhuis. Na enkele controles met positieve resultaten, krijgt hij meer moed en velen willen opnieuw gaan werken. Maar het huidige systeem stimuleert hartpatiënten niet om zich opnieuw op de arbeidsmarkt te begeven. Laat staan dat men zou weten hoe hieraan te beginnen.

Na verloop van tijd (ongeveer rond de elfde maand) valt een brief van de sociale dienst van de mutualiteiten in de bus met vermelding dat de persoon op invaliditeit komt na 12 maanden. Het dossier van RIZIV bevat geen info over het effect van de hartziekte op het functioneren binnen een bepaalde tewerkstelling. Vandaar dat onderzoeken opnieuw moeten gebeuren. Meer samenwerking op het terrein is wenselijk om het traject naar werk voor de hartpatiënt sneller te laten verlopen.

Wanneer hartpatiënten zich uiteindelijk klaar voelen om toch weer de stap te zetten naar werk, is er vaak heel wat tijd verstreken. Als men op zoek gaat naar ondersteuning bij de zoektocht naar gepast werk, komt men in het beste geval bij GTB terecht. Omdat de trajectbegeleiders van GTB onvoldoende in staat zijn de risico's in te schatten van werkhervatting voor hartpatiënten, wordt vaak verwezen naar een GA (dienst voor Gespecialiseerd Arbeidsonderzoek) voor screening. Allerhande informatie wordt hier in kaart gebracht om vervolgens een gefundeerd advies te kunnen geven: medisch onderzoek, IQ-onderzoek, arbeidsvaardigheden, fysieke draagkracht, psychisch welbevinden, beroepsinteresseonderzoek,... Voor potentiële werkgevers spelen immers meerdere factoren mee dan louter de medische aspecten die verbonden zijn aan de hartziekte. Maar GTB had aanvankelijk onvoldoende expertise om mensen met hartproblemen te begeleiden naar werk. Daardoor werd soms het zekere voor het onzekere genomen, en werd werk in geval van twijfel afgeraden wegens mogelijke risico's. Het gaat dan zowel om het risico om te hervallen als het risico om er financieel uiteindelijk op achteruit te gaan.

Intussen blijkt uit ervaring dat mensen zelfs ondanks een negatief advies, vaak erg gemotiveerd zijn om opnieuw aan het werk te gaan. Het gaat dan vaak zelfs niet eens om de primaire (financiële) functie van werk, maar eerder om de secundaire functies: hun dagen zinvol invullen, erbij horen, structuur, actief blijven,... Mensen bieden zich bij vzw Hartziekte aan om te werken tegen dezelfde loonvoorwaarden dan hun invaliditeit. Uiteindelijk gaat het hen niet om geld, ze willen er terug bijhoren en zijn zeer gemotiveerd.

Centrale knelpunt:

Personen met een hartprobleem raken moeilijk opnieuw aan het werk

Voor veel hartpatiënten is het niet vanzelfsprekend om na hun aandoening opnieuw aan te knopen met hun vorige job.

Het bleek duidelijk dat in organisaties die rond de hartpatiënt actief zijn (Ziekenhuizen, mutualiteiten, RIZIV, revalidatiecentra, artsen, cardiologische revalidatiecentra, GTB, GOB's,...) een duidelijke visie ontbreekt op het reactiveren van personen met een hartprobleem.

Bijgevolg komen mensen na een hartaandoening vaak in langdurige compensatiesystemen terecht.

1) Er bestaat geen netwerk/samenwerking van actoren rond de hartpatiënt

Wanneer we de knelpunten in verband met de werkhervatting van personen met een hartziekte onder de loep nemen, merken we dat deze vaak het gevolg zijn van een gebrek aan samenwerking tussen de verschillende actoren die actief zijn rond de persoon met een hartaandoening.

Meer nog, tijdens de voorbereidingen van dit ESF-project stelden we meer dan eens vast dat de actoren waartoe de hartpatiënten zich dienen te wenden, elkaar vaak niet eens kennen. Als gevolg van het ontbreken van dit netwerk is het vanzelfsprekend dat er geen duidelijke visie bestaat omtrent de werkhervatting van personen met een hartziekte.

Bovendien is er amper communicatie tussen een aantal verschillende diensten rond de hartpatiënt. Zo bestaat er bij het RIZIV en bij de mutualiteiten een probleem van informatiedoorstroming met betrekking tot het geven van adviezen. Ook is er geen informatie-uitwisseling tussen artsen, arbeidsmarktdiensten, ziekenhuis, revalidatie-centrum,... omtrent de werkhervatting van personen met een hartziekte.

Omdat cardiologen, artsen, sociale diensten van ziekenhuizen het werkveld van toeleiders naar de arbeidsmarkt helemaal niet kennen, wordt de patiënt doorverwezen naar de mutualiteiten. Prangende vragen in verband met de wedertewerkstelling blijven dan doorgaans ook onbeantwoord.

Huisartsen, cardiologen, de sociale dienst binnen een algemeen ziekenhuis,... weten bovendien niet waar ze terecht kunnen voor informatie over werkhervatting van personen met een hartziekte. Bij aanvang van het project ontstond er geen enkele vorm van samenwerking met VDAB, werkgevers, GTB enz. Meer nog, binnen het ziekenhuis was men zich niet bewust van het bestaan van een instantie als GTB.

2) Er is geen expertise om personen met een hartprobleem te reactiveren

Er is onvoldoende expertise om personen met een hartprobleem te reactiveren. Deze doelgroep werd in het verleden dan ook al te vaak gestimuleerd om niet langer te participeren aan de arbeidsmarkt en te berusten in hun situatie.

Gebrek aan expertise binnen ziekenhuizen

Binnen ziekenhuizen bestaat er slechts een zeer geringe dienstverlening voor alle extra-muros taken. De verpleegkundige van de dienst cardiale revalidatie werkt uitsluitend intra-muros. De dienstverlening van het ziekenhuis buiten de ziekenhuismuren voor hartpatiënten beperkt zich tot het afhandelen van het hoogst noodzakelijke administratieve werk (vb. briefje voor de mutualiteit) maar verder gaat de dienstverlening van het ziekenhuis niet.

Expertise binnen GTB/VDAB

VDAB en GTB bieden reeds geruime tijd trajectbegeleiding aan personen met een arbeidshandicap. Hieronder valt in principe ook de doelgroep van personen met een hartprobleem. Onder trajectbegeleiding verstaat GTB de coördinatie van het traject, dit impliceert de coördinatie van oriëntering, opleiding, begeleiding op de werkvloer en nazorg.

Bij de start van dit project was er binnen GTB geen aangepaste dienstverlening voor de doelgroep van mensen met een hartprobleem.

Deze deficiëntie was een gevolg van:

Het gebrek aan (specifieke) kennis over de problematiek bij trajectbegeleiders

De trajectbegeleiders van GTB hebben geen kennis en expertise rond de fysieke en psychische gevolgen van hartziekten. GTB-trajectbegeleiders kunnen bijvoorbeeld zeer moeilijk een inschatting maken wanneer de fysieke klachten of eerder de psychische effecten van een hartziekte de patiënt verhinderen om opnieuw aan het werk te gaan.

De kennis over de fysieke en psychische gevolgen van een hartprobleem bij de GTB-trajectbegeleiders is te beperkt om een adequate begeleiding te kunnen voorzien. De impact van een hartprobleem op het welzijn van de klant is echter groot.

De gevolgen voor de klant zijn individueel en naargelang het ziektebeeld heel verschillend:

Sommige klanten kunnen nog makkelijk een stresssituatie aan, terwijl stress bij anderen vermeden dient te worden.

Sommige klanten mogen fysiek nog zwaar werk doen, anderen helemaal niet.

Sommige klanten hebben na hun revalidatie een betere conditie dan voor hun hartprobleem, anderen hebben net een veel zwakkere conditie.

...

Voor een trajectbegeleider is het dan ook zeer moeilijk om deze beoordeling te maken. Om deze afwegingen te maken is kennis over de medische toestand van de persoon vereist.

Het gebrek aan instrumenten/methodieken om deze doelgroep te reactiveren

Omdat toeleidingsorganisaties zoals GTB, VDAB,... weinig ervaring hebben met het opnieuw inschakelen van personen met een hartaandoening, zijn er uiteraard ook nog geen specifieke tools, instrumenten, netwerken om deze doelgroep te ondersteunen. De bestaande tools en trajecten voor specifieke kansengroepen zijn onvoldoende aangepast of toepasbaar op de specifieke situatie van personen met een hartprobleem. Specifieke methodieken zijn echter essentieel om deze doelgroep op een succesvolle manier te kunnen reactiveren.

Het te laat invoeren van de begeleiding naar professionele re-integratie waardoor de kans op het verliezen van hun job verhoogt

Personen met een hartprobleem die opnieuw aan de slag willen, hadden een lange zoektocht af te leggen alvorens zij de juiste hulpverlening gevonden hadden. Aanvankelijk kwamen zij –na een lange periode van arbeidsongeschiktheid - bij de reguliere werking van GTB terecht, als ze deze weg al vonden. Op dat moment zijn zij hun job meestal al kwijt. Wanneer iemand langer dan zes maanden op mutualiteit staat, verkleint de kans aanzienlijk dat men nog terecht kan bij de oorspronkelijke werkgever. Bovendien raken personen die lang inactief zijn, genesteld in hun persoonlijke leven en hun vervangingsinkomen. Hierdoor verkleint de kans op succes van een begeleiding naar professionele re-integratie.

Het gebrek aan interdisciplinaire samenwerking met de revalidatiecentra

Omdat de personen met een hartprobleem te laat beroep doen op GTB is een uitwisseling van informatie tussen de trajectbegeleiders van GTB en de revalidatiecentra niet vanzelfsprekend. Bovendien is de revalidatie dan al geruime tijd achter de rug, waardoor een interdisciplinaire samenwerking met het revalidatiecentrum en het gezamenlijk ondersteunen van de persoon met een hartprobleem niet langer mogelijk is. Bovendien gaat er veel relevante informatie over de persoon met een hartprobleem verloren (Specifieke medische aandachtspunten, welke weerstanden zijn er,...).

3) Werkgevers weten niet hoe omgaan met werknemers met een hartprobleem

Werkgevers hebben niet altijd een duidelijk beeld van wat het betekent om werknemers met hartproblemen tewerk te stellen. Vaak hebben ze een zekere angst voor de gezondheid van hun werknemer, of menen ze dat het inzetten van personen met een hartprobleem tot een verlies aan rendement leidt (bijv. trager werktempo, afwezigheden,...). Werkgevers zijn niet of onvoldoende op de hoogte van de subsidies die ze in bepaalde situaties kunnen aanspreken om het rendementsverlies te compenseren.

Werkgevers worden geconfronteerd met tal van vragen wanneer zij een persoon met een hartprobleem tewerk stellen. Werkgevers hebben een vertekend beeld over de mogelijkheden van personen met een hartprobleem. Zij hebben geen zicht op de risico's binnen de werkomgeving, de mogelijke aanpassingen aan de arbeidsomstandigheden...

Onderstaande citaten uit gesprekken met werkgevers illustreren dit:

Uit gesprekken met werkgevers:

“Zal mijn medewerker na zijn hartaanval nog trappen kunnen lopen?”

“Hij zal toch niet plots dood vallen als hij terug aan het werk is?”

“Oei, gaat die nog wel iets kunnen doen?”

“Binnen twee weken zal hij toch wel weer aan het werk kunnen, zeker?”

...

Werkgevers zijn vaak bevreesd om werknemers met een hartprobleem opnieuw in dienst te nemen. Enerzijds door gebrek aan kennis over de problematiek en anderzijds door onwetendheid over mogelijke aanpassingen aan de werkomstandigheden, deeltijdse tewerkstelling,... Ook gebeurt het dat de ernst van de problematiek wordt onderschat, waardoor te snel te hoge verwachtingen worden gesteld. Voor een werkgever is het moeilijk om een realistische inschatting te maken van wat hij nog wel en wat niet mag verwachten.

4) Personen met een hartprobleem hebben geen beeld van mogelijkheden/risico's om het werk te hervatten

Aanvankelijk regeert angst

Het ervaren van een hartziekte brengt angst en spanning met zich mee. Deze angst is een natuurlijke reactie op een levensbedreigende situatie die een hartaandoening soms is. Tijdens de eerste dagen na een hartinfarct is doodsangst zeer reëel. Ook het ziekenhuismilieu zelf, met al zijn apparatuur en drukte, kan een bron van angst zijn.

Na een cardiaal incident denkt een persoon niet onmiddellijk aan werk

Mensen zijn aanvankelijk erg ongerust na een cardiaal incident. Voor het minste probleem reppen ze zich opnieuw naar de spoedafdeling van het ziekenhuis of naar de huisdokter. Na verloop van tijd groeit hun vertrouwen, de medicatie werpt zijn vruchten af, de controles zijn telkens goed en ondertussen is men al een zeer lange periode thuis. Pas vanaf dat moment beginnen ze opnieuw aan hervatting van het werk te denken.

Personen met een hartprobleem hebben tal van vragen over hun toekomst:

Hoe zal ik herstellen na de operatie?

Zal ik nog lang werkongeschikt blijven?

Zal ik mijn werk nog aankunnen?

Zal mijn baas mij nog wel willen?

Welke inspanningen zal ik nog mogen doen?

Hoe groot is de kans op nieuwe problemen aan mijn hart?

...

Hoe langer de werknemer afwezig blijft van het werk, hoe kleiner de kans dat hij het werk kan hervatten

Na hun revalidatieperiode worden personen met een hartprobleem aanvankelijk aan hun lot overgelaten en er zijn geen stimuli om hen opnieuw te begeleiden naar werk. Na twaalf maanden ziekteverlof komt de hartpatiënt op invaliditeit.

Uit de praktijk blijkt dat hoe langer de werknemer afwezig blijft van het werk, hoe kleiner de kans wordt dat hij bij zijn huidige werknemer het werk zal hervatten.

Na drie tot zes maanden afwezigheid hervat minder dan 50% het werk

Na afwezigheid van een jaar is dit al minder dan 20%.

Minder dan 10% hervat het werk bij een afwezigheid van langer dan 12 maanden.

5) Valkuilen

Inactiviteitsval

De motivering om aan de slag te gaan en te blijven gezien de loonuitkeringsspanning verdient bijzondere aandacht. Het verschil tussen het loon – in sommige gevallen het minimumloon – dat de hartpatiënt bij wedertewerkstelling ontvangt en de uitkeringen waarop hij als inactieve gerechtigd is, is niet steeds stimulerend om de stap naar de arbeidsmarkt te zetten. Bovenop dient rekening te worden gehouden met de inherente meerkosten van het werk (ondermeer kleding, verplaatsing, kinderopvang).

In geval van een combinatie van (deeltijds) werk en een uitkering leveren kleine loonsverhogingen door langer werken of bij een promotie geen verhoging van het inkomen op omwille van de cumulatieregeling. Het aanvaarden van een job met een lager loon dan het voorheen verdiende loon, brengt met zich mee dat bij een mogelijk herval de RIZIV-uitkering lager ligt dan voorheen omdat een invaliditeitsuitkering wordt berekend op het laatstverdiende loon. Bij herval dienen deze rechten opnieuw te worden opgebouwd.

Het huidige systeem stimuleert hartpatiënten om op ziekteverlof te blijven

Een persoon met een hartprobleem die wil gaan werken, zal na berekening vaak de boodschap krijgen dat hij wel gek moet zijn om zich opnieuw op de arbeidsmarkt te wagen.

Bvb. iemand op invaliditeit heeft recht op 45% tot 65% van zijn laatste loon. Wie arbeidsongeschikt is, mag in principe niet werken. Toch kan iemand die een arbeidsongeschiktheid heeft van 66% en op invaliditeit staat van de mutualiteit, mits voorafgaandelijk akkoord van de adviserend geneesheer, de toelating krijgen om geleidelijk aan het werk te hernemen.

Een hervatting in het stelsel "progressieve tewerkstelling" is enkel mogelijk indien de adviserend geneesheer oordeelt dat de persoon nog minstens 50% fysische ongeschiktheid-graad blijft behouden en diens gezondheidstoestand niet in gevaar komt door het werk. De toestemming voor progressieve tewerkstelling zal worden gegeven als de adviserend geneesheer van oordeel is dat je later mogelijks in staat zal zijn om, na de toegestane periode van deeltijdse activiteit, het werk voltijds opnieuw aan te kunnen

Doelen van het project 'Een Hart voor Werk'

De centrale doelstelling van het project is: Personen met een hartprobleem vinden opnieuw de weg naar een job

Met dit project willen we een doelgroep die tot voor kort niet langer aan de arbeidsmarkt participeerde omwille van uiteenlopende redenen (geen begeleiding, kennen hun mogelijkheden niet, angst bij zowel de werkgevers als de persoon met een hartprobleem,...), ondersteuning bieden om het werk te hervatten. Om deze doelstelling te bereiken ontwikkelden we de methodiek 'Professionele re-integratie tijdens revalidatie'.

1. Oprichten van een samenwerkingsmodel rond de persoon met een hartprobleem

De nieuwe methodiek veronderstelt een goede samenwerking tussen de diensten die werken rond de persoon met een hartziekte. Hierbij denken we aan: ziekenhuis, GTB, revalidatiecentra, adviserend geneesheer, arbeidsgeneeskundige dienst, mutualiteiten, RIZIV, gespecialiseerde partners,...

Binnen 'Een Hart voor Werk' realiseren we een structurele informatie-uitwisseling tussen artsen, arbeidsmarktdiensten, ziekenhuis, revalidatiecentrum,... Door het opzetten van een samenwerkingsverband/netwerk van actoren die rond hartpatiënten werken, verbetert de informatiedoorstroming.

Zie ook: Link naar 'Netwerk rond de persoon met een hartaandoening.'

2. Een methodiek ontwikkelen om hartpatiënten te begeleiden naar werk

Het partnerschap ontwikkelde en testte de methodiek van professionele re-integratie van personen met een hartprobleem tijdens de revalidatiefase. Door het toepassen van deze methodiek krijgen personen

met een hartziekte opnieuw kansen op de arbeidsmarkt. Door de opbouw van knowhow bij GTB en het revalidatiecentrum groeit de expertise om deze doelgroep te reactiveren.

Er wordt gespecialiseerde begeleiding op maat aangeboden aan de persoon met een hartprobleem, deze dient zelf geen zoektocht naar hulpverlening te starten.

Voor de patiënt is het inzetten van een trajectbegeleider die gespecialiseerd is in de tewerkstellingswet een meerwaarde, de patiënt geraakt niet in onzekerheid.

Een gecoördineerd traject naar werk uittekenen voor personen met een hartprobleem

Hart voor Werk ontwikkelde een specifiek traject op maat van de doelgroep. De trajectbegeleiding naar werk start als onderdeel van het revalidatieprogramma van personen met een hartprobleem. Rond de persoon met een hartprobleem wordt een netwerk opgestart met verschillende partners om de professionele re-integratie zo snel mogelijk te realiseren. Er is persoonlijke begeleiding voor mensen die opnieuw aan de slag willen.

