



ACHTERGRONDDOCUMENT

BIJ

DE BLAUWDRUK KANKER EN WERK

Uitgave
NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB
Postbus 2113
3500 GC Utrecht
T 030 2845750
E kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
W www.nvab-online.nl

Kerngroep

I. van Zanten-Przybysz, bedrijfsarts/projectleider (Kwaliteitsbureau NVAB)
A.G.E.M. de Boer, universitair docent (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid)
L. Maes, beleidsmedewerker (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties)
K. Rosenbrand, senior adviseur (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO)

Projectgroep

N. Aaronson, medisch socioloog
M. Bannink, psychiater
E. ten Berge, bedrijfsarts
E. Bos, gynaecoloog
B. Fröhleke, adviseur
B. Gijzen, adviseur
J. van de Lagemaat–Korver, coördinerend oncologieverpleegkundige
K. de Kock, huisarts
M. Nuyten, adviseur
T. Rejda, bedrijfsarts
E. Spelten, psycholoog
L. Uitterhoeve, radiotherapeut-oncoloog
A. Klarenbeek, verzekeringsarts
G. Vreugdenhil, internist-oncoloog en hematoloog
K. Zwart, adviseur

Coördinatie en eindredactie

C.T.J.Hulshof, bedrijfsarts
M. Lebbink, stafmedewerker

INHOUDSOPGAVE

pagina

INLEIDING	4
Aanleiding	
Doel van de Blauwdruk	
Begripsbepaling en de achtergronden	
Methode en verantwoording	
Bewijskracht	
Herziening van de blauwdruk	
ACHTERGRONDEN BIJ DE BLAUWDruk KANKER EN WERK	
1. VOORSPELLENDE FACTOREN VOOR DE TERUGKEER NAAR WERK	10
1.1 Voorspellende factoren in ziekte en behandeling	12
- Fysieke beperkingen	
- Vermoeidheid	
- Angst	
- Depressie	
- Cognitief functioneren	
- Genderspecifieke aspecten	
1.2 Werkgerelateerde voorspellende factoren bij volwassenen	27
1.3 Voorspellende factoren voor het betreden van de arbeidsmarkt	30
door jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd	
1.4 Andere knelpunten	31
2. REVALIDATIE BIJ KANKER	36
3. FOLLOW UP, PREVENTIE VAN COMORBIDITEIT EN VERZUIM NA KANKER	39
4. EVALUATIE	41
5. AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK	42
BIJLAGEN	43
1. Aandachtspunten voor het verkennen van werkgerelateerde problemen bij chronisch zieken	
2. Angst en depressie	
3. Focusgroepen	

INLEIDING

Aanleiding

Het aantal patiënten dat geneest van kanker of er langere tijd mee leeft is de laatste decennia gestaag toegenomen. Kanker is een van de meest voorkomende chronische aandoeningen van deze tijd. In ons land leven ruim 400.000 mensen met de kanker en de gevolgen daarvan, en jaarlijks wordt er bij ruim 70.000 mensen kanker gediagnosticeerd. Van de 35.692 nieuw gediagnosticeerde gevallen bij vrouwen in 2003 maakten er 14.661 deel uit van de beroepsbevolking (41%). Bij mannen ging het om 13.822 van de 37.496 (37%). Dit betekent dat jaarlijks ongeveer 30.000 werknemers de diagnose kanker krijgen: 1 op de 341 vrouwen en 1 op de 362 mannen. De prevalentie is veel hoger. Onder de beroepsbevolking heeft 1 op de 79 mannen te maken gehad met een eerder vastgestelde kanker (1,3%). Bij vrouwen loopt dit cijfer op naar 1 op de 38 (2,6%). Tot 2015 zal de prevalentie stijgen, zowel bij mannen als bij vrouwen.¹

Kanker is een verzameling van ziekten die een gemeenschappelijk noemer hebben, namelijk dat ze in veel gevallen - bij een gunstig verloop – chronisch worden. Werknemers met een chronische ziekte en werknemers met kanker hebben voor wat betreft werkproblemen en de oplossingen daarvan veel met elkaar gemeen.^{2 3}

Het inzicht wint terrein dat werk, naast een belasting, voor de meeste mensen een belangrijke stabiliserende factor in hun leven is en voor velen ook een bron van plezier en een vorm van zingeving aan het bestaan. Desondanks ondervinden veel kankerpatiënten problemen met de terugkeer naar werk. Deels heeft dit te maken met factoren die samenhangen met de ziekte en de behandeling. Andere aanwijsbare oorzaken zijn onvoldoende aandacht voor kanker en werk binnen de curatieve sector en de arbozorg en de gebrekkige communicatie daarover met en over kankerpatiënten. De meeste kankerpatiënten ontvangen nauwelijks of geen advies met betrekking tot werk of werkhervatting. Ook kan er sprake zijn van geen of onvoldoende steun in de werkomgeving.

Het niet slagen in terugkeer naar werk en de afhankelijkheid van sociale uitkeringen heeft negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Zij missen de sociale contacten met en emotionele steun van collega's en ondervinden nadelige financiële gevolgen van hun ziekte.

Doel van de Blauwdruk

De Blauwdruk Kanker en Werk moet handvatten bieden aan zowel richtlijnontwikkelaars van oncologische richtlijnen, als aan (para)medische professionals die in de dagelijkse praktijk betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten. Het is de bedoeling dat de factor arbeid structureel aan de orde komt in de nieuwe en te herziene oncologische richtlijnen en dat alle medische, paramedische en arboprofessionals vanaf de diagnose meer aandacht besteden aan het maatschappelijk participeren van hun patiënten.

De Blauwdruk bestaat uit twee delen:

- A. een stappenplan voor ontwikkelaars van oncologische richtlijnen;
- B. een leidraad voor (para)medici en arboprofessionals, betrokken bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten.

¹ Kuijpers JLP. Kanker in de beroepsbevolking: aantallen en trends. TBV 2008; 16: 281-284.

² Dettelle SI, Haafkens JA, Dijk van FJ. What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. Scand J Work Environ Health 2003; 29(2):134-42.
Varenkamp I, Verbeek JH, Dijk FJ. How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on empowerment perspective. Int Arch Occup Environ Health 2006; 80(2); 87-97.

³ Varenkamp I, Verbeek JH, Dijk FJ. How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on empowerment perspective. Int Arch Occup Environ Health 2006; 80(2); 87-97.

Deel A heeft als doel handvatten te bieden voor het systematisch betrekken van het thema 'werk en werkhervatting' als een vorm van maatschappelijke participatie in elke nieuwe of herziene specifieke richtlijn over kanker. Dit deel is een stappenplan voor de implementatie van de factor arbeid in de oncologische richtlijnen, met:

- concrete aanbevelingen over belangrijke aspecten van kanker en werk die bij vrijwel alle soorten van kanker een rol spelen (zoals fysieke klachten en beperkingen, vermoeidheid, angst, depressie, cognitieve problemen, genderspecifieke aspecten van kanker);
- aandacht voor psychosociale begeleiding en met aanbevelingen t.a.v. revalidatie bij kanker in relatie tot werk;
- aandacht voor voorspellende factoren voor het betreden van de arbeidsmarkt door jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben doorgemaakt.

Deel B is opgebouwd aan de hand van de (deels in tijd overlappende) fasen die de kankerpatiënt doormaakt: diagnostiek, behandeling en herstel, follow up. De meeste kankerpatiënten zullen met werkhervatting starten wanneer de behandeling achter de rug is. Er zijn echter steeds meer werknemers met kanker die gedurende hun ziekte volledig of gedeeltelijk aan de slag blijven, al dan niet met tijdelijke onderbrekingen. Voor elke fase wordt beschreven welke implicaties er zijn met betrekking tot het thema 'werk en werkhervatting' en welke acties voor de verschillende actoren in die fase worden aanbevolen op basis van de evidence en de consensus in de projectgroep.

Daarnaast is er ook een patiëntvertaling van de Blauwdruk gemaakt. Deze handleiding 'Wat en hoe bij kanker en werkt' geeft per fase in het ziekteproces aan wat iemand van de zorgverleners mag verwachten en welke activiteiten hij zelf kan of moet ondernemen om werkhervatting te bevorderen. De handleiding is te downloaden via de website van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties: www.kankerpatient.nl

Begripsbepaling en de achtergronden

Bij terugkeer van de kankerpatiënt naar werk is de medische prognose van groot belang. Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen kankerpatiënten met een gunstige medische prognose, waarbij werkhervatting volgt, en kankerpatiënten bij wie genezing niet meer mogelijk is en de medische prognose infaust is. De keuze over de invulling van de laatste levensfase zou in belangrijke mate aan de patiënt overgelaten moeten worden en werk kan daarin desgewenst een rol spelen.

Kanker door werk (-omstandigheden) vormt geen onderdeel van de Blauwdruk, maar er wordt wel een route aangegeven voor het geval er verdenking van is. Indien er een verdenking is van kanker als beroepsziekte neemt de (para)medische professional contact op met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts stelt vast of het om een beroepsziekte gaat. Zo ja, dan is de bedrijfsarts verplicht dit te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB). In geval van twijfel of bij vragen over werkhervatting bij (een vermoeden van) kanker als beroepsziekte kan het NCVB worden benaderd (helpdesk: 020-566 5387, of via www.beroepsziekten.nl).