3. Sensibiliseren van werkgevers

Werkgevers leren wat het inhoudt om personen met een hartaandoening te werk te stellen

Werkgevers kunnen mogelijkheden en risico's inschatten van medewerkers met een hartaandoening

Op basis van de vragen waarmee werkgevers worstelen, werd een brochure opgemaakt die werkgevers informeert over de modaliteiten omtrent het tewerkstellen van hartpatiënten.

(Klik hier) link naar brochure werkgevers

Werkgevers die personen met een hartaandoening willen aanwerven weten beter waar ze terecht kunnen

4. Personen met een hartprobleem ondersteuning bieden bij werkhervatting

Personen met een hartprobleem worden zich meer bewust van hun mogelijkheden tot arbeid

Informatie over invaliditeit, uitkeringen en wetgevingen zijn onduidelijk. Door hen correcte informatie te verschaffen worden deze onduidelijkheden weggewerkt.

Personen met een hartprobleem worden gereactiveerd vooraleer ze op invaliditeit gesteld worden

De methodiek wil minder mensen laten wegzinken in een periode van langdurige inactiviteit, waardoor de afstand tot de arbeidsmarkt vergroot. Minder personen met een hartprobleem nestelen zich bijgevolg in inactiviteit.

Personen met een hartprobleem worden actief gestimuleerd om opnieuw aan het werk te gaan

Personen met een hartprobleem worden aangespoord en begeleid om zich opnieuw op de arbeidsmarkt te begeven. Zij worden gestimuleerd om mee te denken over hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Dit brengt een psychologisch activeringseffect teweeg, waardoor zij zich opnieuw op de arbeidsmarkt willen begeven.

Hartpatiënten op invaliditeit mogen werken onder goedkeuring van de adviserend geneesheer. De adviserend geneesheer geeft kans tot werk via progressieve tewerkstelling, zodat ze desnoods een beperkt aantal uren per week opnieuw kunnen werken.

METHODIEK: Professionele Re-integratie van personen met een hartprobleem tijdens revalidatie

De methodiek: “Professionele re-integratie van personen met een hartprobleem” is een methodiek voor arbeidstrajectbegeleiders om personen met een hartprobleem te ondersteunen bij hun wedertewerkstelling tijdens de cardiale revalidatie.

Linken

[Doel van de methodiek](#)

[Essentiële principes van de methodiek](#)

Doel van de methodiek

Aan de hand van de methodiek van professionele re-integratie van personen met een hartziekte kan langdurige uitval bij deze werknemers voorkomen worden (jobbehoud), nog voor deze doelgroep effectief een beroep gaat doen op compensatiesystemen.

Indien werknemers uitvallen, kan dankzij de methodiek van Professionele re-integratie van personen met een hartziekte vermeden worden dat zij blijvend een beroep doen op compensatiesystemen (re-integratie).

Doelstelling 1: (Micro-niveau)

Ontwikkeling en implementatie van een methodiek voor de individuele ondersteuning van werknemers met een hartziekte bij jobbehoud en re-integratie.

Doelstelling 2: (Meso-niveau)

Ontwikkeling en implementatie van een methodiek die trajectbegeleiders, werkgevers... concrete handvaten aanreikt om werknemers met een hartziekte tewerk te (blijven) stellen.

Doelstelling 3: (Macro-niveau)

Beleidsfocus op jobbehoud en re-integratie bij eigen werkgever verhogen om zo een actieve bijdrage te leveren aan de optimalisering van het huidige arbeidsmarktbeleid; en dit specifiek ten aanzien van werknemers die bedreigd worden met langdurige uitval als gevolg van een hartziekte.

Essentiële principes van de methodiek

1. Werkhervatting is haalbaar voor de meeste werknemers met een hartprobleem

De meeste werknemers met een hartprobleem kunnen na hun revalidatieperiode opnieuw aanknopen met werk. Door verbeterde behandelingen in de cardiologische wetenschappen kunnen meer mensen met hartproblemen hun carrière terug opnemen. Dit geldt echter niet voor alle hartpatiënten. Wanneer de prognose slecht is en het risico op hervat groot, kan een terugkeer naar werk niet wenselijk zijn.

2. Snelle interventie

Langdurige gezondheidsproblemen en functionele beperkingen als gevolg van een hartprobleem leiden tot werkloosheid en in veel gevallen tot definitieve uitsluiting uit de arbeidsmarkt. Hoe langer een patiënt afwezig blijft van het werk, hoe kleiner de kans dat deze het werk bij de eigen werkgever ooit nog hervat:

- de kans dat werknemers na een afwezigheid van drie tot zes maanden het werk bij eigen werkgever weer hervatten is minder dan 50%
- de kans dat werknemers na een afwezigheid van meer dan een jaar het werk bij eigen werkgever weer hervatten daalt tot 20%
- slechts een kleine 10% van de werknemers keert terug naar eigen werkgever na 2 jaar afwezigheid.

Door snelle interventie wordt vermeden dat werknemers als gevolg van een hartaandoening langdurig een beroep moeten doen op compensatiesystemen, zoals de ziekteverzekering, en invaliditeitsuitkering, en in de categorie “werklozen” en “non-actieven” terechtkomen.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat een snelle interventie de slaagkansen op re-integratie verhoogt. Tijdens het project hebben we weliswaar getracht om de ‘snelle interventie’ te nuanceren. Door steeds in overleg te gaan met de cardioloog, kinesist, verpleegkundige en de patiënt hebben we altijd voor het meest gepaste moment geopteerd om de medewerker terug aan de slag te laten gaan, in plaats van het snelste moment.

Wanneer vindt de interventie plaats?

Het is cruciaal om het re-integratietraject zo vroeg mogelijk op te starten.

a) Tijdens de hospitalisatiefase van de patiënt

De eerste stappen worden reeds gezet tijdens de hospitalisatiefase. Snel na de opname in het ziekenhuis wordt de patiënt op de hoogte gebracht over de mogelijkheden van de begeleiding bij het hervatten van het werk.

b) Tijdens de start van de cardiale revalidatie

Al snel na de start van de cardiale revalidatie ziet de hartpatiënt zijn krachten aanwinnen waardoor zijn/haar angsten afnemen. Tijdens deze periode wordt hij/zij aangesproken door de GTB-consulent en wordt bekeken op welke manier de werkhervatting kan gebeuren in de meest optimale omstandigheden.

Goede timing is belangrijk

Een goede timing van de (start van de) het traject is van belang. Te lang buiten het arbeidsproces staan kan leiden tot wederzijdse onthechting en tot een nieuw leefpatroon waarin het werk van minder belang is. Anderzijds zal een te snelle re-integratie, op een moment dat de patiënt, diens omgeving of werkplek er nog niet aan toe is, kunnen leiden tot teleurstelling en demotivatie van alle betrokkenen. In dit verband is het van belang om behalve voor onderschatting ook oog te hebben voor overschatting van de mogelijkheden door de patiënt.

Wanneer de werkhervatting ter sprake brengen?

Werkhervatting moet zo snel mogelijk ter sprake worden gebracht. Zodoende heeft de persoon met een hartprobleem meer tijd om zich mentaal voor te bereiden en kan er tijdig nagedacht worden door de trajectbegeleider over een interventieplan. Er moet voorkomen worden dat de periode van hartrevalidatie eerst volledig afgerond wordt voordat begonnen wordt aan het re-integratietraject. Er moet gestreefd worden naar werkhervatting tijdens de hartrevalidatie.

Gedeeltelijke werkhervatting is meestal mogelijk en wenselijk. Dat betekent dat de tijdstippen van de werkhervatting en de hartrevalidatie op elkaar afgestemd moeten worden.

Oorspronkelijk was het de bedoeling om het traject op te starten tijdens de hospitalisatiefase. Tijdens het uitvoeren van de eerste cases werd al snel duidelijk dat het maar aangewezen was om het traject tijdens de revalidatiefase op te starten. Op aanbeveling van de cardiologen en op basis van de eerste praktijkervaringen bleek zeer duidelijk dat deze aanpak niet wenselijk en niet opportuun is. De cardiologen wijzen er op dat de patiënt eerst voldoende moet herstellen en vooral op psychisch vlak terug iets sterker moet staan alvorens de eerste stappen naar werk gezet kunnen worden. Het traject gaat nu van start vanaf het moment dat de hartpatiënt bezig is met de revalidatiefase.

Tijdens de hospitalisatiefase wordt de patiënt wel al geïnformeerd over het project, zodat hij/zij gerustgesteld is met betrekking tot werkhervatting. Indien de patiënt al tijdens de hospitalisatiefase

met vragen zit over werk, krijgt hij/zij wel al de nodige antwoorden. Deze gesprekken gebeuren niet met GTB, maar wel door het verplegend personeel, iemand van de sociale dienst, de verantwoordelijke van het cardiologisch revalidatieteam... Aan hen werden folders ter beschikking gesteld en zij werd geïnformeerd tijdens een presentatie over het project. Wanneer kandidaten voor het project reeds voor de revalidatie vragen willen stellen aan de GTB-trajectbegeleiders, kunnen zij hun contactgegevens terugvinden op de folder.

3. De snelheid van de werkhervatting hangt af van diverse factoren

De snelheid van werkhervatting varieert van persoon tot persoon en van het type job. Het is in het grootste belang voor de werknemer om dit zorgvuldig te bespreken met de arts of cardioloog. Hoe langer iemand 'uit' is ten gevolge van een hartprobleem, hoe moeilijker het is voor deze persoon om terug te keren naar de arbeidsmarkt.

De snelheid van werkhervatting hangt af van:

Het ziektebeeld

Vanzelfsprekend is het specifieke ziektebeeld een doorslaggevende factor of een persoon met een hartprobleem al dan niet op korte termijn het werk kan hervatten. Zo is de snelheid waarmee het werk hervat wordt, lager bij patiënten met een hartinfarct of overbruggingsoperatie dan bij andere cardiale aandoeningen. Soms is meer tijd nodig. Bijvoorbeeld bij complicaties kan bijkomende tijd nodig zijn vóór een terugkeer naar de job. Ook zullen in dit geval meerdere testen moeten plaats vinden.

De fysieke vereisten van de job

Ook de fysieke vereisten van de job moeten in overweging genomen worden. Werknemers die tijdens het uitvoeren van hun job onderstaande activiteiten verrichten, dienen zorgvuldig te worden gevolgd:

Zware zaken tillen en te dragen

Trekken en te duwen

Scheppen

Zware gereedschappen en apparatuur gebruiken

Andere fysiek veeleisende taken uitvoeren

De werkomgeving/omstandigheden

De effecten van de werkomgeving dienen eveneens mee in rekening genomen te worden:

Zit of staat de werknemer frequent?

Voert de werknemer taken uit bij extreme temperaturen?

Is de werknemer blootgesteld aan dampen/gassen?

Geldt er een ploegendienst/shiften?

Stress op het werk

Het is nodig om na te gaan of de werknemer met een hartprobleem stress ondervindt van deadlines, supervisie, werklust, collega's... Deze aspecten dragen bij tot de snelheid van de werkhervatting.

Voltijds of halftijds?

Het is aangewezen om de werkhervatting op te starten met een graduele terugkeer. De werknemer met een hartprobleem heeft er baat bij om opnieuw te beginnen met deeltijds werk. Het is immers bewezen dat dit een zeer succesvolle manier is om de stap naar de arbeidsmarkt te vergemakkelijken.

4. Betrokkenheid van alle actoren uit het netwerk rond de hartpatiënt is vereist

De kracht van de methodiek bestaat uit de multidisciplinaire aanpak waarbij de cardioloog, de verantwoordelijken van het cardiologisch revalidatiecentrum en de GTB-consulent samenwerken om de persoon met een hartprobleem optimaal te kunnen begeleiden.

5. Handhaving op het werk (jobbehoud), of snelle en gepaste terugkeer naar werk als het primaire doel

De werkplek is in de meeste gevallen de meest effectieve plaats is voor re-integratie. De methodiek beoogt jobbehoud en re-integratie van deze werknemers, in eerste instantie bij de eigen werkgever. Ervaren personeel blijft op deze manier inzetbaar op de werkvloer. Er blijft dus duidelijk nog sprake van een arbeidsrelatie tussen werknemer en werkgever.

6. De dienstverlening is laagdrempelig en niet-invasief

De GTB trajectbegeleider is op bepaalde tijdstippen aanwezig in de revalidatieruimte waar er de mogelijkheid is tot informeel contact. Dit maakt de toegankelijkheid veel groter. Door het informeel contact is er ook meer uitwisseling over het 'beleven van hun hartprobleem'. De fysieke aanwezigheid verkleint de afstand tussen trajectbegeleider en klant.

Niet-invasieve werking: De aanwezigheid en de interventies door de GTB-consulenten in het cardiologisch revalidatiecentrum hebben geen versturende invloed op de werking in het revalidatiecentrum.

7. Consultatie van en communicatie tussen alle betrokken partijen tijdens alle stadia van het proces

Communicatie is essentieel, dit kan: via formeel contact (volgens gemaakte afspraken, bestaande overlegmomenten, ...) of via Informeel contact om meer uitwisseling te krijgen over het 'beleven van de handicap' en om vertrouwen te winnen van de partner uit de gezondheidszorg. Beide partijen gaan ten rade bij elkaar en wisselen expertise uit.

8. De terugkeer van werknemers met een hartziekte op het hoogst mogelijke niveau als streefdoel, met volgende hiërarchie:

- zelfde taak/job, zelfde werkgever;
- aangepaste taak/gelijkaardige job, zelfde werkgever;
- alternatieve taak/nieuwe job, zelfde werkgever;
- aangepaste taak/gelijkaardige job, andere werkgever;
- alternatieve taak/nieuwe job, andere werkgever;
- onbezoldigde arbeid: mantelzorg, vrijwilligerswerk...

9. Graduele terugkeer naar vorig werkniveau

Het is aan te bevelen om een graduele terugkeer naar het werkniveau van vóór de hartziekte te overwegen, in termen van taken en tijd. Dit kan leiden tot permanent halftijds werk of verminderde uren.

10. Het vrijwilligheidsprincipe is van toepassing

De begeleiding naar werkhervatting gebeurt steeds op vrijwillige basis. Wanneer de hartpatiënt om een of andere reden het niet haalbaar acht om het werk te hervatten, neemt de GTB-consulent geen verdere actie.

11. Maatwerk: Inhoudelijke en procesmatige ondersteuning van de werknemer en werkgever

Er wordt op vraag van de patiënt gewerkt. De trajectbegeleider volgt de methodiek maar deze kan eenvoudig worden aangepast aan de vraag, de situatie en het ziektebeeld van de patiënt.

De dienstverlening geldt voor zowat alle cardiologische ziektebeelden. De specifieke begeleiding is afhankelijk van het ziektebeeld. Zo spreekt het vanzelf dat een werknemer na een overbruggingsoperatie minder nood zal hebben aan arbeidspostaanpassingen dan bijvoorbeeld na een ernstig hartfalen.

12. Vermijden van risico's tijdens het werk

Het is van belang dat werknemers met een hartprobleem in zo veilig mogelijke omstandigheden aan het werk zijn. Daarom dienen specifieke risico's die bedreigend kunnen zijn voor de gezondheid vermeden te worden.

13. De methodiek is gebaseerd op de reguliere trajectbegeleiding van GTB

De rol van de trajectbegeleider binnen dit project is vergelijkbaar met de rol die hij speelt in de reguliere trajectbegeleiding, maar met enkele duidelijke verschillen en met gespecialiseerde kennis rond het begeleiden van personen met een hartprobleem.

Zie 'Rol van de trajectbegeleider in een re-integratietraject' + competentieprofiel

De trajectbegeleider hanteert in elk traject het 'GTB-trajectmodel', wat flexibel kan worden aangepast aan de aard van het traject. Hieronder beschrijven we de belangrijkste verschillen tussen een regulier traject en een traject in het kader van het project 'Hart voor Werk'.

De methodiek 'Professionele re-integratie van personen met een hartprobleem' houdt rekening met de aanwezige ervaring bij de dienstverlener. De methodiek vertrekt vanuit de standaardmethodiek van GTB en bouwt daarop verder. De standaardmethodiek bestaat al jaren bij GTB en heeft zijn succes reeds uitvoerig bewezen.

14. Als betaald werk niet meer mogelijk is, wordt de patiënt begeleid naar vrijwilligerswerk, of een andere zinvolle bezigheid

Het project 'Een Hart voor Werk' richt zich in eerste instantie op betaalde werkhervatting. Een aantal personen met een hartprobleem zal echter omwille van ernstige functiebeperkingen tengevolge van hun ziekte nooit meer kunnen participeren op de betaalde arbeidsmarkt. De stuurgroep van 'Een Hart voor Werk' meent dat het voor deze personen aangewezen is om –indien haalbaar– alsnog te opteren voor onbetaalde arbeid. Onbetaalde arbeid kan verschillende vormen aannemen, onder meer vrijwilligerswerk, mantelzorg, huishoudelijke- en zorgtaken. Onbetaald werk is vrijblijvender en er worden minder eisen gesteld aan het tempo en duur van de taken. Bovendien is de patiënt voor zijn of haar inkomsten er niet afhankelijk van. Hervatting van onbetaalde arbeid dient gestimuleerd te worden wanneer dit bijdraagt aan de sociale participatie en de kwaliteit van leven van de persoon met een hartprobleem.

15. Belang van Interventiemaatregelen

Voor de re-integratie van werknemers met een hartaandoening blijken maatregelen die op de werkplek worden uitgevoerd bijzonder effectief te zijn. Rehabilitatie op de werkplek en aanpassing van de werkomstandigheden, de taken en/of de uren hebben een duidelijk positief effect op de kans op werkhervatting (of verkorten de duur tot werkhervatting).

16. De methodiek is toepasbaar op andere ziektebeelden

Reeds in 2013 heeft GTB in de praktijk aangetoond dat de ontwikkelde nieuwe dienstverlening op eenvoudige wijze transfereerbaar is naar andere revalidatiecentra, en zelfs naar andere ziektebeelden. Pilotprojecten in verschillende revalidatiecentra werden opgestart. (motorische handicap, MS-patiënten, geestelijke gezondheidsproblemen..)

De cases

[Linken op pagina](#)

[Praktisch verloop](#)

[Selectie van werknemers met een hartziekte](#)

[Inclusiecriteria](#)

[Exclusiecriteria](#)

[Kenmerken van de geselecteerde personen](#)

[Voorbeeld van een geslaagd re-integratietraject](#)

Modaliteiten van hertewerkstelling

Positieve resultaten

Besluiten

Praktisch verloop

Locatie: cardiologische revalidatie vindt plaats op de campus Sint-Jozef.

Timing: maart 2011 - 2013

Twee trajectbegeleiders: Twee consultants van GTB zijn deels aan de slag geweest op de campus Sint-Jozef in AZ Turnhout. Zij waren fysiek aanwezig in het revalidatiecentrum en gebruikten een bureau op 3m van het revalidatiecentrum. Op deze manier leerden zij de werking van het revalidatiecentrum snel kennen en kon een vertrouwensrelatie groeien met de patiënten en met het personeel van AZ Turnhout.

Folder (link): Er wordt een folder meegegeven zodat de klant, indien nodig, thuis rustig het aanbod in overweging kan nemen. Indien deze interesse heeft, wordt de klant verwezen naar GTB. Hij wordt op korte termijn vrijblijvend uitgenodigd voor een eerste gesprek.

Selectie van werknemers met een hartziekte

Inclusiecriteria

De stuurgroep definieerde een aantal voorwaarden waaraan personen met een hartziekten moesten voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor begeleiding in het kader van 'Een Hart voor Werk'.

1. Het gaat in hoofdzaak om werknemers met een lopend arbeidscontract die uitgevallen zijn omwille van gezondheidsproblemen of functiebeperkingen ten gevolge van een hartziekte, en waarbij langdurig verzuim of zelfs definitieve uitval dreigt.
2. De re-integratieacties moeten in eerste instantie gericht zijn naar het eigen bedrijf, m.a.w. het bedrijf waar de werknemer aan het werk was voor zijn hartprobleem.
3. De opstart van het traject gebeurt altijd tijdens de periode van revalidatie (bijgevolg binnen de 3 maanden na het meemaken van het hartprobleem)
4. De persoon met het hartprobleem moet akkoord gaan met de opvolging van de re-integratie door een GTB-consulent.

Exclusiecriteria

Omwille van de hoger geformuleerde voorwaarden en exclusiecriteria kon niet elke hartpatiënt begeleiding genieten. Hieronder volgt een opsomming van redenen:

1. Pensioengerechtigde leeftijd

Een groot deel van de patiëntenpopulatie in het cardiologisch revalidatiecentrum is reeds op pensioengerechtigde leeftijd. Bijgevolg komen zij niet in aanmerking om begeleid te worden in het kader van het project 'Een Hart voor Werk'.

2. Snel herstel

Een deel van de patiëntenpopulatie dient slechts een kleine ingreep te ondergaan en geneest helemaal. Bijgevolg kan deze doelgroep zonder problemen opnieuw het werk (bij de eigen werkgever) hervatten.

Uit de praktijk:

Volgens de revalidatie-arts/cardioloog voelen sommige mensen zich na de ingreep beter dan tevoren. Zo functioneren patiënten met een stent/overbrugging soms beter dan voor de ingreep en zijn ze doorgaans minder vermoeid dan voorheen.

Sommige patiënten voelen zich relatief goed en gaan hun eigen mogelijkheden hierdoor overschatten. Deze patiënten zijn dan vaak geneigd om het werk (te) snel en zonder aanpassing te hervatten. Dit zijn meestal degenen die niet wensen in te stappen in het project.

3. Persoon vindt zelf de weg

Een aantal patiënten (die goede contacten met hun werkgever onderhouden) vindt zelf de weg terug naar de werkgever. Deze worden niet opgenomen als case binnen het project.

Uit de praktijk:

Een patiënt heeft een uitgebreid gesprek gehad met de GTB-consulent. Hij heeft een kleine ingreep gehad (plaatsing van een stent) en door de goede relatie met zijn baas heeft hij geen nood aan bijkomende ondersteuning bij werkhervatting. Hij stapte op eigen kracht opnieuw naar zijn werkgever, waar hij zonder veel problemen opnieuw aan de slag kond.

4. Werkloos

Een aantal patiënten kwam niet in aanmerking omdat ze niet voldeden aan de voorwaarden of inclusiecriteria: bvb mensen die geen job hadden op het moment dat ze gehospitaliseerd werden wegens hun hartziekte. Met een deel van deze patiënten werd wel een gesprek gedaan en bekeken of zij in de reguliere werking van GTB opgestart konden worden.

5. Geen bereidheid

De dienstverlening in het kader van ‘Een hart voor Werk’ is gebaseerd op vrijwilligheid. Personen met een hartziekte worden in geen enkel geval verplicht om opnieuw aan het werk te gaan. Een aantal patiënten kampt met andere waarden en meent dat participatie aan de arbeidsmarkt niet van belang is. Deze reflex is vaak te wijten aan het ingrijpende karakter van een hartprobleem. Veel hartpatiënten beseffen dat hun leven ook wel eens gedaan had kunnen zijn, en krijgen daardoor (tijdelijk) een andere kijk op bepaalde waarden en hebben een andere ingesteldheid omtrent maatschappelijke integratie. Bovendien spelen er vaak ook andere factoren bij de afweging om het werk al dan niet te hervatten.

Kenmerken van de geselecteerde personen

Meer mannen dan vrouwen:

Het aantal mannen in de onderzoeksgroep was zoals verwacht aanzienlijk groter dan het aantal vrouwen. Aangezien vrouwen pas op latere leeftijd geconfronteerd worden met hartziekten, zijn zij veel minder sterk vertegenwoordigd in het revalidatiecentrum. Vrouwen hebben doorgaans de pensioengerechtigde leeftijd bereikt wanneer zij te kampen krijgen met hartproblemen. Bijgevolg maken aanzienlijk minder vrouwen deel uit van de cases.

Leeftijdscategorieën:

Leeftijd: Bij de meest recente cases worden nogal wat jongere mensen opgemerkt: 40'ers en 50'ers. De leeftijd blijkt op zich geen doorslaggevende rol te spelen voor het al dan niet slagen van een traject.

Sectoren

Sector	Aantal cases
bouw	5
chemie	3
distributie/logistiek	4
gezondheid	1
horeca	1
metaal	2
onderhoud	4
onderwijs	1
overheid	7
productie	6
transport	10

tuinbouw	1
veiligheid	1
verkoop	1
voeding	1

Scholingsgraad:

Binnen het aantal uitgevoerde cases bleek de scholingsgraad geen invloed te hebben op het al dan niet slagen van een traject.

Aandoeningen:

De trajectbegeleiders hebben personen met diverse ziektebeelden begeleid naar werk. De begeleiding diende afhankelijk van het ziektebeeld aangepast te worden. (Maatwerk) Voor sommige ziektebeelden gelden immers speciale aandachtspunten. (al dan niet nog mogen rijden, resterende functionele mogelijkheden...)

Aandoening	Aantal cases
mitralisklepaandoening	3
tricuspidalisklepaandoening	1
hypertensie	6
cardiomyopathie	5
angina pectoris	8
myocardinfarct	23
pericarditis	2
aortaklepaandoening	3
hartstilstand met geslaagde reanimatie	2
hartritmestoornissen	6
tetralogie van fallot	1

Voorbeeld van een geslaagd re-integratietraject

Om een inzicht te geven in de vertaling van de methodiek professionele re-integratie van personen met een hartziekte beschrijven we hieronder een concreet re-integratietraject:

Voorbeeld uit de cases:

Eind juni 2011 had René een eerste gesprek met een trajectbegeleider van GTB. Op dat moment was hij enkele weken bezig met de revalidatie en hij voelde zich erg goed. Zijn conditie was beter dan tevoren en hij verwachtte zeker begin oktober zijn werk te hervatten, mits enkele aanpassingen. Ook de cardioloog verwachtte op dat moment geen problemen. Begin augustus is er nog een gesprek met René om na te gaan hoe hij herstelt. Op dat moment blijkt echter dat de revalidatie met 3 weken wordt verlengd. René had bronchitis gehad en mocht een tijdje niet naar de revalidatie komen, aangezien dit een bijkomend risico kan vormen voor hartpatiënten. Het herstel van deze bronchitis liep ook moeizaam. Bij het hervatten van de revalidatie was ook merkbaar dat hij opnieuw diende op te bouwen. Vanaf dan is hij er extra alert voor dat hij beter naar zijn lichaam moet luisteren en op tijd de nodige rust moet nemen. Hij neemt zich ook voor om deze houding door te trekken naar zijn werk, wat hij ook daadwerkelijk doet. René merkt immers dat hij het anders nadien bekoopt. Hij hervat zijn werk uiteindelijk pas in december, aangezien het ook wat extra tijd heeft gevergd om zijn medicatie op punt te stellen, hij ondervond te veel bijwerkingen. De revalidatie is voor hem duidelijk een soort van leerproces geweest. Maar op het moment dat hij terug aan het werk ging, was hij er dan ook echt klaar voor. Er werd aangepast werk voorzien en René waakt beter over zijn eigen grenzen. Voordien

werkte hij als veiligheidsagent met lange, zware werkdagen en veel interventies, momenteel leidt hij de nieuwelingen op, doet administratief werk en houdt toezicht bij openingen van gebouwen en bedrijven. En dit alles op zijn eigen tempo, hij is deeltijds progressief gestart om nadien weer op te bouwen naar een voltijdse tewerkstelling.

Modaliteiten van hertewerkstelling

Inleiding

Er zijn verschillende manieren waarop een hartpatiënt na de revalidatieperiode opnieuw het werk kan hervatten. Hieronder volgen de meest courante vormen, die telkens geïllustreerd worden door een praktijkvoorbeeld.

Schema: Modaliteiten van hertewerkstelling / aantal cases

Modaliteit hertewerkstelling	Aantal cases
Zelfde taak/job, zelfde werkgever	17
Aangepaste taak/gelijkaardige job, zelfde werkgever	13
Alternatieve taak/nieuwe job, zelfde werkgever	3
Aangepaste taak/gelijkaardige job, andere werkgever	1
Alternatieve taak/nieuwe job, andere werkgever	1
Onbezoldigde arbeid: mantelzorg, vrijwilligerswerk, andere	7
Totaal	42

Zelfde taak/job bij dezelfde werkgever

→ Een aantal patiënten hervat hetzelfde werk bij dezelfde werkgever via het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting of toegelaten arbeid

Het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting bleek zich bijzonder goed te lenen voor personen met een hartziekte die na hun revalidatie opnieuw aan de slag wensen te gaan:

Rita is magazijnbediende in een groot bedrijf in Malle en kreeg een hartziekte. Gelukkig voor haar voert het bedrijf een beleid dat gericht is op re-integratie. Zij werkte voordien reeds 4/5^{de}. Na 3 maanden revalidatie is ze terug gestart met 4 voormiddagen per week, en in juli is zij terug overgeschakeld naar haar 4/5^{de} tewerkstelling. GTB maakte de nodige afspraken met de adviserend geneesheer, de cardioloog en de arbeidsgeneesheer om de herintreding optimaal te laten verlopen.

Frans is klusjesman in een aantal scholen bij de Stad Turnhout,. Na de hartrevalidatie kan hij via gedeeltelijke werkhervatting opnieuw halftijds aan de slag. Frans wist niet dat deze mogelijkheid bestond en maakt er graag gebruik van. De GTB-consulent maakte hem wegwijs in de procedures die hij moest doorlopen alvorens hij terug zou kunnen starten.

Paul heeft een aangeboren hartaandoening en werkt bij Janssen-Pharmaceutica in de productie-afdeling als productiemedewerker in vroege en late dienst. De man is heel sportief en let op zijn

voeding... maar heeft desondanks een serieuze ingreep ondergaan. Hij wilde aanvankelijk al snel na de revalidatieperiode opnieuw aan het werk maar na overleg met het revalidatieteam werd gesteld dat het aangewezen was om drie maanden revalidatie uit te doen alvorens deeltijds terug aan het werk te gaan. GTB is samen met Paul in gesprek gegaan met de werkgever om samen naar een gepaste oplossing te zoeken. Hij werkte uiteindelijk gedurende 2 maanden via een systeem van gedeeltelijke werkhervatting, en startte nadien terug in zijn oorspronkelijk, voltijds regime.

Aangepaste taak/gelijkluidende job, zelfde werkgever

Een aantal hartpatiënten kan dezelfde job bij dezelfde werkgever blijven uitoefenen, mits aanpassingen aan het werk of aan de arbeidsomstandigheden

In heel wat gevallen zoekt de GTB-consulent mee naar oplossingen die het de persoon met een hartziekte mogelijk maken om aan de slag te blijven binnen dezelfde job, bij dezelfde werkgever.

Voorbeelden uit de cases

Jan is een heftruckinstructeur, tewerkgesteld in Anderlecht. GTB heeft onderhandeld met de werkgever en is een aantal aanpassingen overeengekomen, die het de werknemer moeten toelaten om vlotter te kunnen herintreden. Het grootste probleem was het woon-werkverkeer dat moeilijk verliep. Daarom werd het uurrooster aangepast, zodat zijn werkuren beter aansloten op de uren van het openbaar vervoer.

Bij Mark, die een preventieve ingreep aan het hart onderging, werd een stent geplaatst. Opnieuw aan het werk startte hij volgens een progressief tewerkstellingsstelsel gedurende 2,5 dag per week, afgewisseld met revalidatietrainingen. Wisselende werkuren zijn echter niet meer mogelijk aangezien deze te stresserend zijn. Dit werd op vraag van Hart voor Werk door het hartrevalidatiecentrum bevestigd en geattesteerd

Karel is een vrachtwagenchauffeur met een aangeboren hartafwijking die een infectie had opgelopen en diende een operatie te ondergaan. GTB heeft overleg met de cardioloog gepleegd en bemiddeld met de werkgever. Tijdens de operatie werd zijn borstkas volledig opengelegd waardoor hij fysiek goed moet herstellen om opnieuw aan kracht te winnen alvorens hij opnieuw aan het werk kan. In de toekomst zal hij, zeker de eerste periode, enkel containertransport doen aangezien dit fysiek minder belastend is dan de vrachtwagens met 'bache' die handmatig en met veel kracht bevestigd moeten worden. Hij gaat in principe voltijds aan de slag, maar aangezien hij nog erg veel verloop heeft, werkt hij in de praktijk tot het einde van het jaar deeltijds.

Ahmed is een man van Pakistaanse afkomst die bij een boomkwekerij werkt en een hartinfarct doormaakte. Het gaat om een heel klein bedrijf en de werkgever had niet veel ervaring met deze materie. GTB is samen met Ahmed in gesprek gegaan met de werkgever en heeft het voorstel van deeltijdse werkhervatting gedaan. GTB ondersteunde in deze case zowel Ahmed als de werkgever om hierin wegwijs te geraken. Hij is terug gestart in een deeltijds systeem en met lichtere taken. In deze case speelde het taalaspect ook een grote rol. Mede door de begeleiding van GTB werd de hertewerkstelling zo optimaal mogelijk georganiseerd.

Alternatieve taak/nieuwe job, zelfde werkgever

Een aantal patiënten kan hetzelfde werk niet meer opnieuw uitoefenen en wordt begeleid naar een nieuwe job bij dezelfde werkgever

Voor heel wat patiënten is het uitoefenen van dezelfde job helaas niet meer mogelijk na bepaalde hartziekten. Mits het doorvoeren van bepaalde aanpassingen (werkomstandigheden, tijdschema's...), kunnen de risico's verkleind worden en kan de tewerkstelling toch succesvol zijn.

Mo is een vrachtwagenchauffeur die voor een kringwinkel spullen ophaalt. Het gaat voornamelijk om meubelen, dus zware en moeilijk hanteerbare lasten. Omwille van een doorgemaakt hartinfarct mag hij niet langer zware lasten tillen (Zie ook MET-schaal). Na bemiddeling met de werkgever door de GTB-consulent wordt deze werknemer nu ingezet in het magazijn. De werklast is aanzienlijk lager waardoor de risico's beperkt worden.

Michel, een bewakingsagent met lange, zware werkdagen en veel interventies bij Groep4 krijgt een hartziekte. GTB is in overleg met de werkgever om te zien of de man zijn oorspronkelijke taken nog kan opnemen, of er verandering moet aangebracht worden aan zijn takenpakket. Hij moest voordien soms gedurende 10u aan een stuk rechtstaan en toezicht houden, maar hij krijgt voortaan lichtere opdrachten zodat hij zijn job kan blijven uitoefenen. Hij krijgt weinig risicovolle opdrachten toebedeeld. De werkgever geeft aan hem niet kwijt te willen aangezien betrokkene reeds lang in dienst is en de werkgever erg tevreden is. Daarom mag hij voortaan opleiding geven aan nieuwe medewerkers en krijgt hij andere minder zware taken toebedeeld zoals administratief werk en toezicht bij houden bij openingen van gebouwen en bedrijven. Dit alles op zijn eigen tempo, hij is deeltijds progressief gestart om na verloop van tijd weer op te bouwen naar een voltijdse tewerkstelling.

Mark is al 35 jaar tewerkgesteld bij de politie Antwerpen als hij wordt opgenomen met een hartinfarct. Hij is in feite al 3 jaar pensioengerechtigd, maar om financiële redenen zou hij nog graag 2 jaar werken alvorens op pensioen te gaan. Sinds 2003 deed hij de klachtenbehandeling op de onthaaldienst, waarbij hij in shiften werkte (12-uren-systeem). Omwille van de stress, de onregelmatige werkuren en interne veranderingen, ziet Joseph het niet zitten om deze job zonder aanpassingen te hervatten. Maar de situatie is nogal complex. Als zijn (beperkt) ziektecontingent is opgebruikt komt hij op disponibiliteit en dan krijgt hij nog slechts 60% van zijn loon of mogelijks wordt hij ambtshalve op pensioen gesteld, hij kan een periode halftijds werken zonder loonverlies maar hoelang, hij mag in theorie enkel deeltijds werken met halve dagen van de controle-arts van de politie, hij heeft nog een aantal verlofdagen van het vorige jaar en zijn volledige verlof van dit jaar ...? Een heel kluwen dat hij niet in zijn eentje weet te ontrafelen. De GTB-trajectbegeleider contacteert de dienst HRM van de politie Antwerpen en schetst de ganse situatie en de vragen die beantwoord moeten worden. In overleg met het multidisciplinair team van de cardiale revalidatie adviseren we dat Mark deeltijds het werk hervat met de ene week 2 werkdagen en de andere week 3. Dit om dagelijkse filestress te vermijden. Verder vragen we een aangepaste job die minder stresserend is. Mark moet dus eerst op controle bij de cardioloog en van hem een verslag meekrijgen met zijn advies. Hiermee gaat hij zijn eerste werkdag op controle bij de arbeidsgeneesheer. Deze beslist of een aangepaste job en uurschema aangewezen zijn. Verder moet er een afspraak gemaakt worden bij de raadgevend geneesheer van de politie. Omdat deeltijds werk met volledige werkdagen in principe niet wordt toegestaan, dient deze raadgevend geneesheer dit voor te leggen op een commissie. Indien dit wordt toegestaan, kan dit normaalgezien voor een jaar, tenzij op medisch advies en/of met opbouw van uren kan dit worden verlengd. Maar omdat zijn ziektecontingent nog beperkt is, zal hij eerst een deel verlof opnemen en vervolgens deeltijds het werk hervatten (2 dagen – 3 dagen – 2 dagen - ...) Op die manier kan hij zijn ziektecontingent nog opsparen voor noodgevallen. Zo heeft Mark zijn werk op een rustig tempo kunnen hervatten binnen een administratieve functie, voorlopig werd het deeltijds werk in het systeem met volledige dagen telkens verlengd.

Aangepaste taak/gelijkaardige job, andere werkgever

Een aantal patiënten kan hetzelfde werk niet meer opnieuw uitoefenen bij de huidige werkgever en wordt daarom begeleid naar een nieuwe job bij een andere werkgever.