Naast de aandacht voor patiënten die kanker hebben (gehad), is er ook aandacht nodig voor patiënten die dragers zijn van een erfelijke vorm van kanker. Het risico dat de ziekte zich elk moment kan manifesteren of terugkeren is levenslang een bron van spanningen en onzekerheid. Dit te samen met een profylactisch verwijderen van diverse organen en mogelijke complicaties daarvan kunnen tot problemen leiden in relatie tot werk. Aandacht voor zowel psychische als fysieke aspecten van het functioneren van dragers van erfelijke tumoren, het tijdig onderkennen van een (dreigend) verzuim en het inzetten van adequate begeleiding door de bedrijfsarts zijn van groot belang.

Methode en verantwoording

De Blauwdruk Kanker en Werk is onder verantwoordelijkheid van het Kwaliteitsbureau NVAB tot stand gekomen. De ontwikkeling ervan werd financieel (mede) mogelijk gemaakt door Stichting Instituut Gak.

Projectgroep en kerngroep

Gezien het multidisciplinaire karakter van het onderwerp is er in een vroege fase van de ontwikkeling voor gekozen vertegenwoordigers van beroepsgroepen die nauw betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten te laten deelnemen aan de projectgroep. De volgende organisaties

werden vertegenwoordigd in de projectgroep: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO), de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO), de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen (VVOV), de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Gynaecologie, de Werkgroep Oncologische Gynaecologie van de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Gynaecologie, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), Herstel & Balans®, VNO-NCW en Welder (het Breed Platform Verzekeren & Werk) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). De leden van de projectgroep waren: N. Aaronson (medisch socioloog), M. Bannink (psychiater), E. ten Berge (bedrijfsarts), E. Bos (gynaecoloog), B. Fröhleke (adviseur), B. Gijsen (adviseur), K. Rosenbrand (adviseur), J. van de Lagemaat-Korver (coördinerend oncologieverpleegkundige), K. de Kock (huisarts), M. Nuyten (adviseur), T. Rejda (bedrijfsarts), E. Spelten (psycholoog), L. Uitterhoeve (radiotherapeut-oncoloog), A. Klarenbeek (verzekeringsarts), G. Vreugdenhil (internist-oncoloog en hematoloog), K. Zwart (adviseur)

De kerngroep werd gevormd door A.G.E.M. de Boer, universitaire docent (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid), L. Maes, beleidsmedewerker (NFK), K. Rosenbrand, senior adviseur (CBO), I. van Zanten-Przybylsz, bedrijfsarts (projectleider Kwaliteitsbureau NVAB).

De doorlooptijd van het project was van voorjaar 2007 t/m januari 2009. De kern- en de projectgroep kwamen in deze periode herhaaldelijk bijeen.

Patiënten- en werkgeversperspectief

Bij de ontwikkeling van de Blauwdruk is getracht om het patiëntenperspectief en het werkgeversperspectief zoveel mogelijk mee te nemen. Op basis van de literatuur en de ervaringen van verschillende richtlijnontwikkelingsorganisaties werd besloten om twee focusgroepbijeenkomsten te houden met vertegenwoordigers van de kankerpatiëntenorganisaties en de werkgeversorganisaties. De verslagen van die bijeenkomsten zijn opgenomen als bijlage bij dit achtergronddocument. Een conceptversie van de Blauwdruk is ook voorgelegd aan de deelnemers van deze focusgroepen en hun commentaar is meegenomen in de definitieve versie.

Conflicterende belangen

Geen van de leden van de projectgroep had persoonlijke en/of financiële belangen bij de aanbevelingen die in de Blauwdruk zijn geformuleerd. Er was geen commerciële sponsor bij de ontwikkeling betrokken. De subsidieverstrekker heeft geen invloed gehad op de aanbevelingen in de richtlijn.

Commentaar

De conceptversie van de Blauwdruk en van het achtergronddocument werden voorgelegd aan betrokken beroepsverenigingen en aan diverse deskundigen binnen en buiten de eigen beroepsgroep. Het verkregen commentaar werd geanalyseerd door de Kerngroep en verwerkt in de definitieve versies.

Praktijktest

De praktische uitvoerbaarheid van beide delen van de Blauwdruk is getoetst bij de potentiële gebruikers: de richtlijnontwikkelaars en de (para)medische professionals uit de praktijk.

De praktijktest bij de richtlijnontwikkelaars werd schriftelijk gehouden onder een geselecteerde groep van ontwikkelaars van de oncologische richtlijnen. Vijf vooraanstaande experts hebben commentaar geleverd op de concept-teksten. Aan de praktijktest voor de professionals hebben de volgende beroepsgroepen deelgenomen: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, medische specialisten (oncoloog, radiotherapeut), psychologen (Helen Dowling Instituut), een revalidatiearts (Jan van Bremen Instituut), een sportarts en een ervaringsdeskundige namens de NFK. Er werd gewerkt in twee groepen en de resultaten werden plenair besproken.

De resultaten van de praktijktest werden verwerkt in de definitieve versie van de Blauwdruk en van het achtergronddocument.

Implementatie en verspreiding

De Blauwdruk Kanker en Werk volgt zoveel mogelijk een evidence based benadering. Aangezien bij kankerpatiënten gaandeweg de diagnose, de behandeling, het herstel en de follow up meerdere disciplines betrokken zijn, is het van belang dat bij de begeleiding naar werk onderlinge afstemming plaatsvindt tussen de betrokken professionals. In de diverse fasen van de ontwikkeling van de Blauwdruk werd geprobeerd rekening te houden met de implementatie daarvan. Er werd rekening gehouden met factoren zoals:

- Onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden in de huidige zorgketen. Wie doet wat en wanneer? Wat kan verwacht worden van de medisch specialist, de huisarts en de bedrijfsarts?
- De medisch specialist en de huisarts maken zaken omtrent 'werk en werkhervatting' bespreekbaar. Het is echter afhankelijk van de praktijksituatie (al dan niet aanwezigheid van praktijk-ondersteuners in de huisartsenpraktijk en oncologieverpleegkundigen in de klinische setting) wie deze taak daadwerkelijk gaat uitvoeren. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor de daadwerkelijke begeleiding naar werk van de (verzuimende) werknemer met kanker.
- Noodzaak tot betere communicatie en afstemming tussen diverse professionals onderling, naar de kankerpatiënt en zijn werkgever/werkomgeving.
- Wat is van belang voor een succesvolle terugkeer naar werk?
- Wat zijn effectieve interventies in geval van aanwezigheid van belemmerende factoren en wie zijn de verwijzers?
- Wat kan op de werkvloer gedaan worden om de terugkeer naar werk van kankerpatiënten te vergemakkelijken?
- Empowerment en emancipatie van kankerpatiënten zelf. Wat kan ik zelf doen en wat kan ik verwachten van de betrokken professionals en van de werkgever?
- Kennis van de gevolgen van de huidige sociale wetgeving. Wat is de betekenis daarvan voor de behandeling en werkhervatting van de werknemer met kanker? Waar zitten mogelijke knelpunten? En hoe hiermee om te gaan?

Zowel dit Achtergronddocument als de Blauwdruk Kanker en Werk zijn geplaatst op www.nvab-online.nl, www.cbo.nl, en op de sites van de betrokken beroepsverenigingen. In september 2008 verscheen een themanummer van het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) over Werkhervatting na kanker. De samenvatting van de Blauwdruk is ter publicatie aangeboden aan de vaktijdschriften van de diverse bij de ontwikkeling van de Blauwdruk betrokken beroepsverenigingen.

Literatuuronderzoek

Om de voorspellende factoren in de terugkeer naar werk te onderkennen werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van beschikbare informatie in de Nederlandse en buitenlandse literatuur. Artikelen over dit onderwerp werden gezocht in Medline via PubMed.

Er werd gezocht met vrije tekstwoorden en met trefwoorden (MeSH-termen).

("employment"[MeSH Terms] OR "absenteeism"[MeSH Terms] OR "work" [MeSH Terms] OR "sick leave" [MeSH Terms] OR "rehabilitation, vocational" [MeSH Terms] OR "occupational health" [MeSH Terms] OR "occupational medicine" [MeSH Terms] OR "vocational guidance" [MeSH Terms] OR "job satisfaction" [MeSH Terms] OR "occupations" [MeSH Terms] OR "occupational health services" [MeSH Terms]) AND ("neoplasms" [MeSH Terms]) NOT (child [MeSH Terms] OR adolescent [MeSH Terms] OR Terminally Ill [MeSH Terms] OR Palliative Care [MeSH Terms] OR end stage [Text Word] OR terminal* [Text Word] OR metasta* [Text Word] OR occupational exposure* [Text Word] OR occupational risk* [Text Word] OR cancer risk* [Text Word] OR cancer mortality [Text Word] OR occupational causes [Text Word] OR cancer prevention [Text Word] OR cancer screening [Text Word] OR occupational disease [MeSH Terms]).