Voor heel wat patiënten is het uitoefenen van dezelfde job helaas niet meer mogelijk na bepaalde hartziekten. Vaak laat de aard van de job ook geen aanpassingen toe, waardoor de persoon met een hartziekte genoodzaakt is om een passende job te vinden bij een andere werkgever. Omdat deze mensen vaak heel wat ervaring hebben binnen een bepaalde sector of functie, is het erg zinvol om een gelijkaardige job te zoeken in een andere, gepaste werkomgeving.

Marcel is een vrachtwagenchauffeur die het grootste deel van zijn loopbaan als chauffeur in het internationaal transport werkte. Aangezien hij meer tijd wilde voor zijn gezinsleven besloot hij echter vorig jaar om nationaal transport te gaan doen, nl. het ophalen van afvalcontainers. Sinds een aantal maanden ervaart hij ernstige hartritme stoornissen waardoor hij al een periode in ziekteverlof is. Marcel geeft zelf aan dat het nationaal transport hem veel stress bezorgd. Hij staat vaak in de file, moet vaak op moeilijke plaatsen manoeuvreren en werkt vaak lange dagen.

Na een gesprek bij de werkgever blijkt dat er geen mogelijkheid is om Marcel blijvend een lichtere ronde te geven aangezien dit voor veel wrevel onder de andere chauffeurs zou lijden. Deze aanpassing zou wel tijdelijk kunnen, maar dit lijkt niet haalbaar voor Marcel.

Marcel is zelf van mening dat een job als chauffeur in internationaal transport minder belastend is (iets regelmatig, minder in de file staan, niet zelf moeten laden en lossen, ...) en zocht daarom zelf naar een andere werkgever waar hij ondertussen als chauffeur terug aan de slag is.

Alternatieve taak/nieuwe job, andere werkgever

In bepaalde situaties is een job bij de huidige werkgever, zelfs mits aanpassingen, niet meer mogelijk. Wanneer deze situatie zich voor doet, is het erg belangrijk om in eerste instantie samen met het revalidatieteam te achterhalen welke soort taken er aangewezen zijn en welke taken er niet meer mogelijk zouden zijn.

Indien er nadien verder georiënteerd zou moeten worden, kan GTB hiervoor ook een beroep doen op het gespecialiseerd netwerk (GA of GOB) of op andere organisaties (VDAB, derden, ...).

Frans is sinds midden mei 2012 bezig met revalideren. Tijdens het gesprek met de verpleegkundige vertelt Frans dat hij als zelfstandige een bedrijf heeft dat de installatie van sauna's, opzetzwembaden, tuinhuisen, ... verzorgt. Maar gezien zijn veranderde medische situatie, en het zwakke statuut dat hij als zelfstandige heeft, wil hij graag in loondienst gaan werken om zo zijn pensioen veilig te stellen. GTB spreekt daarom met hem af om voornamelijk te ondersteunen bij het zoeken naar een job, in overleg met het netwerk (cardioloog, kinesist, verpleegkundige, ...) Bij het solliciteren botst Frans voornamelijk op zijn leeftijd. Hoewel dit geen argument mag zijn om iemand niet in dienst te nemen, ervaart hij het wel zo. GTB heeft als arbeidsbemiddelaar toegang tot de vacatures van Jobkanaal, wat als voordeel heeft dat deze zich specifiek openstellen voor de kansengroepen. Dit speelt dubbel in zijn voordeel, aangezien hij zowel 50+ is als een indicatie heeft tot arbeidshandicap. Hier krijgt hij dus wel een eerlijke kans. GTB spreekt ook met Frans af om hem aan te melden bij de 50+-club van VDAB, wat voordien onbekend was voor hem. Verder volgt GTB natuurlijk ook zijn herstel en het verloop van revalidatie mee op. De gemaakte afspraken worden dan ook op die manier verwoord op de trajectovereenkomst: opvolgen verloop revalidatie, ondersteuning bij sollicitatie, overleg met netwerk.

Onbezoldigde arbeid: mantelzorg, vrijwilligerswerk

Een aantal patiënten met een hartziekte kan enkel nog terecht in het vrijwilligerswerk

Een aantal mensen krijgt van de cardioloog geen toestemming meer om opnieuw aan het werk te gaan te gaan.

Een aantal cases bestaan uit personen met een zeer ernstige hartaandoening die omwille van medische redenen en een hoog risico niet langer kunnen participeren aan de arbeidsmarkt. Omdat in de praktijk bleek dat deze mensen in een depressie dreigden te raken, wil het project Een Hart voor Werk ook ondersteuning kunnen bieden aan deze mensen.

Jos is een 57-jarige man die geconfronteerd werd met een hartinfarct. Hij werkte zijn ganse leven als vrachtwagenchauffeur, maar was reeds 8 maanden voor zijn hartinfarct op mutualiteit omwille van een schouderprobleem.

Jos was akkoord met de begeleiding vanuit het project. Vanuit het project werd er in eerste instantie bekeken op welke manier Marc terug naar zijn werkgever zou kunnen gaan en zou kunnen werken als

vrachtwagenchauffeur. Al snel werd duidelijk dat er binnen het bedrijf geen mogelijkheden waren, gezien de hartproblematiek en de schouderproblematiek.

Een korte periode na de revalidatie, is er bij Jos ook nog een nekhernia ontstaan, waarvoor hij een operatieve ingreep onderging.

Op dat moment werd hij bijgevolg geconfronteerd met 3 medische problematieken.

Aangezien Jos echter een erg gemotiveerde man is, die graag nog zijn steentje wilde bijdragen, verwees GTB hem naar GA Turnhout, waar hij een uitgebreid multidisciplinair onderzoek onderging. Alle medische problematieken werden objectief beoordeeld en bij elkaar gelegd en van daaruit werd besloten dat er voor hem op dit moment geen opties zijn naar tewerkstelling.

Jos stond echter wel open om vrijwilligerswerk te doen en dan heeft GTB het zoeken naar een geschikte vrijwilligersplaats op zich genomen.

Op dit moment is Jos bezig als vrijwilliger in het rusthuis waar ook zijn moeder verblijft.

Peter is een 58-jarige man die omwille van een ernstige cardiomyopathie een defibrillator kreeg.

Omdat het een zeer ernstige pathologie betreft, wordt hij zeer regelmatig opgevolgd. Hij heeft nog slechts een hartfunctie van 15%. Dit brengt ook met zich mee dat hij zijn job als dispatcher van een vrachtwagenpark niet langer kan en mag uitvoeren. Deze job is erg stresserend en daarom ook ten zeerste af te raden. Hij heeft zijn leven lang in de transportsector gewerkt. Gelukkig heeft de man één grote hobby, nl. koken. Dit is zijn grote passie, maar voorlopig mag hij dit niet professioneel doen.

Maar omdat dit zijn grote droom is, heeft GTB samen met hem uitgezocht en gevonden dat hij ook tijdens zijn invaliditeit een bepaald bedrag (maximum 298 euro per maand) als zelfstandige kan bijverdienen, bovenop zijn mutualiteitsuitkering. Hiervoor heeft hij echter toestemming nodig van de adviserend geneesheer en dit kan ten vroegste 6 maanden na de plaatsing van zijn defibrillator en 2 positieve medische evaluaties. Bovendien moet hij eerst nog een diploma bedrijfsbeheer behalen.

Maar Peter is wat ongeduldig en daarom bespreekt de trajectbegeleider van GTB met hem de mogelijkheid om als vrijwilliger al een aantal activiteiten te doen die aansluiten bij zijn interesses. Peter is helaas ook al enkele keren opnieuw in het ziekenhuis beland met complicaties en hij geraakt ontmoedigd. Af en toe lijkt hij echt in de put te zitten door zijn medische beperkingen. Hij heeft duidelijk nood aan een positieve ervaring. Er wordt een verwijzing naar de psycholoog besproken, maar dit ziet hij niet zitten. Dus tracht de trajectbegeleider van GTB de momenten waarop het psychisch wat moeilijker gaat wat op te vangen vanuit de invalshoek 'vrijwilligerswerk', wat beter wordt aanvaard. Er wordt gezocht en gevonden. Peter kan aan de slag als vrijwillig lesgever bij Dinamo en geeft les in 'budgetvriendelijk koken'. Ook de adviserend geneesheer moedigt dit aan en geeft zijn goedkeuring. Er zijn ook contacten met CM om eventueel via Ziekenzorg reizen te begeleiden. Peter zette ook de stap om een cursus bedrijfsbeheer te volgen, waar hij intussen ook voor slaagde. Hij legde via zijn eigen netwerk al een aantal contacten om als kok in bijberoep aan de slag te gaan, zodra hij toestemming heeft van de adviserend geneesheer. Gelukkig heeft Peter zijn uitlaatklep gevonden in een vrijwillige activiteit waarin hij zich kan uitleven en die zin geeft aan zijn dagen, op het moment dat een moeilijke periode aanbreekt in zijn privé-leven.

Op aanraden van GTB werd een consult gepland met de psycholoog verbonden aan het hartrevalidatiecentrum, hoewel de man hier aanvankelijk weigerachtig tegenover stond. Op basis van enkele gesprekken met GTB en na overleg met adviserend geneesheer en cardioloog werden verschillende mogelijke pistes binnen het vrijwilligerswerk bekeken. Dit gaf voor betrokkene heel wat nieuwe perspectieven die hij aanvankelijk niet had gezien. Aangezien hij zijn vroegere job nooit meer zal kunnen hervatten, was hij op zoek naar een andere zinvolle bezigheid. Zijn gemoed gaat nog op en neer maar hij ziet nu ook al wat mogelijkheden, en niet enkel zijn beperkingen. Hij is vooral enthousiast omdat hij zonder GTB nooit zou hebben geweten dat er zoveel interessante mogelijkheden zijn binnen het vrijwilligerscircuit.

Positieve resultaten

Perceptie van de betrokken actoren op resultaat van traject

Een positief resultaat kan voor elke werknemer en werkgever anders zijn.

Voor sommige werknemers is het voldoende om opnieuw aan het werk te zijn in eigen bedrijf, anderen zoeken naar een geschikte combinatie tussen werk en privé en willen daarom liever deeltijds aan de slag. Weer andere werknemers zien een opleiding als een unieke kans om een nieuwe functie te gaan uitoefenen, terwijl anderen nooit graag op de schoolbanken zaten en enkel naar oplossingen willen zoeken binnen hun huidige kennis en ervaring.

Voor werkgevers kan het traject geslaagd zijn omdat ze een bekwame en ervaren medewerker kunnen behouden of omdat de ziekte-dagen kunnen teruggeschroefd worden door een snelle terugkeer naar aangepast werk. Andere werkgevers kunnen de financiële ondersteuning erg aantrekkelijk vinden of net een openstaande vacature hebben die nu door een gekend en bekwaam persoon ingevuld kan worden.

In de gevallen waar er niet gekomen werd tot een effectieve werkhervatting in het eigen bedrijf of in een ander bedrijf, kan de begeleiding soms toch afgerond worden met een positief gevoel. Voor deze mensen is de trajectbegeleiding vaak een proces geweest waarin ze geconfronteerd werden met hun beperkingen en waar er gezocht moest worden naar wat ze nog wel konden en vooral naar hoe ze hun leven verder zouden willen organiseren.

GTB heeft in deze trajecten vaak een grote rol gespeeld om de klanten in de proces te begeleiden, te ondersteunen en mee te zoeken naar mogelijkheden die er nog zijn om zinvol bezig te zijn. Zowel voor GTB als voor de klant, kan er dan ook gesproken worden van een positief resultaat.

Redenen voor de werknemer om het resultaat van het traject als positief te beschouwen:

de werknemer levert bij de terugkeer nuttig werk;

de werknemer is blij terug aan het werk te kunnen in zijn oude job;

de werknemer ziet een nieuwe functie als een positieve uitdaging;

de werknemer wil opnieuw sociaal contact, hij wil terug 'onder de mensen komen'.

De klant is, ondanks het feit dat hij niet meer in het betaalde werk staat, tevreden met hoe zijn/haar leven nu loopt. Men heeft een zinvolle dagbesteding gevonden, heeft voldoende sociaal contact en heeft het gevoel iets bij te dragen aan de maatschappij.

De werknemer kan opnieuw terugvallen op hetzelfde inkomen als voordien en moet niet meer leven van een vervangingsinkomen.

Er is een aanvaardbare regeling getroffen, ook al is men niet opnieuw aan het werk

Redenen voor de werkgever om het als een "win" te beschouwen:

de werkgever was tevreden over de werknemer en is bijgevolg blij dat hij/zij terug kan komen;

een vervanger vinden is niet zo gemakkelijk;

een geslaagde re-integratie is positief voor de atmosfeer in het bedrijf. Het is goed wanneer het personeel weet dat de werknemers van betekenis zijn voor het bedrijf;

een geslaagde re-integratie is positief voor het imago van het bedrijf.

Besluiten uit de cases

Veel professionele chauffeurs

Het is opvallend dat veel van de patiënten in het revalidatiecentrum afkomstig zijn uit de transportsector. Chauffeurs moeten veel zitten, doen onregelmatige uren, hebben nogal wat te kampen met stresssituaties in het verkeer/deadlines, eten ongezond, roken vaak... Zie ook link met Diabetes Type II.

Zie ook case 'professionele chauffeurs'

Weinig hartpatiënten komen in aanmerking voor een VOP

Weinig mensen uit de cases komen in aanmerkingen voor een VOP.

Bereidwilligheid van werkgevers

GTB merkt veel bereidwilligheid bij werkgevers. Werkgevers zijn bereid om samen na te denken over de manier waarop een werknemer terug kan komen en zijn bereid tot aanpassingen in de mate van het mogelijke. In sommige gevallen zijn werkgevers echter ook eerder voorzichtig om aanpassingen te doen uit bezorgdheid om de reacties van collega's (jaloezie, ...)

Meerwaarde van de methodiek

De meerwaarde van de dienstverlening door GTB is overduidelijk. Door het gesprek met de werkgever wordt het verhaal van de hartpatiënt geloofwaardiger gemaakt. Je moet als werknemer al behoorlijk communicatief zijn om alles uit te leggen aan de werkgever. Door een neutrale bemiddelingspersoon als GTB krijgt de werkgever niet het gevoel dat de werknemer zou profiteren.

Omdat de cardioloog minder goed weet wat de jobinhoud is, en er zich moeilijk een beeld van kan vormen, is de ondersteuning door GTB meer dan noodzakelijk.

Doordat de trajectbegeleider al van het begin betrokken is bij de revalidatie, kan er ook gemakkelijker een netwerk uitgebouwd worden rond de patiënt en kan er in kaart gebracht worden welke actoren er allemaal meespelen.

Belang van psychologische ondersteuning

Het werd duidelijk dat het doormaken van een hartprobleem een grote psychische impact heeft. Vaak treedt deze ook pas op als mensen al even in revalidatie zijn. De klanten die ook door GTB ondersteund werden, worden ook op hun psychisch welvoelen aangesproken en er wordt, indien nodig, een verwijzing gedaan naar de psychologe. De GTB-begeleiders hebben gemerkt dat het onderwerp 'werk' vaak een gemakkelijkere en toegankelijker manier is om over hun psychische bekommernissen te praten dan dit onmiddellijk met een psychologe te doen.

We besluiten dit hoofdstuk met een veelzeggend citaat uit de cases:

“Ik zag me niet meer werken, maar dankzij de ondersteuning heb ik de draad opnieuw kunnen oppikken en daar ben ik heel blij mee!”.

Voordelen van werken

Linken

Voor de werkgever

Voor de samenleving

Voor de werknemer

Voor personen met een hartziekte

Economisch nut

Psychosociaal nut

Fysiek nut

Voor de werkgever...

is een structurele inbedding van een jobbehoud- en re-integratiebeleid een investering in het belangrijkste kapitaal van het bedrijf: het personeel. Wanneer minder werknemers langdurig uitvallen, blijven ervaring en knowhow in het bedrijf behouden. In eenzelfde adem toont het bedrijf ook aan zijn gezonde werknemers zijn inzet voor het welzijn van het personeel: het bedrijf wordt zo aantrekkelijker als werkgever. Op financieel vlak zal het ziekteverzuim en de daaraan gekoppelde kosten dalen. De methodiek verhoogt bovendien het algemeen welzijn op de werkvloer, wat zich weerspiegelt in de kwantiteit en kwaliteit van de productiviteit en de concurrentiepositie van het bedrijf. Wanneer personen met een hartprobleem versneld het werk hervatten, besparen werkgevers op loondoorbetaling en vermindert de werkdruk op collega's van zieke werknemers.

Voor de samenleving...

helpt een beleid gericht op jobbehoud en re-integratie de uitstroom van werknemers met gezondheidsproblemen te verminderen. Dit verhoogt de werkzaamheidsgraad van de beroepsbevolking en verzacht de druk op de sociale zekerheid doordat enerzijds minder personen afhankelijk zijn van een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid en anderzijds meer belastingsbijdragen worden betaald.

Economisch gezien is het in ons maatschappelijk stelsel wenselijk dat zoveel mogelijk mensen aan het werk zijn. Er wordt ook geïnvesteerd in het begeleiden van mensen die inactief zijn. Uit kostenbaten analyses blijkt dat de baten van re-integratie de directe kosten van de maatregelen overtreffen. Hierbij wordt dan wel de veronderstelling gemaakt dat bij re-integratie geen verdringing optreedt: de analyses gaan ervan uit dat re-integratie werkelijk tot een toename van de werkgelegenheid leidt en niet tot gevolg heeft dat arbeidsongeschikten 'in plaats van' andere werklozen worden aangesteld.

De baten komen in de eerste plaats tot uiting in hogere belasting- en premieopbrengsten en besparingen op uitkeringen (en wellicht zorgkosten als de gezondheid van de gere-integreerde personen verbetert).

Voor de werknemer...

zorgen acties op vlak van jobbehoud en re-integratie ervoor dat de betrokkene opnieuw aan het werk kan, over zijn volledig loon beschikt en zijn gevoel van eigenwaarde herstelt. Werk betekent voor de

meeste werknemers immers meer dan enkel een inkomen. Werk is een zinvolle dagbesteding, een bron van sociale contacten en een plaats voor zelfontplooiing.

Voor personen met een hartziekte

De stuurgroep van Hart voor Werk deelt de overtuiging dat het voor de doelgroep van personen met een hartprobleem heilzaam is om –op een gecontroleerde manier- opnieuw aan het werk te gaan. Hierbij dient voldoende aandacht gegeven te worden aan de risico's op de werkvloer (zie hoofdstuk 3)

Arbeid kan immers positieve gevolgen hebben voor de gezondheid en het welzijn van personen met een hartziekte indien de beroepseisen optimaal zijn, indien de werknemer een normale graad van autonomie geniet en indien de werkomstandigheden gunstig zijn.

Arbeid kan op die manier voor zingeving zorgen en het dagelijkse leven van structuur en draagkracht voorzien. Arbeid kan zorgen voor zelfbevestiging, zelfrespect en sociale steun alsook materiële beloning.