Betrouwbaar cijfermateriaal over de prevalentie en incidentie van kanker in Nederland is te vinden op: www.cbs.nl, www.ikcnet.nl, www.kankerregistratie.nl.

Voor de voorspellers van een voorspoedige terugkeer naar het werk na diagnose en behandeling van kanker is in eerste instantie gekeken naar eerdere reviews over dit onderwerp van Spelten et al. (2002) en Taskila (2007) met daarin respectievelijk 14 en 12 studies. Daarnaast werd een nieuw literatuuronderzoek uitgevoerd met als zoektermen werk, kanker, voorspellers, géén beroepsziekten of blootstellingen (*in Engels, MeSH-termen of vrije tekstwoorden..etc*). Dit leverde tien nieuwe

artikelen op, waarvan vier een positieve voorspeller beschreven. Daaruit bleek dat een aantal factoren bijzonder van belang zijn zoals: fysieke beperkingen, vermoeidheid, depressie en cognitieve beperkingen bij kanker. Deze factoren werden middels literatuuronderzoek uitgewerkt. Dit betreft ook interventies/revalidatie bij kanker en diverse aspecten van communicatie rond en met de kankerpatiënt.

Gaandeweg het project werd geconstateerd dat bij kankerpatiënten ook angst een relevante negatieve voorspeller voor werk is en - weliswaar in beperkte vorm - aan de orde dient te komen. Dit geldt eveneens voor enkele genderspecifieke aspecten van kanker. Voor deze onderwerpen werd de literatuur handmatig doorzocht met gebruik van voor de Blauwdruk relevante zoektermen. De uitkomsten van dat onderzoek, waarbij er zoveel mogelijk naar gestreefd wordt de methodiek van evidence-based medicine toe te passen, leidden samen met andere overwegingen tot conclusies die verwoord zijn in dit achtergronddocument.

Het niveau van bewijs van deze conclusie werd bepaald aan de hand van het vaststellen van de bewijskracht van hiervoor relevant geachte artikelen. Hierbij zijn voor de diagnostiek en de interventie maatregelen de hiervoor gebruikelijke 'levels of evidence' gehanteerd (zie hierna onder bewijskracht).

Literatuur

Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology* 2002; 11(2): 124-31.

Taskila T, Lindbohm L. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica* 2007;46:446-451.

Bewijskracht

Bij de opstelling van de Blauwdruk is het uitgangspunt geweest om aanbevelingen te formuleren met voldoende wetenschappelijke onderbouwing. Er is consequent geprobeerd de beschikbare evidence zo goed mogelijk te vertalen naar de context.

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Tabel 2. Niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies

1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden

Herziening van de blauwdruk

Gezien de nu bestaande kennis en de ontwikkelingen op dit gebied is te verwachten dat de aanbevelingen in de Blauwdruk drie tot vijf jaar geldig blijven. Een aantal projectgroepleden zal gedurende deze periode de ontwikkelingen in wetenschappelijk onderzoek en wetgeving nauwlettend volgen en signaleren als er aanwijzingen zijn om de Blauwdruk Kanker en Werk in een eerder stadium te herzien.

ACHTERGRONDEN BIJ DE BLAUWDRIK KANKER EN WERK

De volgende hoofdstukken bieden de wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording voor de aanbevelingen in de Blauwdruk Kanker en Werk.

1 VOORSPELLENDE FACTOREN VOOR DE TERUGKEER NAAR WERK

Kankerpatiënten hechten groot belang aan werk, werkhervatting en economische zelfstandigheid. Op individueel niveau betekent dit vaak de bevestiging compleet hersteld te zijn van de ziekte (Spelten et al. 2002) en terugkeer naar het normale leven (Kennedy et al. 2007). Uit onderzoek blijkt dat 60 tot 90% van de kankerpatiënten terugkeert naar werk (van der Wouden et al. 1992, Maunsell et al. 1999, Spelten et al. 2003, Kremers en Wevers 2003, Short et al. 2005, Nieuwenhuijsen et al. 2006, Roelen et al. 2008). Toch hebben overlevenden van kanker in vergelijking met hun gezonde leeftijdsgenoten een verhoogde kans op werkloosheid, ongeacht de prognose (de Boer et al. 2009). Het niet slagen in terugkeer naar werk en de afhankelijkheid van sociale uitkeringen hebben negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Zij missen de sociale contacten met en emotionele steun van collega's en ondervinden nadelige financiële gevolgen van hun ziekte. Het zijn met name de lange termijneffecten van kanker, zoals fysieke beperkingen, vermoeidheid, angst, depressie en cognitieve problemen alsmede de behandeling die werknemers met kanker parten spelen in terugkeer naar werk (Farley-Short et al. 2008, Short et al. 2008). Genderspecifieke aspecten spelen daarbij een belangrijke rol (Miaskowski 2004, Owens 2008, Hann et al. 2002; Letho, et al. 2005, Bildt en Michelsen 2002). Daarnaast zijn er in het werk gelegen factoren die van invloed zijn op de werkhervatting.

Kort samengevat zijn de belangrijkste voorspellende **positieve factoren** voor werkhervatting bij kankerpatiënten⁴:

- *persoonlijke factoren*
de aanwezigheid van sociale steun en positieve inschatting van de eigen mogelijkheden.
- *ziektegerelateerde factoren*
patiënten met een testiscarcinoom hebben over het algemeen weinig problemen met terugkeer naar werk.
- *werkgerelateerde factoren*
praten met de leidinggevende, ervaren medewerking van de werkgever voor werkaanpassingen en eigen invulling van uren, positieve houding van collega's, plezier in het werk en autonomie op het werk.

Kort samengevat zijn de belangrijkste voorspellende **negatieve factoren** voor werkhervatting bij kankerpatiënten³:

- *persoonlijke factoren*
hogere leeftijd, lager opleidingsniveau en afwezigheid van een relatie.
- *ziektegerelateerde factoren*
soort tumor (hoofd- hals tumoren, borstkanker en hematologische maligniteiten), hoger tumorstadium, excessieve chemotherapie en/of radiotherapie, lichamelijke klachten en symptomen, slechte algemene gezondheid, co-morbiditeit, vermoeidheid, pijn, depressie en/of angst en cognitieve beperkingen.
- *werkgerelateerde factoren*
zwaar lichamelijk werk, laaggeschoold werk, werkstress, hoge werkdruk of een hoog werktempo en een veranderde, negatievere houding ten opzichte van werk.

Door het anticiperen op een aantal van deze voorspellende factoren en het onderkennen van de kwetsbaarheid van deze patiëntenpopulatie kunnen interventies ingezet worden die de terugkeer naar werk voor kankerpatiënten kunnen vergemakkelijken.

⁴ De wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is in de volgende hoofdstukken te vinden.
© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Literatuur

- De Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301 (7): 753-62.
- Bildt C, Michelsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75(4): 252-8.
- Farley-Short P, Vasey JJ, Moran JR. Long-term effects of cancer survivorship on the employment of older workers. *Health Serv Res* 2008; 43(1 Pt): 193-210.
- Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.
- Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52(5): 279-83.
- Kennedy F, Haslam C, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J of Cancer Care* 2007; 16: 17-25.
- Kremer AM, Wevers CWJ. Kanker in relatie tot werk. *TBV* 2003; 11: 231-37.
- Letho US, Ojanen M, Kellokumpu-Lethinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer. *Ann Oncol* 2005; 16(5): 805-816.
- Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467-73.
- Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue and Depression in Patients with Cancer *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004: 139-143.
- Nieuwenhuijsen K, B Bos-Ransdorp, LLJ Uitterhoeve, MAG Sprangers and JHAM Verbeek. Enhanced Provider Communication and Patient Education Regarding Return to Work in Cancer Survivors Following Curative Treatment: A Pilot Study. *J Occup Rehabil* (2006) 16: 647-657.
- Owens GM. Gender differences in health care expenditures, resource utilization, and quality of care. *J Manag Care Pharm* 2008; 14(3)(suppl S): S2-S6.
- Roelen CA, Koopmans PC, Graaf de JH, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer.
- Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer* 2005;103(6): 1292-301.
- Short PF, Vasey JJ, Belue R. Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psycho-oncology* 2008; 17(1): 91-7.
- Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology* 2002; 11(2): 124-31.
- Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.
- Wouden van der JC, Greaves-Otte JGW, Greaves J, Kruyt PhM, Leeuwen van O, Does van der E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med* 1992; 34: 1084-89.

1.1. Voorspellende factoren in ziekte en behandeling

Bij kankerpatiënten zijn diverse in de ziekte en in de behandeling gelegen factoren die samenhangen met de terugkeer naar werk. Kennis van deze factoren is van belang voor de bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten betrokken medische professionals. Wij beschrijven achtereenvolgens de fysieke en psychische beperkingen en de mogelijke interventies, waaronder psychosociale begeleiding en revalidatie bij kanker.

Terugkeer naar werk hangt samen met het type kanker, het stadium en de aard van de behandeling. Patiënten met de diagnose testiskanker gaan relatief sneller weer aan het werk in vergelijking met patiënten met andere diagnoses (Spelten et al. 2002, Bloom et al. 1998, Van der Wouden et al. 1992, Weis et al. 1992). Bij hoofd- halstumoren (Weis et al. 1992, Van der wouden et al. 1992), borstkanker (Razavi et al. 1993, Weis et al. 1992), en haematologische maligniteiten (Spelten et al. 2002) worden relatief meer problemen gezien bij terugkeer naar het werk.

Een hoger tumorstadium leidt tot meer problemen bij terugkeer naar het werk (Bouknight et al. 2006, Satariano en DeLorenzo 1996, Greenwald 1998). Multimodale behandelingen met een intensieve chemotherapie en/of in combinatie met radiotherapie hangen eveneens samen met een minder voorspoedige terugkeer naar werk (Taskila en Lindbohm 2007, Bouknight et al. 2006, De Boer et al. 2008, Johnsson et al. 2007, Steiner et al. 2008, Van den Brink et al. 2005, Spelten et al. 2003) en hebben een groter risico op een vermindering van de werkcapaciteit dan andere behandelingen (Taskila en Lindbohm 2007, Spelten et al. 2003).

Fysieke klachten, evenals pijn (Poirier 2005, Gruber 2003, Satariano 1996), comorbiditeit (Hewitt 2003; Verbeek 2003) en een slechtere algemene gezondheid (Steiner 2007, Bouknight 2006, Van den Brink 2005) hangen samen met een minder voorspoedige terugkeer naar het werk. Vermoeidheid, angst, depressie en cognitieve problemen zijn sterke negatieve voorspellers voor terugkeer naar werk (Taskila en Lindbohm 2007, Spelten et al. 2003).

Literatuur

- Bloom JR, Hoppe RT, Fobair P, Cox RS, Varghese A, Spiegel D. Effects of treatment on the work experiences of long-term survivors of Hodgkin's disease. *J Psychosoc Oncol* 1998; 6: 65–80.
- Boer, de AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Reijke, de TM, Kammeijer M, Sprangers MA, Dijk, van FJ. Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br J Cancer* 2008; 98: 1342-1347.
- Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006 Jan 20; 24:345-53.
- Brink, van den M, Van den Hout WB, Kievit J, Marijnen CA, Putter H, Van de Velde CJ, Stiggelbout AM. The impact of diagnosis and treatment of rectal cancer on paid and unpaid labour. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(10): 1875-82.
- Greenwald HP, Dirks SJ, Borgatta EF, McCorkle R, Nevitt MC, Yellin EH. Work disability among cancer patients. *Soc Sci Med* 1989; 29: 1253–1259.
- Gruber U, Fegg M, Buchmann M, Kolb HJ, Hiddemana W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Cancer Care* 2003; 12(3): 249-56.
- Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer survivors in the United States: age, health and disability. *J Gerontol* 2003; 58: 82-91.
- Johnsson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist LE. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. 2007; 46(1): 90-6.
- Poirier P. Policy implications of the relationship of sick leave benefits, individual characteristics, and fatigue to employment during radiation therapy for cancer. *Policy Polit Nurs Pract*. 2005; 6(4): 305-18.
- Razavi D, Delvaux N, Barledart A, Autier P, Bron D, Debusscher L, Stryckmans P. Professional rehabilitation of lymphoma patients: a study of psychosocial factors associated with return to work. *Supportive Care Cancer* 1993; 1: 276–278.
- Satariano WA, DeLorenzo GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. *Public Health Rep* 1996; 111: 236–241.
- Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer

survivors: a literature review. *Psycho-oncology* 2002; 11(2): 124-31.

Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.

Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology* 2008; 17(2): 138-47.

Taskila T, Lindbohm L. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica* 2007;46:446-451.

Verbeek JHAM, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352-57.

Weis J, Koch U, Geldsetzer M. Veränderung der beruflichen Situation nach einer Tumorkrankung: empirische studie zur beruflichen Rehabilitation. *Sozial Präventivmedizin* 1992; 37: 85-95.

Wouden van der JC, Greaves-Otte JGW, Greaves J, Kruyt PhM, Leeuwen van O, Does van der E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med* 1992; 34: 1084-89.

• Fysieke beperkingen

De aanwezigheid van fysieke klachten en daarmee samenhangende beperkingen leidt tot een verminderde werkcapaciteit en resulteert in een verminderd aantal gewerkte uren (Steiner, et al. 2008). Bij kankerpatiënten die er niet in slagen om terug te keren naar werk is het aantal fysieke klachten en beperkingen hoger dan bij diegenen die daar wel in slagen (Satariano en DeLorenzo 1996; Spelten, et al. 2003).

Het is van belang dat de bedrijfsarts en andere (para)medische professionals op de hoogte zijn van de mogelijke fysieke bijwerkingen en complicaties van de kankerbehandeling op orgaan- en functieniveau op korte en lange termijn, en de implicaties daarvan kunnen inschatten voor het werk. Voorbeelden daarvan zijn lymfoedeem, darm- en blaasproblemen, een stoma, amputaties. Denk hierbij aan de gevolgen van okselklierstoel bij borstkankerpatiënten met als gevolg een beperking van schouder- en armfunctie bij een secretaresse of een verpleegkundige. Of denk aan het neurotoxisch effect van bepaalde chemotherapeutica en de gevolgen daarvan voor de fijne motoriek in beroepen die dat vereisen, zoals het werken met elektronica. Voor veel fysieke beperkingen is een effectieve vorm van begeleiding mogelijk om de functionele mogelijkheden te verbeteren of om te leren gaan met de beperkingen.

Werk- en werkplekaanpassingen zijn vaak nodig om het werk goed te kunnen hervatten. In geval van darm- en blaasdysfunctie is de aanwezigheid van sanitaire voorzieningen of een schone plek waar een stoma verzorgd kan worden wenselijk. Soms zal door de fysieke beperkingen werkhervatting niet meer mogelijk zijn. In deze gevallen, of bij twijfel of werkhervatting mogelijk is, wordt de inzet van een arbeidsdeskundige geadviseerd.

Informatie over kankerbehandelingen en effecten ervan is te vinden op de richtlijnenwebsites van de Vereniging van Integrale Kankercentra: www.oncoline.nl en www.pallialine.nl, of het oncologisch centrum waar de werknemer behandeld wordt.

In tabel 3 op de volgende pagina zijn de fysieke bijwerkingen samengevat van de diverse vormen therapie die kankerpatiënten ondergaan. Vaak is er sprake van multi-therapie met als gevolg tegelijkertijd optreden van diverse klachten en beperkingen.

Conclusie

Niveau 2	Fysieke klachten en daarmee samenhangende beperkingen, fysieke comorbiditeit en een slechtere algemene gezondheid kunnen een belemmering vormen in de terugkeer naar werk. <i>B Poirier 2005, B Gruber et al. 2003, B Satariano en DeLorenzo 1996, B Hewitt et al. 2003; B Verbeek 2003, B Steiner et al. 2007, B Bouknight et al. 2006, B Van den Brink et al. 2005.</i>
-----------------	--

Tabel 3. Fysieke bijwerkingen van behandelingen van kanker

Type behandeling		Fysieke bijwerking
Chirurgie	Okselkliertoilet..... Darmresectie..... Longresectie..... Gynaecologische operaties..... Lieskliertoilet/ bekkenkliertoilet (urogenitale tumoren en melanoom)..... Prostaatoperaties..... Resecties bij bot- en weke delen- tumoren..... Cosmetische gevolgen na mamma- carcinoom..... Hoofd-en halstumoren.....	- beperkte schouder- en armfunctie en lymfoedeem. - defecatieproblemen en stoma. - verminderde longfunctie. - darm- en blaasklachten, vervroegde menopauze en onvruchtbaarheid. - lymfoedeem. - mictieklachten. - functiebeperking. - hoofd- en hals tumoren en bot- en weke delentumoren. - beperkte schouderfunctie na halsklier- dissectie.
Chemotherapie		Korte termijn gevolgen - remming van het beenmerg, misselijkheid, braken, irritatie van het mondslijmvlies, gewichtsverlies, vermoeidheid en kaal- heid. Lange termijn gevolgen - schade aan diverse orgaansystemen mogelijk (denk aan de huid, hart en longen, het centrale en perifere zenuw- stelsel, gehoor, etc.), onvruchtbaarheid, vermoeidheid en cognitieve problemen.
Radiotherapie, afhankelijk van het bestralingsgebied, de totale dosis en de gebruikte techniek		Korte termijn gevolgen - algehele malaise en vermoeidheid. Afhankelijk van het bestraalde gebied: huidveranderingen, slijmvliesveranderingen, misselijkheid en braken, haarverlies en vervroegde menopauze. Lange termijn gevolgen - bestraling buik: darmfibrose met veranderd defecatiepatroon, fibrose blaas, waardoor frekwente mictie en onvruchtbaarheid. - bestraling lymfklierstations: lymfoedeem. - bestraling long: verminderde longfunctie. - bestraling spieren (bv. weke delen tumor en mammacarcinoom) fibrose spieren waardoor functiebeperking. - bestraling zenuwweefsel waardoor radiatieneuropathie. - bestraling hart: hartklachten.
Hormonale therapie		Bij vrouwen - vervroegde menopauze en osteoporose. Bij mannen - vasomotore klachten en osteoporose.
Immunotherapie		Vermoeidheid. Hartklachten (trastuzumab).