Arbeid heeft voor mensen met een hartprobleem een economisch nut, een psychosociaal nut en een fysiek nut.

a) Economisch nut:

Case: In schuldenmoeras door hartziekte

„Door de ziekenhuiskosten had ik in september geen rotte frank meer. Bij het OCMW aankloppen was niet vanzelfsprekend. Ik heb ook mijn trots." De 50-jarige Guido was de laatste restjes van twee leningen aan het afbetalen toen hij ziek werd en weer diep in het schuldenmoeras zakte.

Na zijn echtscheiding moest Guido van nul herbeginnen. „Met twee leningen. Eén om ons huwelijk te betalen en één om een beetje meubelen te kopen, een koelkast, een oven en een televisie... We moesten twee keer 275 euro per maand afbetalen. Wel met hoge intresten. Tot 15 procent. Zo zijn banken." Het lukte, tot Guido een jaar geleden hartproblemen kreeg. „Ik had wel iets gevoeld, maar ik negeerde dat. Integendeel, ik ging nog harder werken en deed zoveel mogelijk overuren."

Tot de veer brak. „Ik heb zeven ingrepen in acht maanden achter de rug. Ik had hospitalisatiekosten en verloor alle legale voordelen van mijn werk zoals productiepremies."

„Ik bleef proberen om de leningen af te betalen. Dat ging, maar moeizaam. Tot in september. Toen had ik niets meer. Geen cent, maar wel 4.500 euro schuld. Ik heb lang getwijfeld, maar uiteindelijk ben ik naar het OCMW getrokken."

„Daar zei men geen nieuwe lening aan te gaan. Zij raadden andere mogelijkheden aan: door budgettering krijg ik nu wat meer tijd. Dat heeft de rechtbank beslist. De bank kan niet anders dan zich daarbij neerleggen."

© Corelio20/12/2005 de standaard

Dit artikel verscheen in 2005 in de Standaard. Ook vzw Hartziekte krijgt wekelijks vele mails van mensen met een hartziekte die omwille van hun hartziekte hun job verloren en in financiële problemen verzeild geraakten.

Arbeid verhoogt de financiële draagkracht van personen met een hartziekte. Daarom heeft arbeid voor mensen met een hartziekte in de eerste plaats een economisch nut. Mensen werken om in hun levensonderhoud te voorzien (huis, eten, comfort,...).

Het risico op armoede is hoger voor gehandicapten en zieken. Onderzoek peilde naar de status zij kenden gedurende het grootst aantal maanden in het voorafgaande jaar. Er werd vastgesteld dat het armoederisico van werkenden (4,2%) veel lager is dan dat van niet-werkenden (24,3%): werklozen (31,2%), andere niet-actieven (25,4%), gehandicapten en zieken (25,3%) en gepensioneerden (20,3%). (bron: Eurostat, in: *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2009*)

Uit de literatuur blijkt dat lagere inkomsten (uit een baan dan wel uit een uitkering) met als gevolg financiële problemen in het gezin (economische stress) samen gaat met een slechtere gezondheid¹.

b) Psychosociaal nut:

In het kader van optimale participatie van mensen met hartproblemen in de maatschappij is werkhervatting een belangrijke doelstelling geworden. Het leren omgaan van zowel de persoon als zijn/haar omgeving met een veranderde situatie is belangrijk. Arbeid kan bijdragen aan een reductie van het risico dat een sociaal isolement met zich meebrengt.

Om het risico van vereenzaming te vermijden, willen wij met dit project deze doelgroep de kans bieden om op een geleidelijke, aangepaste manier terug te re-integreren naar hun eigen job of naar een andere meer aangepaste job. Een Hart voor Werk biedt mensen met een hartprobleem de kans om hun grenzen af te tasten, en zo hen op een manier aangepast aan hun mogelijkheden en beperkingen geleidelijk aan terug kennis te maken met het dagelijks arbeidsproces in functie van hun interesses en competenties.

Werk is het meest geschikte instrument om een aantal psychosociale functies te vervullen (zelfvertrouwen, dagstructuur, sociale contacten, etc.). Werk draagt via verschillende kanalen bij aan het welzijn van individuen.

Betaalde arbeid is sociaal erg nuttig voor mensen met een hartprobleem. Bovendien is het voor personen met een hartprobleem aangenaam om via het werk sociaal contact te hebben met collega's of klanten. Indien participatie in het reguliere arbeidscircuit niet mogelijk is kunnen personen met een hartprobleem alsnog aan de slag als vrijwilliger in een sociale organisatie, een jeugdbeweging, een sportclub... Ook thuiswerk of zorg voor zieke en oudere familieleden heeft een sociale functie.

Werkhervatting is een belangrijke vorm van herstel van sociale participatie. Sociale steun op het werk vermindert de kans op een cardiaal incident, of anders gezegd, gebrek aan sociale steun op het werk verhoogt de kans op een cardiaal incident.

Een snelle terugkeer naar de vroegere (beroeps)activiteiten speelt een belangrijke rol in het herwinnen van vertrouwen en zelfrespect.

Uit onze probleemanalyse blijkt dat personen met een hartprobleem zonder werk vaker in een sociaal isolement raken. De onzekerheid waarin zij verkeren, leidt vaak tot een sociaal isolement omdat zij geen referentiekader hebben voor hun nieuwe lichamelijke conditie. Velen klampen zich vast aan de veiligheid en geborgenheid van thuis en durven nog altijd de straat op. Een isolement, met grote gevolgen voor de rest van het sociale leven, ligt dan op de loer.

Een sociaal isolement kan worden gedefinieerd als een gevoel van actuele of potentiële eenzaamheid die het individu waarneemt als opgelegd door anderen. Het wordt ervaren als een negatieve of bedreigende toestand. Het is als een situatie waarin een individu of groep behoefte ervaart aan meer betrokkenheid bij anderen, maar niet in staat is dat contact te maken.

Uit onderzoek blijkt dat 1 op 4 mensen die plots werkloos werden door ziekte of ongeval, een depressie ontwikkelden binnen de zes maanden na hun ontslag. Het is dan ook van cruciaal belang om snel op de bal te spelen en zodoende onmiddellijk te reageren op de vragen van mensen die in een dergelijke situatie verzeild zijn geraakt.

¹ Echter, in veel van deze studies wordt geen rekening gehouden met mogelijke selectie (de invloed van gezondheid op het inkomen). Ook worden de effecten van het inkomen vaak niet gescheiden van de effecten van de werkinhoudelijke aspecten. Beide punten leiden waarschijnlijk tot overschatting van de rol van het inkomen.

Uit onze vaststellingen blijkt dat mensen met een ernstig hartprobleem in een zwart gat vallen wanneer ze hun werk verliezen. Velen hebben schrik om alleen te zijn, voelen een voortdurende onrust en vervallen in zelfbeklag. Bovendien is een hartziekte als het ware vaak een 'onzichtbare handicap'. De omgeving van de hartpatiënt ziet na verloop van tijd ook niet langer dat een persoon een hartinfarct heeft gehad, en wanneer iets niet opgemerkt wordt, wordt er doorgaans ook geen rekening mee gehouden.

Waarom belanden personen met een hartprobleem vaak in een ernstige depressie?

Angst

De meestal plotse onderbreking van familiaal en beroepsleven, het vervoer per ziekenwagen naar de spoedopname, de behandeling in de Intensieve Zorgeenheid, de technische onderzoeken en bewaking ontredderen en beangstigen de patiënt. Deze angstreactie gaat in de daaropvolgende dagen vaak gepaard met depressie en moedeloosheid. Onder de gevoelens van onrust en angst zitten vaak de materiële problemen: onderbreking van dringende beroepsbezigheden, dreigend jobverlies, financiële problemen in de onderneming of thuis, allerlei administratieve beslommingen enz.

Niet meer meetellen

Een persoon met een hartziekte die van een invaliditeitsuitkering leeft, heeft vaak het gevoel niet meer van tel te zijn. Hij/zij voelt zich niet meer nuttig, maar voelt zich afgeschreven voor en door de maatschappij.

Verlies van status

Werkloosheid is de tweede hoofdoorzaak van depressie is bij mannen en vrouwen na relatieproblemen. Het werk is vaak een statussymbool dat eigenwaarde geeft. Wanneer de persoon met een hartprobleem dit statussymbool verliest en afhankelijk wordt van het inkomen van zijn/haar partner, krijgt hij/zij het gevoel van degradatie.

Werkhervatting is een oplossing

Het is bewezen dat arbeid mensen zich nuttig laat voelen. Naast de economische voldoening kan werken ook een intellectuele, creatieve, sociale ... voldoening bieden.

Mensen krijgen meer de kans hun competenties te gebruiken en te ontwikkelen maar ook te laten zien aan de buitenwereld.

Gaan werken biedt tevens de mogelijkheid om de levensomstandigheden te verbeteren en maakt dat de persoon met een hartziekte minder afhankelijk is van zorginstellingen en hun voorwaarden.

Omdat ze niet langer thuis zitten, maar aangepast werk kunnen verrichten (al dan niet volgens een progressief stelsel (infra), hebben hartpatiënten niet langer het gevoel er niet meer bij te horen.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat hartpatiënten die een actief leven leiden minder aan depressies lijden. Als gevolg van de re-integratie op de arbeidsmarkt, mogen we dus verwachten dat deze hartpatiënten in verhouding minder met depressies zullen kampen, dan hun lotgenoten die op invaliditeit staan.

Werken geeft bovendien een vast ritme aan het leven. Uit de literatuur blijkt dat mensen zonder werk meer klagen over de sleur in het leven. Na verloop van tijd lijken alle dagen meer en meer op elkaar. Er is niet langer een verschil tussen week en weekend, tussen ochtend en avond. Wanneer een persoon met een hartprobleem het werk kan hervatten, zelfs al gaat het om routinewerk, krijgt hij/zij meer structuur.

Fysiek nut:

Er is relatief veel onderzoek gedaan naar de invloed van werkloosheid op de gezondheid. Hieruit blijkt dat het verlies van een baan de gezondheid vermindert en dat blijvende werkloosheid een verder negatief effect heeft op de gezondheid. We zouden hieruit kunnen concluderen dat mensen die werk hebben beter af zijn wat betreft hun gezondheid.

De effecten van werk op de gezondheid hangen in sterke mate samen met het soort werk dat men verricht. Werkhervatting in een baan van slechte kwaliteit kan voor sommige groepen een negatiever effect op de gezondheid hebben dan werkloosheid. Aspecten van het werk die een positieve invloed hebben op de gezondheid zijn:

het hebben van controle over het eigen werk (autonomie)

werk dat een beroep doet op de creativiteit

'gezonde' werkdruk

mogelijkheden voor eigen ontwikkeling.

De mogelijkheid om net zo veel uren te werken als men wenst, om de eigen werktijden te kunnen bepalen en/of aan te passen hebben een positief effect op het welzijn van werknemers.

Werk kan een positief effect hebben op het ziektebeeld

Soms kan het hebben van werk een positief effect hebben op het ziektebeeld.

Een aantal hartpatiënten herstelt beter wanneer ze aan het werk zijn. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat hartpatiënten die een actief leven leiden, beter herstellen dan lotgenoten die een passief leven leiden. Een actief leven en het navolgen van de leefregels verminderen sterk de kans op een tweede infarct.

Negatief verband tussen duur werkloosheid en gezondheid

Verder blijkt er een negatief verband te zijn tussen de duur van werkloosheid en de gezondheidssituatie: werkloosheid leidt tot een minder gezonde levensstijl en hoe langer de werkloosheid duurt hoe slechter de gezondheid wordt.

Lichamelijke activiteit is positief voor een hartziekte

Lichamelijke inactiviteit is een belangrijke risicofactor voor de gezondheid. Wanneer gekeken wordt naar de prevalenties van de belangrijkste risicofactoren voor hart en vaatziekten, dan blijkt dat lichamelijke inactiviteit het vaakst voorkomt. Regelmatige lichamelijke activiteit vermindert de kans op hart- en vaatziekten, angst en depressie. (Pate 1995).

Binnen de hartrevalidatie zou het accent bij het beïnvloeden van risicofactoren vooral moeten liggen op het bewegen gericht op het ontwikkelen van een actieve leefstijl.

Factoren die arbeidsre-integratie belemmeren

In deze paragraaf brengen we de factoren in kaart die de werkhervatting belemmeren van personen met een hartprobleem. De prognose van de werkhervatting is van een groot aantal factoren afhankelijk. Niet alleen medische factoren, zoals de grootte van het infarct, bepaalt de prognose tot werkhervatting, maar ook de psychische factoren en sociaal-economische factoren spelen hierbij een rol. De informatie in dit hoofdstuk is afkomstig uit literatuuronderzoek en eigen ervaringen van de personen met een hartprobleem die tussen 2011 en 2013 begeleid werden door GTB.

Linken

[sociaaleconomische factoren:](#)

[Gezondheidsproblemen en risicogedrag](#)

[Psychosociale belemmeringen](#)

[Werkgerelateerde risicofactoren](#)

[Persoonsgebonden factoren](#)

[Omgevingsgebonden factoren](#)

[Opvattingen van de werkgever](#)

[Opvattingen van het individu](#)

[Veiligheidsrisico's voor derden](#)

Sociaaleconomische factoren

Een lage sociaal-economische status is een belemmerende factor voor werkhervatting.

Een lager opleidingsniveau geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Sociale steun geeft een hogere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Doorbetaling tijdens ziekteverlof geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

De combinatie tussen hoge werkdruk en lage beslissingsmogelijkheden geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Een naderende pensionering geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Niet-fulltime werk geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Gezondheidsproblemen en risicogedrag

Er is een kleinere kans op werkhervatting bij eerdere cardiale incidenten, comorbide somatische aandoeningen en wanneer de patiënt meer fysieke gevolgen van het cardiale incident ervaart.

Een hogere inspanningstolerantie en uitblijven van angineuze klachten bij een inspanningstest gedurende opname of erna geven een hogere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Het voorkomen van angineuze klachten na het index event geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Het voorkomen van comorbide aandoeningen geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Verhoogde alcoholconsumptie en fysieke inactiviteit geven een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Een voorgeschiedenis van eerdere cardiale events voor het index event geeft een lagere kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Psychosociale belemmeringen

Depressieve symptomen verlagen de kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Een verstoord emotioneel evenwicht verlaagt de kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Lage verwachtingen ten aanzien van het re-integratie proces, fysiek herstel, afhankelijkheid, en het verwachten van ernstigere consequenties van de ziekte geeft een verlaging van de kans op succesvolle re-integratie naar werk.

Een verminderd zelfvertrouwen geeft een verlaging van de kans op succesvolle re-integratie naar werk.

Gebrek aan motivatie geeft een verlaging van de kans op succesvolle re-integratie naar betaald werk.

Een goede acceptatie van de ziekte geeft een hogere kans op succesvolle re-integratie naar werk.

In de praktijk blijkt dat angstsymptomen de werkhervatting kunnen belemmeren. Een angststoornis komt in ongeveer 30 procent van de gevallen voor. Tijdens de cases bleek duidelijk dat angst om te hervallen meespeelt bij personen met een hartziekte die overwegen om het werk te hervatten.

Het hebben van een goed ziekte-inzicht met betrekking tot leefstijlveranderingen en kennis van de ziekte geeft een hogere kans op succesvolle re-integratie naar werk.

Werkgerelateerde risicofactoren

Hoge werkdruk is een risicofactor voor het opnieuw optreden van hart- en vaatproblemen bij mannen.

Een disbalans tussen de energie die men in het werk steekt en de waardering die men ontvangt, (effort-reward imbalance) heeft een negatief effect op het voorkomen van cardiale incidenten

Weinig steun van collega's en/of leidinggevend: geen luisterend oor, informatie, instructie enz. Gebrek aan sociale steun op het werk verhoogt de kans op een cardiaal incident.

Overige stressoren in relatie tot het werk: financiële tegenslagen of faillissement van werkgever, niet gerealiseerde promotie, een toename dan wel afname van de verantwoordelijkheid, langdurige conflicten met de werkgever, veel deadlines, veel competitie op het werk, kritiek van leidinggevende en verandering van werkplek. De meeste werkstressoren verhogen de kans op een cardiaal incident, alleen baanonzekerheid niet.

Fysieke werkomstandigheden: schadelijke stoffen, lawaai, ploegendienst, zittend werk, fysiek belastend werk en/of extreme temperaturen (koude en hitte). Schadelijke stoffen, lawaai, ploegendienst en zittend werk zonder compenserende actieve leefstijl leiden tot een hogere kans op een cardiaal incident. Fysiek belastend werk is alleen gevaarlijk als het onregelmatig verricht wordt en men een slechte fysieke belastbaarheid heeft.

Beperkte regelmogelijkheden in het werk

Ontbreken van (mogelijkheden voor) aangepast werk

Korte duur dienstverband

Grootte onderneming: in grote bedrijven zijn meer mogelijkheden dan in KMO's.

attitude collega's en/of werkgever ten aanzien van (re-integratie na) en hartinfarct: een te voorzichtige en angstige opstelling van directe collega's of werkgever kan de re-integratie belemmeren

Persoonsgebonden factoren

Een hogere leeftijd

Risicofactoren in de leefstijl

Cardiovasculaire risicofactoren

Complicaties (Hartfalen, Ritmestoornissen, Recidief angineuze klachten, infarct, Hypertensie, Een vroegere ziekenhuisopname wegens hart- en vaatziekten ...)

comorbiditeit (diabetes, astma, depressie, angststoornis...)

Bijwerkingen, contra-indicaties en/of allergieën voor geneesmiddelen

Persoonlijkheid gekenmerkt door negatieve affectiviteit in combinatie met sociale inhibitie

Gevoelens van angst en bezorgdheid om de ervaren beperkingen door het cardiale probleem

Gebrek aan inzicht in de relatie tussen stress, coping style en de aandoening

Ontkenning of overschatting van de ernst van het hartprobleem

Boosheid door conflicten op het werk kan een uitlokkend element kan zijn voor een acuut hartincident. Een woedeaanval veroorzaakt namelijk hartritmestoornissen bij hartpatiënten.

Omgevingsgebonden factoren

Belasting in de privésituatie (zorg voor kinderen, boodschappen, huishouden, trappenlopen)

Te weinig steun van thuis/familie/vrienden (overbezorgdheid, te veel verwachten van patiënt)

Belastend woon-werkverkeer (afstand en/of soort vervoer)

De visie van de (behandelend) arts ten aanzien van de mogelijkheden tot werken.

Opvattingen van de werkgever

De attitude van de werkgever is van groot belang bij het al dan niet slagen van de werkhervatting van de medewerker met een hartprobleem. Op welke manier kijkt de werkgever naar de werknemer die na een cardiaal incident opnieuw aan het werk gaat? Hierover vonden we geen bestaande wetenschappelijke onderzoeken, dus we beperken ons hier tot de eigen bevraging die in 2011 werd uitgevoerd bij een 180tal werkgevers uit de regio Kempen.

Angst voor de verdere ziekte van de werknemer

Niet in overweging nemen van de mogelijkheid tot herstel, verandering van takenpakket of herscholing

Gebrek aan begrip voor de medische toestand en de impact daarvan.