Overige overwegingen

Een goede fysieke conditie zorgt ervoor dat patiënten de behandelingen tegen kanker beter doorstaan en het herstel soepeler verloopt. Hierdoor kan ook de werkhervatting gemakkelijker verlopen. Alle betrokken professionals kunnen de patiënt stimuleren om, binnen de grenzen van het mogelijke, ook tijdens de behandelingen in beweging te blijven. Desgewenst kan doorverwezen worden naar een fysiotherapeut (van het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis).

Aanbeveling

1. **Het is van belang dat de bedrijfsarts en andere (para-) medici op de hoogte zijn van de mogelijke fysieke bijwerkingen en complicaties van de kankerbehandeling op orgaan- en functieniveau op korte en op lange termijn, en de implicaties daarvan voor de arbeids-situatie kunnen inschatten .**
2. **Tijdig inzetten van passende interventies kan het medisch herstel en het functieherstel bevorderen en de terugkeer naar het werk vergemakkelijken.**
3. **Daar waar het functieherstel uitblijft of niet te verwachten is, is de inzet van een arbeidsdeskundige al in een vroege fase van de werkhervatting gewenst en zo nodig re-integratie 2^e spoor.**

Literatuur

Satariano WA, DeLorenzo GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. Public Health Rep 1996; 111: 236–241.

Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. Eur J Cancer. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.

Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. Psycho-oncology 2008; 17(2): 138-47.

• Vermoeidheid bij kanker

Vermoeidheid is één van de meest voorkomende klachten en symptomen bij kankerpatiënten. Zij ervaren vermoeidheid als grote belemmering in hun dagelijks functioneren, met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven (QoL) (Bower et al. 2000, Stone et al. 2000). Vermoeidheid bij kanker wordt gedefinieerd als een subjectieve conditie, frequent omschreven als gebrek aan energie, maar dan wel ernstiger en onevenredig in ernst in relatie tot de uitgevoerde activiteit. Deze vorm van vermoeidheid heeft geen relatie met uitgevoerde activiteit en verbetert niet door rust en/of slaap.

Prevalentie en incidentie

Vermoeidheid komt bij het stellen van de diagnose voor bij circa 70% van de kankerpatiënten en is te zien gedurende alle soorten therapie (Bower et al. 2000, Ahlberg 2003, Lawrence et al. 2004). Bij circa 30% van de kankerpatiënten is vermoeidheid ook op lange termijn aanwezig (Prue et al. 2006, Servaes et al. 2007, Minton en Stone 2008). Dit percentage is hoger dan vermoeidheid in de algemene populatie (Servaes et al. 2002).

De ernst van vermoeidheid bij kanker lijkt verband te houden met de duur van de behandeling, maar niet met de soort daarvan. Met name angst en depressie, fysieke inactiviteit, behoefte aan slaap en rust overdag, de neiging om de vermoeidheid toe te schrijven aan het hebben van kanker en een verminderd gevoel van controle over de klachten hebben een voorspellende waarde voor de aanhoudende vermoeidheid bij kanker (Servaes et al. 2002).

Conclusie

Niveau 1	Vermoeidheid komt voor bij 70 % van de patiënten al voordat de diagnose kanker wordt vastgesteld en blijft na afloop van de behandeling aanwezig bij circa 30% van de kankerpatiënten. A1 Lawrence et al. 2004, B Ahlberg et al. 2003, B Servaes et al. 2002, B Minton en Stone 2008, C Servaes et al. 2007.
-----------------	--

Niveau 2	Vermoeidheid bij kanker heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven (QOL). <i>B Stone et al. 2000, B Bower 2000.</i>
-----------------	--

Oorzaken van vermoeidheid bij kanker en mogelijke interventies

Er bestaat een relatie tussen angst- en stemmingstoornissen, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen, pijn en copingproblemen en de ernst van de vermoeidheid bij kanker (Ancoli-Israel et al., 2001; Valentine en Meyers 2001).

Bij vermoeidheid bij kanker spelen verschillende factoren een rol. Wij noemen onderstaand slechts enkele, te weten anemie, hypothyreoïdie, fysieke inactiviteit en psychologische factoren.

- *Anemie*

Anemie is een belangrijke, goed behandelbare oorzaak van vermoeidheid (Glaspy 2001). De hoogste incidentie van chemotherapie geïnduceerde anemie wordt gezien bij long-, gynaecologische en urogenitale maligniteiten (Barrett-Lee et al., 2000).

In het huidige Nederlandse transfusiebeleid zullen de meeste ziekenhuizen pas bij een Hb lager dan 5.0- 6.0 mmol/L tot een bloedtransfusie of toediening van EPO overgaan. Dit betekent dat bij kankerpatiënten die anemisch zijn klachten van vermoeidheid langer kunnen aanhouden. Bij kankerpatiënten die chemotherapie ondergaan én tijdens of kort na de behandeling willen werken, dient men alerter te zijn op een laag Hb gehalte. In zulke gevallen zou men kunnen overwegen om dit te corrigeren middels bloedtransfusies en/of EPO.

Conclusie

Niveau 4	In het huidige transfusiebeleid in Nederland kunnen bij kankerpatiënten die anemisch zijn klachten van vermoeidheid langer aanhouden. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

De bedrijfsarts dient alert te zijn op deze oorzaak van vermoeidheid en in geval dat dit werk(-hervatting) belemmert in overleg treden met de behandelaar over adequate interventies.

- *Hypothyreoïdie*

Hypothyreoïdie kan gemakkelijk over het hoofd gezien worden als de vermoeidheid aan 'kanker' wordt toegeschreven (Stava et al. 2007). Daarnaast komt het frequent voor bij kankerpatiënten die behandeld, m.n. bestraald zijn in de hals (Lo Galbo et al. 2008). Hypothyreoïdie is gemakkelijk vast te stellen en te behandelen.

Conclusie

Niveau 4	Hypothyreoïdie is een van de bijwerkingen van de behandeling tegen kanker die gemakkelijk over het hoofd gezien kan worden. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

Alle professionals dienen bij aanhoudende vermoeidheid bij kanker een schildklierdysfunctie uit te sluiten. Ook de bedrijfsarts dient alert te zijn voor deze goed behandelbare oorzaak van vermoeidheid bij de werknemer met kanker.

- *Fysieke inactiviteit*

Inactiviteit bij kankerpatiënten kan bijdragen aan een gevoel van vermoeidheid door een vermindering van de cardiovasculaire capaciteit, de longfunctie en verzwakking van de spieren (Dimeo 2001, © NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Ahlberg et al. 2003). Uit een recente meta-analyse van 28 RTC's van het effect van fysieke training op vermoeidheid bij kanker bleek dat de fysieke training significant effectiever is ten opzichte van de controles zonder training (Cramp en Daniel 2008).

Conclusie

Niveau 3	Fysieke inactiviteit kan vermoeidheid bij kanker (mede) veroorzaken of doen verergeren. <i>B Ahlberg et al. 2003.</i>
-----------------	--

Niveau 1	Fysieke training is effectief tegen vermoeidheid bij kanker. <i>A1 Knols en Aaronson 2005, A1 Cramp en Daniel 2008.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

Vermoeidheid bij kanker kan verbeteren door fysieke activiteit door middel van sporten of deelname aan revalidatieprogramma's en dient gestimuleerd te worden bij kankerpatiënten door alle betrokken professionals.

▪ *Psychologische factoren*

Cognitieve en gedragsmatige factoren spelen een rol bij het ontstaan van vermoeidheid bij kanker (Stasi et al., 2003; Jacobsen 2004; Mock 2004). Depressieve klachten, angst, somatisatie en slaapproblemen worden eveneens geassocieerd met vermoeidheid bij kanker (Servaes et al. 2002a). Daarnaast blijkt dat kankerpatiënten de behandeling van kanker sterk associëren met het optreden van een aantal ernstige klachten en bijwerkingen. Er is in zekere mate sprake van anticipatieangst (Hickok et al. 2005). Meer dan 50% van kankerpatiënten die in afwachting zijn van behandeling tegen kanker verwacht dat zij een bepaalde mate van vermoeidheid, pijn, slaapproblemen, depressie, of geheugenproblemen tijdens de behandeling zullen ervaren (Hofman et al. (2004). Klachten waarvan vaak sprake is voor de behandeling zoals inactiviteit, depressieve stemming, slaapproblemen, behoefte aan rusten overdag en de aanwezigheid van vermoeidheid, zijn predisponerend voor het ontstaan of het verergeren van vermoeidheid nadien (Goedendorp et al. 2008).

Jacobsen et al. (2007) hebben een meta-analyse uitgevoerd van 41 studies, die 24 psychologische interventies en 17 fysieke interventies betroffen. Alleen een studie beschreef een combinatie van psychologische en fysieke activiteit. In 50% van de psychologische en 44% van de fysieke interventies was er sprake van een verbetering van vermoeidheid bij kanker. Op basis van de meta-analyse was een klein maar wel significant effect te zien ten gunste van psychologische interventies.

Conclusie

Niveau 1	Psychologische interventies zijn effectief bij ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker. <i>A1 Jacobsen 2004.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

Bij ernstige vermoeidheid bij kanker is een psychologische interventie aan te raden.