Irrationale ideeën over hartpatiënten kunnen er voor zorgen dat de werkhervatting moeizaam verloopt. Angst dat er op het werk wat kan gebeuren heerst vaak bij werkgevers en bij collega's.

Opvattingen van het individu

Angst voor het verdere verloop van het hartprobleem

Gebrek aan motivatie/begrip voor de ziekte

Voordelen van de ziekte-rol. Het is gemakkelijker om deze rol te behouden dan om terug naar de arbeidsmarkt te gaan.

Andere prioriteiten: De werknemer met een hartprobleem kan beslissen om NIET terug te keren naar zijn werkgever. Het blijkt dat na een hartprobleem de prioriteiten van een persoon kunnen veranderen. Tenslotte werden zij geconfronteerd met

een voorval dat een ingrijpende impact op hun leven heeft.

Werk kan minder belangrijk worden

Gezondheid en familie kunnen belangrijker worden

Wanneer een werknemer met een hartprobleem in aanmerking komt voor een pensioen, kan het zinvol zijn op pensioen te gaan.

Zal je toestand een succesvolle terugkeer in de weg staan?

Kom je in aanmerking voor een vervangende ziekte-uitkering?

5. **Motivatie:** De GTB-consulent peilt bij de persoon met een hartprobleem hoe deze denkt over werk en werkhervatting. Hoe is de motivatie om het werk te hervatten?

Onderzoeker Mital ontdekte dat 97% van de hartpatiënten die niet meer gemotiveerd was om het werk te hervatten, ook niet meer aan het werk kwam. Hij noemt een aantal factoren die de motivatie beïnvloeden:

de financiële compensatie bij arbeidsongeschiktheid

de opvattingen over het werk

het aantal jaren dat iemand gewerkt heeft (het gevoel genoeg gewerkt te hebben)

Veiligheidsrisico's voor derden

Bij werknemers met een hartprobleem die een beroep uitoefenen waarbij een risico bestaat voor een letsel aan derden is werkhervatting niet vanzelfsprekend. De cardioloog moet zorgvuldig overwegen of dit risico acceptabel is.

Voorbeelden van beroepen waar het risico op veiligheidsrisico's voor derden het grootst is: Wegvervoer, spoorwegen, luchtvaart, scheepvaart, brandweer, gezondheidszorg (chirurgen...), in fabrieken (gevaarlijke machines), heftruckchauffeurs...

Voor een aantal van deze beroepen bestaan richtlijnen of keuringsnormen. Dit is het geval in de luchtvaart, spoorwegen, wegvervoer, politie en brandweer. In het algemeen zijn de eisen die gesteld worden:

een goede hartfunctie

een goede belastbaarheid

geen ritmestoornissen

het ontbreken van klachten die de aandacht van het werk kunnen afleiden.

Risico's & impact van de werkbelasting op hart- en vaatziekten

Linken

Inleiding

Fysieke risico's

Zwaar lichamelijk werk

Extreme temperaturen

Werken in de hitte

Werken in de koude

Lawaai

Trillingen

Chemische gevaren en giftige stoffen

Zittend werk

Psychosociale risico's

Stress

Werkdruk

Ploegenarbeid

Overwerken

Inleiding

Naast de positieve aspecten die werk te bieden heeft, wordt het steeds duidelijker dat er een aantal werkgebonden risicofactoren bestaan die in causaal verband gebracht kunnen worden met hart- en vaatziekten. Het is al lang erkend dat blootstelling aan een aantal beroepsmatige factoren hartziekten kunnen verergeren of zelfs veroorzaken. De belastingen in het werk kunnen divers zijn.

Binnen de methodiek 'professionele re-integratie van mensen met een hartziekte' onderscheiden we fysieke en psychosociale belastingsfactoren. Sommige van deze factoren komen veelvuldig voor op de werkvloer, andere zijn eerder zeldzaam.

Het is al lang erkend dat blootstelling aan een aantal beroepsmatige factoren hartziekten kunnen verergeren of zelfs veroorzaken. Er zijn verschillende arbeidsomstandigheden die een cardiovasculaire belasting kunnen betekenen.

De belastingen in het werk kunnen divers zijn. Binnen de methodiek ‘professionele re-integratie van mensen met een hartziekte’ onderscheiden we fysieke en psychosociale belasting. Sommige van deze factoren komen veelvuldig voor op de werkvloer, andere zijn eerder zeldzaam.

De impact van werk op gezondheid en gezondheid op werk is de basis van arbeidsgeneeskunde. Cardiologen dienen rekening te houden met de impact van werk op de patiënt. De stuurgroep beveelt cardiologen aan om onderstaande risicofactoren mee in overweging te nemen bij het formuleren van adviezen aan hun patiënten om het werk te hervatten.

Fysieke risico's voor personen met een hartziekte

Zwaar lichamelijk werk

Bij een goede conditie en een normale hartfunctie is zwaar fysiek werk niet schadelijk voor het cardiovasculaire stelsel. Maar uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er een sterk verband is tussen de intensiteit van een job en gezondheidsproblemen. Werknemers die zware arbeid verrichten zijn doorgaans sneller vermoeid. Ook werk dat snel moet gebeuren en werk waarbij strikte deadlines gelden, is minder aanbevolen voor personen met een hartaandoening.

Mukerji vond significant meer coronaire hartziekten bij inspannende en/of moeilijke beroepen dan bij zittende beroepen bij werknemers tussen 40 en 60 jaar. Het risico op de dood of een acuut coronair syndroom neemt toe van middelzwaar naar zwaar werk.

Bij zwaar werk (>6 MET) is de kans op een hartinfarct in het eerste uur na de inspanning verhoogd.¹ Zware statische arbeid, zoals tillen, verhoogt de kans op een infarct bij hartpatiënten met verminderde linker ventrikelfunctie. Regelmatige fysieke inspanning beschermt hiertegen.

Uit de literatuur blijkt dat er bij bepaalde beroepsgroepen meer hartaandoeningen voorkomen dan verwacht mag worden:

→ Instrument/Richtlijn voor de GTB-consulent:

MET-schaal: Op basis van de MET-schaal kunnen de trajectbegeleiders van GTB een inschatting maken over de zwaarte van een job.

Voorbeelden van risicoberoepen & risicoactiviteiten: Graven (Zwaar graafwerk met pikhouweel, spade..), pneumatisch boren, transport, bouwwerfactiviteit, mijnwerker, montage, Stratenbouwer, Paarden verzorgen, Hout zagen, rails leggen, snoeien van struiken, bomen, metselwerk, Handmatig schrijnwerk verrichten (zagen), verhuiswerk 40 kg, zware vrachten verplaatsen, verhuizen (bvb stenen balen hooi/stro), tuinbouwer, met de hand hooi laden op een wagen, Hoogovens en staalnijverheid (verwijderen van metaalslakken), Brandweerman, duiker, houthakker

Extreme temperaturen

Zowel extreem koude als extreem warme temperaturen zijn een risicofactor voor mensen met een hartziekte die opnieuw aan het werk gaan.

a) Werken in de hitte

Werken in de zon wordt vaak als aangenaam ervaren, maar is niet zonder risico's. Wie op een bouwplaats, in de landbouw of op het dak of langs de weg aan de slag is, moet de nodige

voorzichtigheid aan de dag leggen. Hartpatiënten lopen een verhoogd risico. Blootstelling aan hitte is een uitlokkende factor voor een hartinfarct bij hartpatiënten.

Bij heat stress (veroorzaakt door extreme hitte en overmatig vocht, bijvoorbeeld in hoogovens, papierfabrieken, kassen en s zomers bij mensen die in de buitenlucht werken) wordt er veel van hart en bloedvaten gevegd. Vanaf een temperatuur van 35° en bij een luchtvochtigheid van 50% of hoger wordt de kans op heat stress groter, bij inspanning. Daar waar deze blootstelling aan warmte leidt tot een zonnesteek of uitputting door de warmte, vergroot het risico op cardiale ischemie bij personen met hart- en vaatziekten.

Voorbeelden van risicoberoepen

Blootstelling aan hitte komt voor bij verschillende soorten van werkplekken, zoals bvb. bij metaalverwerking, mijnbouw, landbouw, wegenwerken enz.

➔ **Tip van de cardioloog.** Werken in een omgeving met een temperatuur beneden de 5 C° en boven de 25 C° is niet aan te bevelen voor personen met een hartaandoening.

b) Werken in de koude

Acute blootstelling aan extreme kou kan coronaire spasmen veroorzaken. Bij temperaturen van -18 °C en lager hebben mensen die ouder zijn dan 50 jaar een licht verhoogde kans op een hartinfarct. Dit effect wordt tenietgedaan door het dragen van adequate kleding. Bij temperaturen van -20 °C en lager wordt er meer stille ischemie gevonden. Wanneer het koud is, gaat de hartslag bij fysieke activiteiten sneller de hoogte in om zich te beschermen tegen de lage temperaturen. Te zware inspanningen dreigen dan beginnende hartklachten erger te maken. Een daling van de lichaamswarmte kan tot een extreem lage hartslag leiden en een plotse daling van de bloeddruk die kan een hartstilstand veroorzaken.

Voorbeelden van risicoberoepen: Blootstelling aan extreme koude komt voor in koude magazijnen/diepvriezers, bij mensen die in de buitenlucht werken en bij bepaalde sporten – zoals bvb. bij skileraren.

Lawaai

Geluid is een belangrijke stressfactor op de werkvloer: Werk in een voortdurend lawaaiërige omgeving verdubbelt het risico op ernstige hartklachten. Onder vijftig jaar is er volgens onderzoekers zelfs een verviervoudiging van het risico. Volgens de onderzoekers kunnen sommige werknemers lawaai ervaren als een grote bron van stress, welk het verhoogd risico op een hartaandoening zou verklaren.

Uit onderzoeken blijkt de relatie tussen het aantal decibel en de hoogte van de bloeddruk. Deze bloeddrukverhoging is van voorbijgaande aard. De bloeddruk normaliseert weer na beëindiging van de blootstelling aan het lawaai. Het gaat om geluidsbelastingen boven de wettelijke grens van 85 db.

Studies hebben aangetoond dat langdurige blootstelling aan lawaai van meer dan 80 db een significante stijging van de bloeddruk kan veroorzaken. In een studie van 4115 hartpatiënten werd een relatie gevonden tussen de objectieve geluidsbelasting en de kans op een hartinfarct

(Willich). Bij een lawaai-belasting boven de wettelijke grens van 85 db voor een achturige werkdag stijgt de bloeddruk en is er een verhoogde kans op een hartinfarct. Andere risicofactoren die verband houden met lawaai/geluid, zijn een gebrek aan voorspelbaarheid, onderbroken geluid, en/of geluid dat disharmonieus van aard is. Blootstelling aan chronische geluidsoverlast verhoogt het risico op een hartaanval. Het is niet zozeer de ergernis van het geluid dan wel een fysiologisch proces dat erdoor op gang gebracht wordt dat de oorzaak is van het hartlijden.

Mannen en vrouwen reageren verschillend op chronisch lawaai.

Mannen jonger dan 50 jaar en rokers zijn gevoeliger voor overdreven lawaai op de werkvloer. Dr. Stefan Willich stelt vast dat chronisch lawaai, zoals van een nabijgelegen autoweg of een luchthaven, de kans op een hartaanval verhoogt met 50 procent bij mannen en verdrievoudigt bij vrouwen.

Ook nauwelijks hoorbare geluiden kunnen de gezondheid van de werknemer schaden (bvb vliegtuigpersoneel,- en monteurs, machinisten en buschauffeurs). Hartklachten maar ook epileptische aanvallen, agressie, depressies en concentratiestoornissen kunnen mogelijke gevolgen zijn. Gehoorbeschermers bieden geen oplossing.

Voorbeelden van risicoberoepen: Industrietakken waar de risico's met betrekking tot geluid het grootst zijn, zijn mijnbouw, landbouw, bouw en de verwerkende industrie, fabrieken, maar ook beurshandelaars...

→ **Tip:** Cardiologen beklemtonen dat het belang van oordopjes in een lawaai-erige omgeving niet mag worden onderschat. Deze bieden een zekere vorm van bescherming, zij het slechts in beperkte mate. Volg de gebruikelijke regels bij lawaai-belasting

Trillingen

We onderscheiden twee soorten trillingen:

a) Gesegmenteerde trillingen die slechts een deel van het lichaam beïnvloeden: bvb. bij het gebruik van trillend handgereedschap.

b) Trillingen die het hele lichaam beïnvloeden -bvb. rijden of een vorklift bedienen.

Het is wetenschappelijk aangetoond dat beide types van trilling een acuut effect hebben op het cardiovasculair systeem. Ook werk met betrekking tot elektromagnetische velden en radiostralen is gelinkt aan cardiovasculaire aandoeningen.

Voorbeelden van risicoberoepen

Heftruckchauffeur, werk waarbij door perslucht aangedreven handtoestellen gebruikt worden zoals boormachines, handzagen, betonzagen, snoeiapparatuur.....

Chemische gevaren en giftige/schadelijke stoffen

Een aantal giftige stoffen op de werkvloer vormen een hoger risico voor mensen met hart- en vaatziekten. Dit risico geldt alleen bij langdurige en hoge blootstelling.

Er circuleren veel soorten schadelijke stoffen in het milieu en op de arbeidsvloer. Wij bespreken hieronder een paar waarvan bekend is dat ze een verhoogde kans op een cardiaal incident betekenen bij langdurige en hoge blootstelling.

1. Arseen

Dit chemische element kan de oorzaak zijn van beroerte, ziekte van de kransslagaders en verkalking van de lichaamsslagaders. Arseenverbindingen kunnen het bloedvormend systeem beïnvloeden: de levensduur van de rode bloedcellen (erythrocyten) is dan vaak verkort, waardoor hemolysen (afbraak rode bloedcellen) optreden.

2. Bisfenol A

Een hoge concentratie bisfenol A kan pijn op de borst, een hartaanval en ziekte van de kransslagaders (die het hart van bloed voorzien) tot gevolg hebben. Deze organische verbinding vindt men in plastic flessen, de coating van de binnenkant van conservenblikken en in middelen voor gebitsvullingen.

3. Kwik

Het hart is één van de organen die het doelwit zijn van methylkwik, wat meestal in het lichaam terechtkomt door het eten van vis uit met kwik vervuild water.

4. Lood

Al bij blootstelling aan kleine hoeveelheden kan lood hoge bloeddruk veroorzaken. De meest voorkomende oorzaken van blootstelling zijn het drinken van water uit een oude waterleiding, het eten uit oude keramische borden, het inademen van haarverf of cosmetica. De gevolgen van een loodbelasting zijn naast hart en vaataandoeningen veelvuldig.

Voorbeelden van risicoberoepen: Loodverbindingen worden vaak gebruikt in de industrie (galvano techniek, drukkerijen, kunststofindustrie, aardewerk- en tegelfabrieken). Ze zijn bestanddeel van lakken, roestwerende verven, keramisch glazuur (vooral Spaans en Portugees aardewerk), insecticiden en hagelmunitie. Schilders en decorateurs van glas en porselein zijn bijzonder zwaar belaste beroepsgroepen. Verder wordt lood gebruikt voor start- en tractieaccu's. In de bouw wordt het vaak gebruikt, bijv. voor overkappingen en afdaken. Uitstoot vindt vooral plaats door uitsmelting en bij de verbranding van kolen. Loodacetaat kan aan haarkleuringsmiddelen toegevoegd zijn.

5. Lithium

Lithium wordt als bestanddeel van legeringen veelvuldig gebruikt in de aluminiumindustrie. Lithiumverbindingen worden ingezet als katalysatoren, bijv. bij de productie van herbiciden/pesticiden en van geneesmiddelen.

6. Oplosmiddelen

Contact met deze chemische stoffen kan leiden tot een onregelmatig hartritme ofwel aritmie. (Haarkleurmiddelen, cosmetica, schoonmaakmiddelen, benzine, verf, fabriekskemicaliën en bij de stomerij.)

7. Koolmonoxide

Koolmonoxide kan zich competitief binden aan hemoglobine. Wanneer dit carboxyhemoglobine meer dan 25% van het totale hemoglobine vormt, kunnen er cardiale effecten optreden zoals ischemie, infarctering, ritmestoornissen en plotse dood. Bij sommige brandweeractiviteiten worden zeer hoge koolmonoxideconcentraties gemeten. (Wettelijke grenswaarde in omgevingslucht bij 8u durende werkdag bedraagt MAC-waarde van 25 ppm, bij brandweeractiviteiten kan dit oplopen tot 1500 ppm). Hoge waarden worden tevens gevonden bij benzinemotoren die in afgesloten ruimten draaien. Ook in het (beroeps)verkeer kan de blootstelling hoog zijn. De koolmonoxideconcentratie in de omgevingslucht mag niet hoger zijn dan 10 ppm (Cox) gedurende een achturige werkdag. Dit is equivalent met 50 ppm gedurende 30 minuten. Het negatieve effect van koolmonoxidebelasting wordt versterkt in condities van hitte, ijle lucht en fysiek zwaar werk.

8. Tabaksrook

Sinds de invoering van het rookverbod op de werkvloer zijn werknemers meer beschermd tegen de gevolgen van tabaksrook. Tabaksrook op de werkplek (omgevingsrook, meeroken) leidt tot een afname van de high density lipoproteïne bij vrouwen (Ouldzein, Mizoue) en verhoogt zowel bij mannen als bij vrouwen de kans op hart- en vaatziekten.

Werknemers met een hartziekte moeten een rookvrije plek hebben: het realiseren van rookvrije werkplekken heeft geleid tot een afname van ziekenhuisopnames wegens een hartinfarct, maar ook tot gezondheidswinst.

9. Luchtvervuiling

De laatste jaren wordt er in toenemende mate onderzoek gedaan naar de relatie tussen luchtvervuiling en hartziekten. Er is een verband tussen het voorkomen in de omgevingslucht van kleine deeltjes ($\leq 2.5\mu\text{m}$) en de incidentie van ischemische hartziekten. Deze relatie wordt zowel gevonden in de algemene populatie door met name het verkeer (Peters 2001), waarbij zwarte rook en nitrogen dioxide een rol spelen (Hoek) als wel in de werkomgeving waarbij door de fabricage deze kleine deeltjes op de werkplek voorkomen (Shannon 2001).

10. Andere schadelijke stoffen

Andere schadelijke stoffen die in verband met hart- en vaatziekten worden gebracht zijn zwavelkoolstof, nitraat testers, arsenicum, kobalt... (Petronio, Schnall)

Voorbeelden van risicoberoepen: Brandweeractiviteiten, Werken met benzinemotoren in afgesloten ruimten, Cosmetica, haarverf, Industrie (Galvanotechniek, kunststof, aardewerk- en tegelfabrieken...), Aluminiumindustrie, Drukkerij, Schilders en decorateurs van glas en porselein, Productie van herbiciden, pesticiden, Productie van geneesmiddelen

Zittend werk

Een sedentaire levenswijze wordt beschouwd als een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Men realiseert zich te weinig dat veel mensen tijdens hun acht uur durende werkdag fysiek heel inactief zijn. In wezen is zittend werk hierdoor een werkgebonden risicofactor.

Het hart is een spier die getraind moet worden om het gezond te houden. Een slecht getraind hart heeft directe gevolgen: het trekt minder goed samen, pompt minder bloed rond en levert minder zuurstof aan de spieren en de organen. Mensen herstellen minder snel na inspanning. De bloeddruk in rust is veel hoger bij mensen die niet bewegen. Arteriële hypertensie of hoge bloeddruk is een risicofactor van hart- en vaatziekten. Door gebrek aan beweging gaat het slechte vetgehalte in het bloed omhoog: dit hoopt zich vooral op tegen de wanden van de slagaders en kan atherosclerose (aderverkalking) bevorderen.

Wetenschappers zijn er steeds meer van overtuigd dat mensen die de dagen zittend doorbrengen meer kans hebben op het krijgen van bepaalde kankersoorten, depressie, suikerziekten, hart- en vaatziekten en ontkalking van de botten. Een sedentaire levensstijl kan hartziekten bevorderen, terwijl een gecontroleerde cardiotraining werkt als een systeem voor bescherming, revalidatie en preventie van hart- en vaatziekten.

Psychosociale risicofactoren

Werkstress

Stress verhoogt de kans op een hartaandoening. Lange tijd werd gedacht dat stress alleen een indirecte invloed heeft, door het in de hand werken van ongezonde leefgewoontes. Stress op het werk kan immers het gedragspatroon beïnvloeden. Mensen zijn onder stress vaker geneigd om ongezonder te gaan leven. Sommigen gaan meer roken, bewegen weinig, eten ongeregeld en ongezond, lijden aan boulimie, beginnen alcohol te drinken of risicogedrag te vertonen (op het werk, achter het stuur). Er komen echter steeds meer aanwijzingen dat stress en psychosociale problematiek een directe bijdrage aan het risico op hart- en vaatziekten leveren.

Zo kan stress stoornissen veroorzaken wanneer de beroepseisen hoog zijn en het individu geen vat heeft op zijn arbeidsomstandigheden, wanneer de sociale steun vanwege directie of collega's onvoldoende is, wanneer de voorgestelde beloning in termen van salaris, waardering of valorisatie niet overeenstemt met de geleverde inspanningen, en wanneer het gaat om intense, chronische en/of repetitieve situaties. Uiteindelijk kan dit leiden tot psychosomatische aandoeningen.

Welk is de impact van stress op het lichaam?

Op somatisch niveau vertaalt de stressreactie zich in een aantal verschijnselen die gepaard gaan met metabolische en hormonale veranderingen: hartritmeversnelling, verhoogde bloeddruk, bovenmatig zweten, ... Bij stress produceert het lichaam *adrenaline* en *cortisol*. Adrenaline zorgt ervoor dat het hart sneller gaat kloppen en de bloeddruk stijgt. Cortisol zorgt onder andere voor een evenwichtige suikerhuishouding in het bloed. Bij langdurige stress blijven het adrenaline- en cortisolniveau gedurende lange tijd te hoog; dit is een belangrijke oorzaak van een hoge bloeddruk.

Stress op het werk kan het risico op een hartaanval met tweederde verhogen. Dat melden Britse onderzoekers in het *European Heart Journal*. Mensen die hun job als zenuwslopend ervaren, lijden veel vaker aan coronaire hartziekten dan ontspannen werknemers.

Uit onderzoek blijkt dat werkstress een oorzakelijke factor is bij het ontstaan van hypertensie. Bij de behandeling van hypertensie is het dan ook belangrijk om naar de werksituatie te kijken.

Andere stressoren

Het ervaren van financiële tegenslagen of faillissement van werkgever, niet gerealiseerde promotie, een toename dan wel afname van de verantwoordelijkheid, langdurige conflicten met de werkgever, veel deadlines, veel competitie op het werk, kritiek van leidinggevende en verandering van werkplek geven een verhoging van het risico op cardiale incidenten.

Werkdruk

ook de impact van de werkdruk op het bloeddrukniveau is bestudeerd. De resultaten brengen een correlatie aan het licht tussen werkdruk en systolische bloeddruk. De stijging van de bloeddruk door blootstelling aan werkdruk, beperkt zich niet tot periodes waarin gewerkt wordt, maar strekt zich ook uit naar de vrije tijd. Het is ook aangetoond dat een verminderde blootstelling aan werkdruk de kans op morbiditeit vermindert.

Ploegenarbeid

Met ploegenarbeid wordt nachtwerk, werken in een variabel uurrooster, of werken met een specifiek ploegenpatroon bedoeld. Ploegenarbeid wordt erkend als beroepsrisicofactor voor cardiovasculaire stoornissen.

Het werken in ploegendienst heeft een meetbaar effect op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Er is een 40 % verhoogde incidentie van hart- en vaatziekten onder ploegendienstwerkers aangetoond vergeleken met werknemers in reguliere dagdienst. Het risico neemt toe met het aantal jaren werken in ploegendienst, en is onafhankelijk van leeftijd en rookgewoonte. Over de oorzaken van dit verhoogde risico wordt veel gespeculeerd, maar is nog weinig bekend.

Er wordt verondersteld dat het verband tussen ploegenarbeid en cardiovasculaire stoornissen op 4 manieren kan worden aangetoond (oa. Schnall):

Een wanverhouding dag/nachtritmes

De wanverhouding tussen dag/nachtritmes heeft deels betrekking op eetpatronen ('s nachts meer calorieën eten dan overdag hangt samen met hogere cholesterolwaarden.) Myocardinfarct en angina pectoris komen vaker vroeg in de ochtend voor. Daarom wordt er gesuggereerd dat deze verhoogde frequentie van angina pectoris te wijten is aan een discrepantie in zuurstoftoevoer naar de hartspier. Werknemers die een extra cardiale inspanning moeten leveren op dit tijdstip van de dag, kunnen meer

in gevaar zijn. Ook wordt verondersteld dat het slaaptekort van mensen in ploegenarbeid meespeelt. Er is echter nog geen onderzoek dat deze theorie bevestigt.

Slechtere levensstijl

Ploegenarbeid zou vaak tot gedragsveranderingen leiden die een risicofactor vormen voor cardiovasculaire ziektes. Dit zijn onder andere een hoger percentage rokers, ongezonde eetgewoonten zoals het overslagen van maaltijden... Eén studie toonde aan dat mensen die werken in ploegenarbeid niet significant zwaarder zijn dan andere werknemers, maar wel meer centraal vetweefsel hadden. Dit is ook een risicofactor voor hartaandoeningen.

Meer werkstress

Ploegendienst zou meer werkstress opleveren door de hogere eisen aan de werknemer en minder eigen controlemechanismen.

Overwerken

Lang overwerken is schadelijk voor mensen met een hartziekte. Mensen die langer dan 11 uur per dag werken, hebben meer kans op een hartaanval. Dat blijkt uit een onderzoek aan University College Londen. Uit de resultaten blijkt dat wie meer dan 11 uur per dag werkt, 67% meer kans heeft op een hartaanval dan de mensen die 7 tot 8 uur per dag doorbrengen op de werkvloer. Uit Japans onderzoek (Sokejima 1998) blijkt dat werkdagen van meer dan elf uur per dag of werkweken van meer dan zestig uur een verhogend effect op de bloeddruk hebben en de morbiditeit van het hartinfarct vergroten.

Aandacht: Impact van het werk op hartziekten bij vrachtwagenchauffeurs

Professionele Chauffeurs hebben een verhoogd risico op hartproblemen

Linken

Vaststelling

Enkele cases

Vaststelling

Aangezien er een groot aantal professionele chauffeurs onder cases opgemerkt werden, besloot de stuurgroep om de redenen hiertoe te achterhalen. We hebben de oorzaken geïnventariseerd op basis van wetenschappelijk onderzoek en aftoetsing bij de cardiologen.

“Professionele chauffeurs zijn oververtegenwoordigd binnen de cases”

Uit de cases die in 2011 en 2012 plaats vonden, stelde de stuurgroep van Hart voor Werk een groter dan gemiddelde populatie vast van professionele chauffeurs uit de transportsector. Concreet gaat het om 10 van de 46 cases.

Aangezien het aandeel professionele chauffeurs zodanig opviel, besliste de stuurgroep om deze beroepstak nader onder de loep te nemen om de oorzaken hiervan in kaart te brengen. Al snel werd duidelijk dat truckchauffeurs blootgesteld worden aan heel wat werkgerelateerde risico's, zoals omschreven in het vorige hoofdstuk. Zo moeten truckchauffeurs veel zitten, doen zij onregelmatige uren, hebben zij nogal wat te kampen met stresssituaties in het verkeer/deadlines, eten zij doorgaans ongezonder, roken zij relatief vaak...

Beschrijving van de cases met professionele chauffeurs door GTB

Mijnheer 1 is een dispatcher in een vrachtwagenpark. Hij heeft nog een hartcapaciteit van 15%, dus een zeer zware hartaandoening. Hij heeft een inwendige defibrillator en is ondertussen al tweemaal opgenomen met klachten. Hij zit mentaal in de put. GTB biedt hier heel wat meerwaarde door de

geboden ondersteuning. De man is momenteel nog in psychologische begeleiding omdat hij het gevoel heeft dat hij niets meer kan.

Mijnheer 2 is een vrachtwagenchauffeur met een aangeboren hartafwijking. Hij heeft een infectie opgelopen en diende een operatie te ondergaan. GTB heeft overleg met de cardioloog gepleegd en bemiddelt met de werkgever. Na de operatie ligt zijn borstkas open en moet hij fysiek herstellen om opnieuw aan kracht te winnen alvorens hij opnieuw aan het werk kan. In de toekomst zal hij aan de slag gaan met containers die fysiek minder belastend zijn om te verplaatsen. Hij gaat deeltijds aan de slag.

Mijnheer 3 is een vrachtwagenchauffeur, die voor zijn hartinfarct reeds op mutualiteit was op basis van schouderproblematiek. Omwille van de schouderproblematiek en nekhernia en de hartziekte is hij niet meer in staat om zijn vorig werk nog uit te voeren. Er is nog geen stap gezet kunnen worden naar nieuwe tewerkstelling. Er is immers geen aanpassing van het werk mogelijk binnen het bedrijf waar hij aan de slag was. Wanneer de klachten gereduceerd zijn, mag hij op deeltijdse basis buschauffeur worden van een school. De cardioloog heeft hiervoor de toestemming gegeven.

Mijnheer 4 haalt spullen op voor een kringwinkel, voornamelijk meubelen. Omwille van zijn hartaandoening mag hij niet langer zware lasten tillen. Door bemiddeling met de werkgever wordt deze werknemer nu ingezet in het magazijn.

Mijnheer 5 is al 35 jaar vrachtwagenchauffeur en deed tot voor een jaar altijd internationaal vervoer. Omwille van de nood om meer thuis te zijn, koos hij vorig jaar voor een andere job als ophaler van containers. Een job in nationaal vervoer, waarbij hij in gans België moet rondrijden, vaak in de file staat en ook zelf de vrachtwagen moet laden en lossen. Omwille van hartritmestoornissen is hij een tijd werkonbekwaam geweest. Hij wijt deze problemen zelf aan de grote stress die er aan te pas komt (files, tijdsdruk, lange dagen werken, ...) en kiest op het einde van het traject ervoor om terug internationaal vervoer te gaan doen. Mijnheer 5 geeft zelf aan dat vrachtwagenchauffeur zijn iets is dat in hem zit. Hij zou ook niets anders willen doen (werkt graag alleen, is graag onderweg, ...).

Waarom hebben zoveel professionele chauffeurs een verhoogd risico op een hartziekte?

De bevindingen uit de cases worden ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Ook uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er bij bepaalde beroepsgroepen meer hartaandoeningen voorkomen dan verwacht mag worden waaronder ook de beroepschauffeurs en dan vooral vrachtwagenchauffeurs en buschauffeurs (Bigert).

Inge van Bogerijen² van de Universiteit Utrecht legde de het beroep van vrachtwagenchauffeur onder het vergrootglas en bekeek de gevolgen van het uitoefenen van dit stressvolle en overwegend zittende beroep.

Ongezonde levensstijl

Uit onderzoek blijkt dat truckchauffeurs er vaak een ongezonde levensstijl op nahouden. De werkcultuur en de fysieke werkomgeving liggen hier mee aan de oorzaak.

Onderzoekster Ingrid van Bogerijen stelt vast: *Door de werkcultuur en de fysieke werkomgeving is het voor vrachtwagenchauffeurs lastig om een gezonde leefstijl na te streven. Gezondheid is voor veel chauffeurs erg belangrijk. Sommigen hebben behoefte aan sportfaciliteiten en gezonde voeding onderweg. Echter, door lange werkdagen en onregelmatige werktijden ontbreekt hun de tijd om te sporten. Daarnaast maken het zittende karakter van het beroep en het gebrek aan sportfaciliteiten*

² Onderzoek in opdracht van Universiteit Utrecht en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).

onderweg het voor veel chauffeurs lastig om een actieve leefstijl te realiseren. Ook het eenzijdige aanbod van voeding in de wegrestaurants heeft een directe negatieve invloed op de gezondheid van de chauffeurs. Vaak denken zij dat gezonde voeding alleen voldoende is.”

Veel chauffeurs hebben gewichtsproblemen, door hun eetgedrag en hun weinige beweging. Hart- en vaatziekten scoren dan ook hoog in deze bedrijfstak. Dit wordt tevens beaamd door de cardiologen van AZ-Turnhout, die stellen dat het beroep van vrachtwagenchauffeur door hen vaak als ‘het gevaarlijkste beroep’ wordt omschreven.

De vervoer- en transportbranche is een risicosector op dit gebied, met relatief veel werknemers die bovengemiddeld scoren op overgewicht en beweegarmoede. Daarnaast zijn er in de beroepstak veel oudere werknemers (50+) en mensen met een lage sociaaleconomische status werkzaam.

Overgewicht

Brancheorganisatie BGZ Wegvervoer heeft in 2007 de campagne ‘Fit op de Rit’ uitgevoerd om een gezonde leefstijl onder chauffeurs te bevorderen. Deze campagne was er op gericht voorlichting te verschaffen en bewustwording te creëren over gezondheid op het werk bij vrachtwagenchauffeurs. Een groot aantal (13.500) chauffeurs heeft aan de campagne meegedaan en een fittest ondergaan. De resultaten tonen aan dat 66% van de werknemers in de sector overgewicht heeft (ten opzichte van 40% landelijk), 17% lijdt aan obesitas (t.o.v. 10% NL).

Daarnaast blijkt het voor veel chauffeurs lastig te zijn om er een gezond eetpatroon op na te houden, omdat er vaak een gebrek aan tijd is om te eten, of omdat zij bijvoorbeeld uit verveling eten tijdens het rijden.

Beweegarmoede

Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat slechts 25% van de vrachtwagenchauffeurs de NNGB haalt (t.o.v. 55% NL). Hiermee bedoelen we de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de internationale norm voor gezond bewegen. Werknemers met beweegarmoede zijn werknemers die niet voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB). Deze norm stelt dat om een goede gezondheid te behouden, het gewenst is ten minste 5 dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging te hebben. (NISB,2005).

Veel roken

Uit hetzelfde onderzoek blijkt bovendien dat 31% van de vrachtwagenchauffeurs rookt (t.o.v.28% NL). ook de cardiologen uit AZ Turnhout merken op dat vrachtwagenchauffeurs doorgaans vaker roken. Bovendien roken ze vaak in hun cabine waardoor zij meer schadelijke stoffen inademen.

Verhoogd dieselrisico+uitlaatgassen

Wegenwerkers en chauffeurs van bussen of zware machines zijn sterker blootgesteld aan dieselgassen, die specifieke giftige effecten hebben. Ischemische hartziekten (door onvoldoende doorbloeding) komen meer voor bij personen die beroepshalve aan diesel blootgesteld zijn. Daarom kan het nuttig zijn dat artsen bepaalde categorieën werknemers melden dat hun klachten mogelijk beroepsgerelateerd zijn, schrijft het vakblad ‘de Huisarts’.

Dieselgassen bevatten onder meer koolstofmonoxide en -dioxide, maar ook fijne stofdeeltjes. Het kan volgens het medische weekblad nuttig zijn aan bepaalde categorieën werknemers te melden dat hun klachten mogelijk aan hun beroep gerelateerd zijn.

Diesel is slecht voor het hart, en dat zowel op chronische als acute wijze. Het is volgens ‘de Huisarts’ aangetoond dat ischemische hartziekten meer voorkomen bij personen die beroepshalve blootgesteld worden aan dieselgassen. Het ongunstige effect van diesel op de hartfunctie werd rechtstreeks aangetoond bij personen die na een hartinfarct blootgesteld werden aan dieselgassen tijdens een matige inspanning. (belga/lpb)

Uitlaatgassen verhogen de kans op een hartaanval

Wanneer iemand uitlaatgassen van auto's inademt, dan is de kans op een hartaanval binnen de daaropvolgende zes uur licht verhoogd. Hoewel de kans op een hartaanval na de eerste zes uur afneemt en na 72 uren volledig verdwenen is, daalt de levensverwachting wanneer mensen regelmatig dit soort dampen inademen. Althans bij kwetsbare mensen die reeds een verhoogd risico op een hartaanval hebben. Dat zeggen Britse wetenschappers in het British Medical Journal.

De wetenschappers bestudeerden de gegevens van bijna 80.000 Britten die een hartaanval kregen. Vervolgens vergeleken ze deze gegevens met de historische gegevens over luchtvervuiling. Zij vonden een duidelijke link tussen luchtvervuiling en hartaanvallen. Wanneer iemand een bepaalde hoeveelheid uitlaatgassen inademt, dan is de kans op een hartaanval circa vijf procent groter. Waarschijnlijk zorgen de uitlaatgassen ervoor dat het bloed tijdelijk verdikt, waardoor het eerder stolt en de kans op een hartaanval groter is.

Zeker mensen met een hartziekte wordt afgeraden raden om een lange periode in de uitlaatgassen te zitten

Stress

Stress op de weg is slecht voor het hart

Meer dan 90 procent van de Britten zegt dat ze zich dagelijks boos maken, onbeschofte mensen en slechte chauffeurs zorgen voor het meeste frustratie. Deze dagelijkse irritaties verhogen de bloeddruk en zetten de gezondheid van je hart onder druk, waarschuwen Britse artsen. 60 procent van de Britten noemt slechte chauffeurs en het verkeer als het meest irriterende deel van hun dag. Volgens Neil is de beste manier om je bloeddruk te verlagen diep adem te halen. "Als je in het verkeer zit, is het makkelijk je op te winden en te focussen op hoeveel tijd je verliest. Maar dit maakt de situatie enkel erger. Je hartslag zal verhogen, je spieren zullen zich opspannen en het zweet zal je uitbreken.

Verkeerslawaaai

“Drukke snelwegen zijn slecht voor het hart”

Wie langdurig wordt blootgesteld aan verkeerslawaaai, heeft meer kans om een hartaanval te krijgen. Dat blijkt uit een Deens onderzoek dat gepubliceerd werd in PLoS ONE. De Deense wetenschapper Mette Sorensen onderzocht de relatie tussen verkeerslawaaai en hartaanvallen. Ze volgde bijna 10 jaar lang 57.053 mensen tussen 50 en 65 jaar. Volgens dokter Dirk Van Duppen, die mee het geluid van de Antwerpse Ring in kaart bracht, maakt die lange testperiode haar onderzoek geloofwaardig.