In Nederland is de groep van Prof.dr. G. Bleijenberg gespecialiseerd in de behandeling van ernstige vormen van chronische vermoeidheid in het algemeen (Prins et al. 2001) en bij kanker (Gielissen et al. 2006, Gielissen et al. 2007). Kankerpatiënten die leiden aan ernstige chronische vermoeidheid kunnen verwezen worden naar het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCV), een onderdeel van St Radboud Universitair Medisch Centrum. Meer informatie daarover is te verkrijgen via www.umcn.nl.

Vermoeidheid bij kanker, gevolgen voor het werk en effectieve interventies

Vermoeidheid is één van de negatieve voorspellers voor een voorspoedige terugkeer naar werk (Pryce et al. 2007, Steiner et al. 2007, Van den Brink et al. 2005, Spelten et al. 2003, Satariano en DeLorenzo 1996, Greenwald 1989, Maunsell 1999, De Lima et al. 1997) en leidt op termijn tot beperkingen in het psychosociaal functioneren, waar werk een substantieel onderdeel van uitmaakt.

Conclusie

Niveau 2	<p>Vermoeidheid bij kanker heeft een negatief voorspellende waarde voor terugkeer naar werk.</p> <p>B Pryce et al. 2007 B Steiner et al. 2007 B Poirier 2005 B Spelten et al. 2003 B Satariano en DeLorenzo 1996 B Fobair et al. 1986. C Maunsell et al. 1999 C Berry 1993.</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Er is tot op heden geen direct bewijs uit de literatuur beschikbaar over de positieve invloed van fysieke en/of psychologische interventies gericht op vermindering van de vermoeidheid bij kanker en terugkeer naar werk. Het is aannemelijk dat verbetering van het psychosociaal functioneren van kankerpatiënten, hetgeen wordt gezien in geval van reductie van vermoeidheid (ongeacht de oorzaak daarvan), terugkeer naar werk bevordert.

Aanbeveling

Bij aanwezigheid van vermoeidheid bij een medewerker met kanker besteedt de bedrijfsarts aandacht aan de predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren. Zo nodig adviseert de bedrijfsarts, in overleg met de huisarts of de behandelaar, een adequate interventie. Ook worden in het werk aanpassingen geadviseerd die werkhervatting met deze klacht mogelijk maken, zoals aanpassingen met betrekking tot taken en gewerkte uren, werkplek, woon-werkverkeer (bijvoorbeeld thuiswerken of vervoer van en naar het werk regelen).

Literatuur

- Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Jahansson F en Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet* 2003; 362:640-50.
- Ancoli-Israel S, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care* 2001;10(4):245-55.
- Barrett-Lee PJ, Bailey NP, O'Brien ME, Wager E. Large-scale UK audit of blood transfusion requirements and anaemia in patients receiving cytotoxic chemotherapy. *Br J Cancer* 2000; 82(1):93-7.
- Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2000;18:743-53.
- Brink, van den M, Van den Hout WB, Kievit J, Marijnen CA, Putter H, Van de Velde CJ, Stiggelbout AM. The impact of diagnosis and treatment of rectal cancer on paid and unpaid labour. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(10): 1875-82.
- Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006145. DOI: 10.1002/14651858. CD006145.pub2.
- Dimeo FC. Effects of exercise for cancer-related fatigue. *Cancer* 2001; 92(6 suppl): 1689-1693.
- Gielissen MF, Verhagen CA, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2006, 20;24:4882-7.
- Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long term follow up. *Br J Cancer* 2007, 3;97: 612-8.
- Glaspy J. Anemia and fatigue in cancer patients. *Cancer* 2001; 92 (6 Suppl): 1719- 24.
- Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Peters ME, Bleijenberg G. Severe fatigue and related factors in cancer patients before the initiation of treatment. *Br J Cancer* 2008, 4;99:1408-14.
- Hickok JT, Roscoe JA, Morrow GR, Mustian K, Olunieff P, Bole CW. Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer* 2005; 104: 1772-1778.
- Green DM, Zevon MA, Hall B. Achievement of life goals by adult survivors of modern treatment for childhood cancer. *Cancer* 1991; 67: 206-213.

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Hofman M, Morrow GR, Roscoe JA, Hickok JT, Mustian KM, Moore DF, Wade JL, Fitch TR. Cancer patients' expectations of experiencing treatment-related side effects: a University of Rochester Cancer Center- Community Clinical Oncology Program study of 938 patients from community practices. *Cancer* 2004, 15; 101 (4):851-7.

Jacobsen PB. Assessment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:93-7.

Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst* 32: 112-118 (2004).

Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol* 2007, 26:660-7.

Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients [Monographs]. *J natl Cancer Inst* 2004; 32: 40-45.

Lima de M, Strom SS, Keating M, Kantarjian H, Pierce S, O'Brien S, Freireich E, Estey E. Implications of potential cure in acute myelogenous leukemia: development of subsequent cancer and return to work. *Blood* 1997; 90: 4719-24.

Lo Galbo AM, Bree de R, Lips P, Leemans RC. Detecting hypothyroidism after treatment for laryngeal or hypopharyngeal carcinomas: a nationwide survey in The Netherlands. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008 Sep 3.

Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467-73.

Minton O, Stone P. How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 112(1): 5-13.

Prins JB, Bleijenberg G, Meer van der JW. Chronic fatigue syndrome and myalgic encephalomyelitis. *Lancet* 2002 11; 359: 1699.

Prue G, Rankin J, Allen J, Gracey J, Cramp F. Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 2006; 42: 846-863.

Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work : Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007;17:83-92.

Satariano WA, DeLorenzo GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. *Public Health Rep* 1996; 111: 236-241.

Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur J Cancer* 2002a; 38: 27- 43

Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol* 2002; 13: 589-98.

Servaes P, Gielissen MFM, Verhagen S, Bleijenberg G. The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology* 2007; 16: 787-795.

Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.

Stasi R, Abriani L, Beccaglia Pet et al. Cancer-related fatigue : evolution concepts in evaluation and treatment. *Cancer* 2003;98:1786-1801.

Stava CJ, Jimenez C, Vassilopoulou-Sellin R. Endocrine sequelae of cancer and cancer treatments. *J Cancer Surviv* 2007; 1(4):261-74.

Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology* 2008; 17(2): 138-47.

Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of multi-center patient survey. *Cancer Fatigue forum*. *Ann Oncol* 2000; 11: 971-75.

Valentine AD, Meyers CA. Cognitive and mood disturbance as causes and symptoms of fatigue in cancer patient. *Cancer* 2001,15;92(6 Suppl):1694-8.

- **Angst**

Veel kankerpatiënten hebben last van angst en onzekerheid door de ingrijpendheid van de ziekte en de benodigde behandelingen en daarna rondom periodieke controles. In de weken tot maanden na de diagnose neemt de angst af en komt niet boven het niveau van de algemene bevolking (Van 't Spijker, et al. 1997).

Bij aanwezigheid van angstklachten is alleen geruststellen vaak onvoldoende. Goed luisteren en een actieve ondersteunende houding zijn effectiever (Stark, et al. 2004). Van waarde bij het helpen verminderen van angstsymptomen bij kankerpatiënten zijn psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken zoals progressieve spierrelaxatie, visuele imaginatie en de in opkomst zijnde aandachtstraining (mindfulness) (Jacobsen en Jim, 2008, Smith, et al. 2005, Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen 2008).

Wanneer er sprake is van een gediagnosticeerde angststoornis bij kankerpatiënten is behandeling volgens de Multidisciplinaire Richtlijn voor Angststoornissen aangewezen. Zowel antidepressiva als Cognitieve Gedragstherapie (CGT) hebben bewezen effectiviteit bij angststoornissen. Het is daarnaast aangetoond dat cognitieve gedragstherapie even effectief is als farmacotherapie (Bandelow et al. 2007, Gould et al. 1995; Mitte 2005). Bij ernstigere en vaak al preëxistente angststoornissen als paniekstoornissen is bij kankerpatiënten eveneens behandeling met antidepressiva aangewezen dan wel CGT, bij voorkeur in overleg met de psychiater (Miovic en Block, 2007). Daarnaast helpt fysieke training ook om meer zelfvertrouwen te krijgen en de gevoelens van angst en onzekerheid weer de baas te kunnen.

Conclusie

Niveau 1	Zowel antidepressiva als CGT hebben bewezen effectiviteit bij angststoornissen. Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie even effectief is als farmacotherapie. <i>A1 Bandelow et al. 2007, Gould et al. 1997; Mitte 2005.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

Wanneer er sprake is van een gediagnosticeerde angststoornis bij kankerpatiënten is behandeling volgens de Multidisciplinaire Richtlijn voor Angststoornissen aangewezen.

Conclusie

Niveau 2	Angst is een van de belangrijke negatieve voorspellers naar werk bij kankerpatiënten. <i>B Gruber et al. 2003, B Razavi et al. 1993, C Steiner et al. 2008.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

Bij stagnatie of het uitblijven van de werkhervatting dient de bedrijfsarts alert te zijn op de aanwezigheid van angstklachten of een angststoornis.

Literatuur

- Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, Eckhart Rüter. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2007; 8(3): 175-187.
- Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and practice* 4: 291-306, 1997.
- Gruber U, Fegg M, Buchmann M, Kolb HJ, Hiddemana W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Cancer Care* 2003; 12(3): 249-56.
- Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008; 58(4):214-30.
- Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 15: 1665-76.
- Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal Of Affective Disorders* 2005; 88: 27-45.
- Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen 2008 (in revisie).
- Razavi D, Delvaux N, Bredart A, Autier P, Bron D, Debusscher L, Stryckmans P. Professional rehabilitation of lymphoma patients: a study of psychosocial factors associated with return to work. *Supportive Care Cancer* 1993; 1: 276-278.
- Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52(3) :315-27.

Spijker A Van 't, Trijsburg R.W., Duivenvoorden H.J. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine* 1997; 59: 280-293.
 Stark D, Kiely M, Smith A, Morley S, Selby P, House A. Reassurance and the anxious cancer patient. *British J Cancer* 2004; 91: 893-99.
 Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology* 2008; 17(2): 138-47.

- **Depressie**

Gevoelens van somberheid en verdriet zijn een natuurlijke reactie op het hebben van kanker. De meeste mensen weten na enige tijd de draad weer op te pakken en hervinden een vorm van geestelijk evenwicht. Naast angst, onzekerheid, concentratieproblemen en andere psychische klachten kunnen depressieve klachten het optimale functioneren van de patiënt belemmeren zonder dat zij de vorm aannemen van een psychiatrische stoornis in engere zin.

Diagnose, incidentie/prevalentie en oorzaken van depressie bij kanker

De diagnose depressie bij kankerpatiënten wordt gesteld volgens dezelfde systematiek van DSM-IV TR als bij de algemene populatie (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, CBO 2005). Bij kanker is de diagnose depressie moeilijk te stellen, o.a. doordat diverse somatische items zoals slecht slapen, vermoeidheid en verstoorde eetlust, geassocieerd kunnen zijn met de ziekte zelf dan wel één van de symptomen van depressie kunnen zijn en/of de depressie kunnen verergeren. Er kan tevens sprake zijn van aanwezigheid van andere symptomen die een depressie negatief beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld pijnklachten of vermoeidheid (Aronowitz RA 2001; Vastag B 2002). Een ander probleem is dat volgens de DSM IV-TR criteria de diagnose depressie gesteld wordt na twee weken aanhoudende symptomen. Dat is bij een ernstige gebeurtenis als het vaststellen van de diagnose kanker een wel erg korte termijn. Veelal weten patiënten hun motivatie erg knap te hervinden bij de diagnose kanker, maar daar is wel langere tijd voor nodig dan twee weken.

Bij patiënten met chronische pijn verhoogt de aanwezigheid van co-morbide depressie het risico op verzuim drievoudig (Munce et al. 2007). De diagnostiek en behandeling van pijn is één van de belangrijke aspecten van de behandeling in geval van co-morbide angst en depressie (Bair et al. 2003). Om het juiste beeld te verkrijgen van de omvang van het probleem wordt de prevalentie van depressie bij kanker uitgezet tegen de prevalentiecijfers in de algemene populatie en bij andere chronische aandoeningen. Het NEMESIS-onderzoek geeft een prevalentie aan van 7,6 % stemmingsstoornissen onder de bevolking in Nederland (Van der Bijl et al. 1998). Bij kankerpatiënten is dit aantal het dubbele (Massie 2004, Miovic & Block 2007).

Stemmingsstoornissen kunnen veroorzaakt worden door de maligniteit zelf (zoals pancreaskopcarcinoom, endocriene tumoren of hersentumoren), of zich voordoen als bijwerkingen van het gebruik van sommige chemotherapeutica (methotrexaat, vinblastine, asparaginase, procarbazine) en interferon (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, CBO 2005). De kans op het krijgen van een depressie bij kanker is groot in geval van een eerder doorgemaakte depressie, een recente stressvolle gebeurtenissen of bepaalde persoonlijkheidskenmerken, naast het hebben van een jeugdige leeftijd, minder sociale steun, ernstige fysieke beperkingen en pijn (Potash en Breitbart 2002).

Conclusie

Niveau 3	De diagnose depressie is bij kanker moeilijk te stellen, o.a. doordat diverse somatische items, zoals slecht slapen, vermoeidheid en verstoorde eetlust, geassocieerd kunnen zijn met de ziekte zelf, dan wel één van de symptomen van depressie kunnen zijn en/of de depressie kunnen verergeren. <i>C Aronowitz 2001, C Vastag 2002.</i>
Niveau 3	Depressie bij kanker komt twee keer zo vaak voor als bij de algemene bevolking. <i>C Massie 2004, C Miovic & Block 2007.</i>

Aanbeveling

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Bij verdenking van depressie bij kankerpatiënten dient de diagnostiek conform DSM-IV TR criteria plaats te vinden.

Behandeling van depressie bij kankerpatiënten

Depressie bij kankerpatiënten wordt slecht herkend en vaak niet adequaat behandeld (Chochinov 2001, Fallowfield et al. 2001, Sharpe et al. 2004). De diverse behandelingen voor depressies, zowel bij depressies in het algemeen als bij depressies bij lichamelijke aandoeningen, zijn gevat in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (CBO, 2005). Bij depressieve klachten kan zo nodig psycho-educatie en ondersteuning geboden worden door de huisarts, door anderen in de eerste lijn (stepped care model volgens Richtlijn Depressie), of door een oncologieverpleegkundige of medisch maatschappelijk werk in de tweedelij, naast de mogelijkheid van ondersteuning buiten het ziekenhuis of huisarts, zoals de programma's die Herstel & Balans en de instellingen voor psychosociale oncologie (IPSO) verzorgen.

Ook binnen de oncologie worden bij een depressie volgens de DSM-IV TR criteria zowel psychotherapeutische interventies als IPT en CGT bewezen effectief bevonden, naast antidepressiva of een combinatie van beide (Rodin et al. 2007). Gezien de kans op interacties is het bij het voorschrijven van antidepressiva binnen de oncologie van groot belang de keuze af te stemmen op de verdere medicatie. Een nieuwe ontwikkeling is de aandachtstraining (mindfulness), waarmee ook binnen de oncologie succes geboekt wordt (Smith et al. 2005). Voor depressieve klachten en andere psychische problemen die niet de ernst van een psychiatrische stoornis bereiken zijn diverse effectieve behandelprogramma's beschikbaar, waaronder fysieke activatieprogramma's. Er is een positief effect van fysieke activiteit op preventie en behandeling van psychische problemen bij kankerpatiënten, waaronder angststoornissen en depressieve klachten (Penedo en Dahn 2005; Holmes et al. 2005).

Conclusie

Niveau 1	Bij behandeling van depressie bij kankerpatiënten worden zowel psychotherapeutische interventies als IPT en CGT, naast antidepressiva of een combinatie van beiden, bewezen effectief bevonden. <i>A1 Moleman 1998, A1 Williams et al. 2000.</i>
Niveau 2	Aandachtstraining (mindfulness) vormt een nieuwe ontwikkeling binnen de oncologie en wordt met succes toegepast bij de behandeling van kankerpatiënten met depressie. <i>A2 Smith et al. 2005.</i>
Niveau 3	Fysieke activiteit heeft een toegevoegde waarde bij preventie en behandeling van psychische problemen bij kankerpatiënten, waaronder angststoornissen en depressieve klachten. <i>C Penedo en Dahn 2005.</i>

Overige overwegingen

Evaluatie van de effecten van de behandeling van depressie bij kankerpatiënten is complex, mede door de aanwezigheid van andere comorbide factoren die zowel een luxerend en/of onderhoudend effect kunnen hebben op depressie en een aparte behandeling vereisen, zoals bij voorbeeld vermoeidheid en pijn.

Aanbeveling

- 1. Kankerpatiënten met depressie dienen behandeld te worden conform de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie.**
- 2. Daarnaast is aandachtstraining te overwegen en dient fysieke activiteit gestimuleerd te worden.**

Gevolgen van depressie bij kankerpatiënten voor werk(-hervatting) en effectieve interventies

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Depressie bij kankerpatiënten is een negatieve voorspeller voor terugkeer naar werk (Steiner et al. 2007, Spelten et al. 2003, Gruber et al. 2003, Fobair et al. 1986).

Conclusie

Niveau 2	Depressie als comorbide aandoening heeft grote maatschappelijke consequenties op het gebied van arbeidsparticipatie van kankerpatiënten en is een negatieve voorspeller van terugkeer naar werk. <i>B Steiner et al. 2007, B Spelten et al. 2003, B Gruber et al. 2003, B Fobair et al. 1986.</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

Er zijn geen specifieke interventiestudies verricht die gericht zijn op angst- en depressieklachten bij kanker in relatie tot werk en werkhervatting. Goede samenwerking van de bedrijfsarts en de behandelbaar, het tijdig onderkennen van angst en depressie en het inzetten van effectieve interventies beperken het verzuim bij werknemers met psychische klachten (Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen, NVAB 2007). Adequate multimodale behandeling, waaronder fysieke training, leidt tot snellere werkhervatting en minder ziekteverzuim bij depressieve klachten. Werkhervatting en herstel van sociaal functioneren wordt gezien als een van de uitkomstmaten voor het succes van een behandeling van angst en depressie.