Op basis van hun woonplaats werd geschat in welke mate de proefpersonen blootstonden aan geluidshinder. Vanaf 56decibel –vergelijkbaar met het lawaai van een drukke straat– begonnen de onderzoekers te meten. Vanaf die grens wordt het geluid ook schadelijk.

Voor elke tien decibel extra bleek het risico op een hartaanval met 12 procent te stijgen. Ook als andere risicofactoren, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, levensstijl, trein- en vliegtuiggeluid, werden uitgesloten, bleef het verband overeind. Wat de precieze oorzaak is van dat verband is nog niet bekend. Mogelijk heeft het te maken met de stress en het slaapgebrek die gepaard gaan met verkeersoverlast. Opvallend: gedurende het onderzoek kregen maar liefst 1.600 mensen een hartaanval.

Uit eerder onderzoek van Sorensen was al gebleken dat de blootstelling aan verkeerslawaaai de kans op een beroerte sterk vergroot, zeker bij 65-plussers. Als de geluidsoverlast de 60 decibel eenmaal overstegen is, neemt de kans op een beroerte per 10 decibel zelfs nog sterker toe. In diezelfde periode van tien jaar kregen liefst 1.881 deelnemers aan de studie (3,7%) een eerste beroerte.

Zittend beroep

Dit punt is rechtsreeks gerelateerd aan de beweegarmoede waarmee de vrachtwagenchauffeurs vaak kampen. Het vele zitten (sedentair gedrag) tijdens hun werk wordt vaak niet gecompenseerd in de vrije tijd (Jans et al., 2007b). Dit sedentaire gedrag is – net als beweegarmoede – een onafhankelijke risicofactor gebleken voor het krijgen van onder andere overgewicht en diabetes (Martinez-Gonzales et al., 1999; Jakes et al., 2003; Bertrais et al., 2005; in: Jans et al., 2007b)

Sociaaleconomische verschillen

In de vervoer- en transportbranche zijn relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status werkzaam. Voor het beroep van vrachtwagenchauffeur is geen hoge opleiding vereist en het inkomen ligt ook relatief laag. Chauffeurs proberen hun lage inkomen te compenseren door veel overuren te werken en op die manier meer geld te verdienen. De betekenis die chauffeurs geven aan het belang van werken, wordt in grote mate beïnvloed door het salaris dat zij verdienen. Hierdoor krijgt het werk voor de meeste chauffeurs ook de prioriteit boven sporten of bewegen. Daarnaast blijkt dat veel chauffeurs vaak hun hele leven lang werkzaam zijn in de transportsector. Het blijkt voornamelijk voor oudere chauffeurs lastig te zijn om in een later stadium van de loopbaan nog van beroep te veranderen en buiten de vervoer- en transportsector werkzaam te worden. Dit zou te maken kunnen hebben met het opleidingsniveau, waardoor omscholing minder makkelijk is.

Lange dagen, weinig rust, overwerk

Chauffeurs maken vaak erg lange werkdagen, waarbij al 's morgens vroeg wordt begonnen. Werkweken van 60 tot 70 uur zijn geen uitzondering en regelmatig werken ze zo'n 14 à 15 uur op een dag. Daarnaast hebben veel chauffeurs te maken met onregelmatige werktijden, en zijn zij vaak meerdere dagen of langere tijd van huis. De betekenis die zij hier aan toekennen is dat dit gewoon onderdeel is van het werk dat ze doen. In principe mogen chauffeurs vierenhalf uur achtereen rijden, en zijn dan wettelijk verplicht drie kwartier stil te staan. Het is echter afhankelijk van het type vervoer en het soort opdracht of deze regel ook daadwerkelijk in praktijk kan worden gebracht. Zo worden deze 'pauzes' vaak ook gebruikt om de vrachtwagen te laden of te lossen. De grote hoeveelheid overuren die de chauffeurs maken, zijn onder meer te verklaren doordat op die manier het salaris tot een hoger niveau kan worden gebracht.

Geen stimulering door de werkgever

Uit de data komt naar voren dat werkgevers in de vervoer- en transportsector niet of nauwelijks aandacht besteden aan gezondheidsstimulering van hun werknemers. De chauffeurs hebben op dit gebied het idee dat het werk altijd voor gaat en dat de prioriteit van de werkgever daar ook ligt. De schaarse activiteiten gericht op de gezondheid van werknemers die er wél zijn, zijn voornamelijk curatief van aard.

Hoge werkdruk

Vrachtwagenchauffeurs kampen met een hoge werkdruk. Zo is duidelijk geworden dat chauffeurs lange werkweken maken, waarbij zij ook regelmatig meerdere dagen achtereen van huis zijn. Dit heeft tot gevolg dat chauffeurs bovengemiddeld veel tijd op het werk doorbrengen. In Nederland brengen werknemers gemiddeld zestig procent van hun tijd op het werk door, voor chauffeurs ligt dit percentage aanzienlijk hoger. Chauffeurs ervaren over het algemeen een vrij hoge werkdruk als gevolg van de lange en onregelmatige werkdagen. Vaak is men ook nog afhankelijk van deadlines die een opdrachtgever stelt en blijft er weinig vrije tijd of pauze over om te sporten en bewegen.

Aanbevelingen

Er is behoefte aan meer en betere faciliteiten onderweg, zowel op het gebied van voeding als bewegen. Hierdoor wordt een gezonde leefstijl gestimuleerd.

Werkgevers moeten de werknemers die dit willen hierin faciliteren. Er moet worden ingespeeld op de intrinsieke motivatie van chauffeurs om gezond te leven en een slag te maken in de bewustwording. Gezondheid onder chauffeurs moet bespreekbaar worden gemaakt door de discourses van gezondheid en mannelijkheid ter discussie te stellen.

Om structureel iets te kunnen veranderen, zou op vakbond, branche- of overheidsniveau moeten worden gekeken naar oplossingen voor de ongezonde werkstructuur waar vrachtwagenchauffeurs mee te maken hebben.

Aangepast werk

Lichter werk

Aangepaste werkuren

Aanpassen woonwerkverkeer

Aanpassen arbeidsomstandigheden

Lichter werk

Personen met een hartziekte die voorheen zwaar werk deden krijgen niet meer de toelating van de cardioloog, arbeidsgeneesheer... om hun job nog langer uit te oefenen.

De consultants van GTB gingen samen met deze personen op zoek naar een nieuwe en lichtere job voor deze patiënten. Soms werd een nieuwe job gevonden binnen hetzelfde bedrijf.

Voorbeeld uit de cases

Een vrachtwagenchauffeur die enkel nog containertransport mag doen ipv vrachtwagens met afdekzeil die manueel moeten aangespannen worden.

Een chauffeur die meubels ophaalt voor de kringwinkel mag zijn job niet langer uitoefenen omdat het hier gaat over zware moeilijk hanteerbare lasten. Hij staat nu grotendeels in het magazijn om binnengekomen goederen te ontvangen.

Een veiligheidsagent die enkel nog opleiding aan nieuwe collega's geeft en toezicht houdt bij openingen ipv risicovolle interventies.

Een medewerker van de politie die lichte administratieve taken doet in plaats van de stressvolle klachtenbehandeling.

Een verpleegkundige die niet langer EHBO-cursussen mag geven wegens het sleuren met zwaar materiaal naar verschillende locaties.

De MET-schaal [\(zie link\)](#) geeft een indicatie van wat zwaar werk is.

Aangepaste werkuren

In een aantal gevallen werden de werkuren van de persoon met een hartaandoening (tijdelijk) aangepast. In een deel cases is de werknemer gestart in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting. In de gevallen waar de werknemer in een ploegensysteem werkte, werd er telkens geopteerd om de werknemer te laten starten met de ene week het vroege deel van een late shift (van 14-18u) en de week nadien het late deel van de vroege shift (van 10-14u). Dit zorgt ervoor dat de klant in zijn oorspronkelijke ploeg kon blijven werken en dat hij het extreem vroeg en extreem laat werken kon vermijden.

Andere mogelijkheden om werkuren aan te passen, richten zich dan vooral op het combineerbaar maken van werk en gezin/woon-werkverkeer.

Aanpassen woonwerkverkeer

Een mogelijke aanpassing kan ook zijn om tussen te komen in woon-werkverkeer. Voor vele werknemers is dit vaak heel belastend, vooral als er lage afstanden afgelegd moeten worden en de werknemer vaak geconfronteerd wordt met files of lange wachttijden. Een mogelijke oplossing is om de werknemer 1 of meerdere dagen thuis te laten werken, of om de werktijden aan te passen zodat het openbaar vervoer er beter op aansluit. Dit kan bijvoorbeeld ook zijn dat het werk deeltijds wordt hervat met volledige dagen in plaats van met halve dagen. Bij een lange verplaatsing van en naar het werk met veel files, is het immers interessanter en minder stresserend om met volledige dagen te werken.

Aanpassen arbeidsomstandigheden

Temperatuur

Het werken in hoge temperaturen, en vooral een fysieke inspanning doen in deze temperaturen, is een tegenindicatie om het werk te hervatten. In het project werd echter gemerkt dat dit een probleem is waar heel erg moeilijk een oplossing voor gevonden kan worden aangezien deze temperatuur vaak inherent is aan het product dat er geproduceerd wordt, aan de machines die gebruikt worden, aan de structuur van het gebouw waarin gewerkt wordt, ...

Voorbeeld uit cases:

Eric, een werknemer van een kartonnagebedrijf mocht van de cardioloog niet opnieuw in de productieomgeving aan de slag aangezien hij daar met hoge temperaturen van meer dan 35 graden te maken heeft.

Stefaan, een arbeider in een metaalverwerkend bedrijf mocht zijn werk niet hervatten op advies van de cardioloog gezien de hoge temperaturen (50° in de zomer, 30° in de winter) en het zwaar fysiek werk. Aangezien deze omstandigheden helaas niet te veranderen zijn en de medische problematiek in de geval te ernstig was, werd deze man definitief arbeidsongeschikt verklaard.

Hulpmiddelen/aanpassingen voor werknemers met hartklachten die door werkgevers ter beschikking gesteld kunnen worden (zie ook hoofdstuk door GTB)

Werkgevers kunnen deze lijst gebruiken in een gesprek met hun werknemers met een hartprobleem om na te gaan wat hij/zij nodig heeft voor het uitvoeren van de werkzaamheden in uw bedrijf of instelling.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rustkamer | Dit is een kamer of ruimte op het werk die speciaal bedoeld is om even te rusten. De kamer heeft een bed en kan goed donker worden gemaakt. De kamer mag niet dicht bij ruimtes liggen waar veel lawaai is. |
| <input type="checkbox"/> Werktijden | Een regelmatig leven zorgt voor beter functioneren. Onregelmatige diensten of nachtdiensten zullen niet altijd goed zijn. Dit zal echter per persoon en per aandoening verschillen. |
| <input type="checkbox"/> Vermijdt werkdruk | Hoge werkdruk, stress en piekbelasting hebben een negatieve invloed op hartklachten. Het is belangrijk dit zo veel mogelijk te vermijden. |
| <input type="checkbox"/> Vermijden te hoge of te lage temperaturen | Te hoge of te lage temperaturen kunnen hartklachten verergeren. Dit dient zoveel mogelijk vermeden te worden. |
| <input type="checkbox"/> Rookvrij | Werknemers hebben het recht op een rookvrije werkplek. Bij werknemers met hartklachten is dit zeker noodzakelijk. |
| <input type="checkbox"/> Thuis werken | Het kan een oplossing zijn om geheel of gedeeltelijk thuis te werken, zodat er flexibel met werktijden omgegaan kan worden. De werknemer kan werken op tijdstippen dat hij meer energie heeft. |

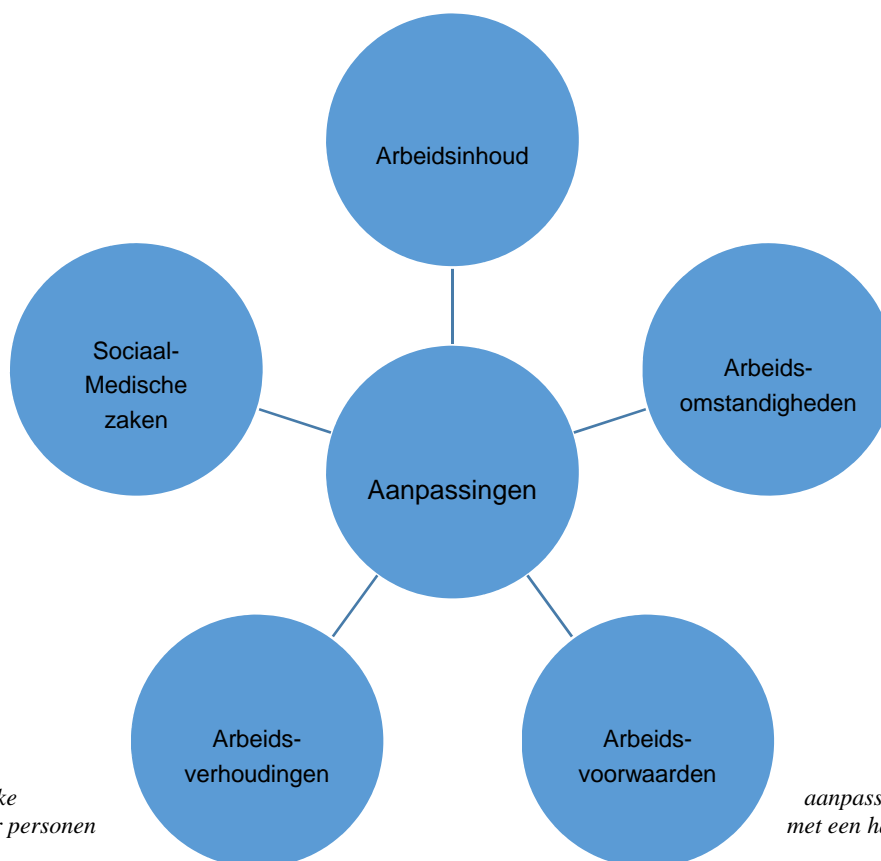
- Regelmogelijkheden Mensen met hartklachten hebben goede en minder goede dagen. Daarom is het belangrijk dat de werknemer voor een groot deel een eigen tijdsplanning kan maken en de dag kan indelen, voor zover de werkzaamheden dit toelaten. De ene keer kan de werknemer dan een langere pauze nemen dan de andere keer. Of hij stopt de ene dag eerder dan de andere, indien hij moe is.
- Pauzesoftware Er bestaan diverse programma's die op de computer geïnstalleerd kunnen worden, die pauzes aangeven. Ook kan ingesteld worden hoe lang de pauze mag duren en wat te doen in de pauze. Bijvoorbeeld rusten of oefeningen uitvoeren.
- Vermijden van extreem zwaar werk Het heffen en tillen van zware lasten kan voor sommige hartproblematieken een tegenindicatie zijn. Dit zorgt ervoor dat er een druk gezet wordt op de hartspier en de bloedvaten, en dit kan een schadelijk effect teweegbrengen.

Checklist: Mogelijke aanpassingen en interventies voor personen met een hartprobleem

Inleiding

Deze checklist kan gebruikt worden door begeleiders wanneer zij op zoek zijn naar mogelijke oplossingen voor een probleem dat zich stelt op de werkvloer.

Aanpassingen zijn mogelijk op verschillende niveaus.



Figuur: Mogelijke interventies voor personen

aanpassingen en met een hartprobleem

Deze aanpassingen worden op de volgende pagina's beschreven.

Aanpassingen qua arbeidsinhoud:

Probleemstelling	Mogelijke oplossing
Onjuiste balans tussen taakniveau en opleidingsniveau	aanpassing takenpakket meer regelmogelijkheden om- her- of bijscholing jobcoaching loopbaanbegeleiding
Werkdruk	(tijdelijk) aanpassing takenpakket verbetering werkinstructies verbetering planning (tijdelijk) andere functie voorzien assistentie van derden inrichten van een rustkamer voor kort, maar intensieve rustpauze pauzesoftware die aangeeft wanneer en hoelang er gepauzeerd wordt uitbesteden van belastende taken aan collega's
Structurele overbelasting	inzet van andere hulpmiddelen assistentie van collega's bij piekbelasting beperking in duur of tempo
Storingen buiten de werknemer om, ...	werknemer meer autonomie geven om taken uit te voeren en problemen op te lossen mogelijkheid geven om zelf korte pauze te nemen regelmogelijkheden bieden om eigen tijdsplanning op te maken
Problemen rond verantwoordelijkheden, onduidelijk taakeisen, ...	functioneringsgesprekken voorzien eenduidige communicatie competentieprofielen opstellen

Aanpassingen qua arbeidsomstandigheden:

Probleemstelling	Mogelijke oplossing
Ongeschikte werkruimte: lawaai, tocht, gebrekkige ventilatie, hoge of lage temperatuur, ...	ergonomische aanpassingen bouwkundige/bouwtechnische aanpassingen inzet van hulpmiddelen assistentie van derden andere functie thuis (tele)werken
Onregelmatig werk/werk in ploegendienst	aanpassing arbeidspatroon met meer regelmaat andere functie met meer regelmaat bij opstart in gedeeltelijke werkhervatting telkens de extreem vroege of extreem late delen vermijden
Verre stresserende woon-werkverplaatsing	bij deeltijdse werkhervatting met volledige dagen laten werken ipv halve dagen

Aanpassingen qua arbeidsvoorwaarden

Probleemstelling	Mogelijke oplossing
Geen invloed hebben op werkrooster, geen richting geven aan loopbaan	inspraak geven in planning dienstroosters ruim op voorhand opstellen en bekend maken.
Geen of weinig loopbaangesprekken, onzekerheid over job	functioneringsgesprekken organiseren kiezen voor eenduidig beoordelingssysteem
Andere	werktijden flexibeler maken zodat vb. beter aansluit op openbaar vervoer instemmen met zorgverlof

Aanpassingen qua arbeidsverhoudingen:

Probleemstelling	Mogelijke oplossing
Onvoldoende steun en begrip van collega's	conflictbemiddeling door preventiedienst collega's inlichten en informeren over medische/andere klachten

Weinig feedback over resultaat van gepresteerd werk	feedback geven over wat goed is en wat verbeterd kan worden vooraf doelstellingen en verwachtingen bespreken
Onvoldoende mogelijkheid tot informele contacten	werkruimte inrichten zodat er oogcontact mogelijk is taken toevoegen die samenwerking vereisen pauzes beter organiseren
Te weinig privacy	vertrouwenspersoon installeren

Aanpassingen omtrent sociaal-medische zaken:

Mogelijke oplossing
bespreekbaar stellen van de klachten werknemer ruimte en tijd geven om hieraan te werken behandeling van bepaalde klachten (rugtraining, stresstraining, ...) collega's informeren zodat er meer begrip ontstaat ...