Aanbeveling

- 1. De bedrijfsarts dient bij uitblijven of stagnatie van werkhervatting bij kankerpatiënten depressie uit te sluiten. In geval van geconstateerde depressieve klachten/depressie overlegt de bedrijfsarts met de huisarts of de specialist over het verder te voeren beleid.**
- 2. Bij de begeleiding naar werk van werknemers met depressie van kanker kan gebruik gemaakt worden van de NVAB Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen, NVAB 2007.**

Literatuur

- Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Annals of Internal medicine* 134: 803-808 (2001).
- Bair MJ, Robinson RL, Katon , Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch intern Med* 2003; 163 (20): 2433-45.
- Bijl RV, Ravelli A (1998): Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76: 446-457.
- CBO, Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 2005.
- Vastag B. Decade of work shows depression is physical. *JAMA* 2002, 10;287(14):1787-8.
- Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499-505.
- Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. *Br J Cancer* 2001; 84: 1011-1015.
- Sharpe et al. 2004
- Fobair P, Hoppe RT, Bloom J, Cox R, Varghese A, Spiegel D. Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's Disease. *J Clin Oncol* 1986; 4: 805-14.
- Gruber U, Fegg M, Buchmann M, Kolb HJ, Hiddemana W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Cancer Care* 2003; 12(3): 249-56.
- Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293: 2479-86.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Inst Monogr* 2004; 32: 57-71.
- Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 15; 1665-76.
- Moleman, P. Praktische psychofarmacologie. 1998, Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Munce SE, Stansfeld SA, Blackmore ER, Stewart DE. The role of depression and chronic pain conditions in absenteeism: results from a national epidemiologic survey. *J Occup Environ Med* 2007; 49 (11): 1206-11.
- NVAB. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen, 2007.
- Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion Psychiatry* 2005; 18: 189-93.

Potash M, Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16(3): 671-700.

Rodin G. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review *Lancet* 2008; 372(9632):4 0-8.

Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52(3) :315-27.

Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.

Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology* 2008; 17(2): 138-47.

Williams, J.W., Mulrow, C.D., Chiquette, E., et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Annals of Internal Medicine*, 2000; 132: 749-756.

• Cognitief functioneren

Cognitieve beperkingen kunnen na alle typen therapieën voor kanker voorkomen, maar worden het meest frequent geassocieerd met chemotherapie (Vardy et al. 2007, Jansen et al. 2005, Fan et al. 2005, Wefel et al. 2004). Chemotherapie heeft een negatief effect op met name executieve functies, het effect is echter vergelijkbaar met cognitieve problemen die al bij kankerpatiënten aanwezig waren voor het starten van chemotherapie (Anderson-Hanley et al. 2003).

Cognitieve beperkingen worden respectievelijk bij eenderde van de kankerpatiënten voor de aanvang van de systemische chemotherapie en bij circa tweederde van de kankerpatiënten na de chemotherapie waargenomen. Op lange termijn houdt een kleine 5% van de kankerpatiënten cognitieve problemen (Fan et al. 2005, Schagen et al. 2002).

Conclusie

Niveau 3	Cognitieve beperkingen kunnen na alle soorten therapieën voor kanker voorkomen, maar worden het meest frequent geassocieerd met chemotherapie . C Vardy et al. 2007, C Jansen et al. 2005, B Fan et al. 2005, C Wefel et al. 2004.
-----------------	---

Niveau 3	Cognitieve beperkingen worden bij kankerpatiënten in een derde van de gevallen gezien voor de aanvang van de behandeling. Kort na de behandeling klaagt tot twee derde van de kankerpatiënten over cognitieve beperkingen. Een kleine 5% houdt cognitieve beperkingen op lange termijn. C Anderson-Hanley et a. 2003, B Fan, et al. 2005.
-----------------	--

Overige overwegingen

Cognitieve beperkingen zijn diffuus en betreffen vooral het abstract denken en multi-tasking, het verbaal geheugen en motorische functies. Cognitieve disfunctie kan een zelfstandige symptoomcluster zijn of gerelateerd zijn aan angst- of stemmingsstoornissen, waarbij voornamelijk ernstige concentratieproblemen optimaal cognitief functioneren belemmeren. Er is tevens een negatieve relatie tussen vermoeidheid, slaapproblemen, pijn en cognitief functioneren.

Het cognitive remediation programma lijkt een effectieve interventie te zijn bij cognitieve problemen bij kankerpatiënten (Feuerstein 2007, Cicerone et al. 2005), maar hiervoor zijn vooralsnog geen programma's opgezet in Nederland. Wel bestaat er kennis over hersentraining vanuit geheugenpoli's en/of trainingen vanuit centra voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en bij hersentumoren (Gehring et al. 2008).

Aanbeveling

- 1. De bedrijfsarts dient bij de begeleiding van kankerpatiënten naar werk meer aandacht te besteden aan de gevolgen van cognitieve beperkingen voor werk(-hervatting).**

2. ***Bij de keuze van adequate interventies kan gebruik gemaakt worden van de kennis van geheugenpoliklinieken en/of trainingen voor cognitieve problemen bij niet-aangeboren hersenletsel of hersentumoren.***
3. ***Op het werk kunnen aanpassingen met betrekking tot de werkinhoud en het werktempo plaatsvinden. Ook kan een rustige(re) werkplek aangeboden worden of meer mogelijkheid om thuis te werken.***

Cognitieve beperkingen en werkhervatting bij kankerpatiënten

Cognitieve beperkingen hebben bij kankerpatiënten een negatieve invloed op het arbeidsvermogen. Het is te verwachten dat het verbeteren van het cognitief functioneren bij kankerpatiënten de belastbaarheid ten aanzien van werk zal vergroten. Dit wordt ook verondersteld in de situatie dat er naar werk gezocht moet worden.

Conclusie

Niveau 4	Cognitieve beperkingen kunnen bij kankerpatiënten belemmeringen opleveren in werk(-hervatting). <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	---

Niveau 4	Werkhervatting bij cognitieve dysfunctie is maatwerk en is afhankelijk van het soort werk, de werkdruk en de mogelijkheden om werkinhoud en werktempo te kunnen aanpassen, op een rustige plek te kunnen werken. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

In geval van stagnatie of het uitblijven van werkhervatting bij een werknemer met kanker dient de bedrijfsarts aandacht te besteden aan de aanwezigheid van cognitieve beperkingen en de invloed daarvan op werk en werkhervatting. Afhankelijk van de situatie adviseert de bedrijfsarts een adequate interventie.

Literatuur

- Anderson-Hanley C, Sherman ML, Riggs et al. Neuropsychological effects of treatments for adult with cancer: A meta-analysis and review of the literature. *J Int Neuropsychol Soc* 2003; 9: 967-982
- Cicerone KD. Participation as an outcome of traumatic brain injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 2004; 19(6): 494-501.
- Fan HG, Houede-Tchen N, Yi QL, Chemerynsky I, Downie FP, Sabate K, et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8025-32.
- Feuerstein M. *Handbook of Cancer Survivorship* 2007, 287-301.
- Gehring K, Sitskoorn MM, Aaronson NK, Taphoorn MJ. Interventions for cognitive deficits in adults with brain tumours. Review. *Lancet Neurol* 2008; 7(6): 548-60.
- Jansen CE, Miaskowski C, Dodd M et al. A meta-analysis of studies of the effects of cancer chemotherapy of various domains of cognitive function. *Cancer* 2005; 104: 2222-33.
- Pattern of workplace disputes in cancer survivors: a population study of ADA claims. *J Cancer Surviv.* 2007 Sep;1(3):185-92.
- Schagen SB, Muller MJ, Boogerd W, Rosenbrand RM, Van Rhijn D, Rodenhuis S, Van Dam FSAM. Late effects of adjuvant chemotherapy on cognitive function: a follow up study in breast cancer patients. 2002, *Annals of Oncology* 13; 1387-1397.
- Vardy J, Wefel JS, Ahles T, Tannock IF, Schagen SB. Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from the Venice cognitive workshop. *Annals of Oncol* 2007, 10;25(17):2455-63. Review.
- Wefel JS, Lenzi R, Theriault RL, Davis RN, Meyers CA. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma. *Cancer* 2004; 100: 2292-9.

- Genderspecifieke aspecten

Aandacht voor genderspecifieke aspecten bij kanker is van belang, ongeacht de kankersoort (Miaskowski 2004). Bij vrouwelijke en mannelijke kankerpatiënten bestaat een verschil in de behoefte aan zorg en sociale ondersteuning (Owens 2008). Vrouwen zoeken vaker actief steun in hun gehele sociale omgeving, terwijl mannen dat bij één persoon doen, meestal de partner (Hann et al. 2002, Letho et al. 2005). Bij het ontbreken van sociale steun in het werk (of thuis) ervaren vrouwen meer psychische problemen dan hun mannelijke collega's (Bildt en Michelsen 2002).

Conclusie

Niveau 3	Er bestaat een verschil in de behoefte aan zorg en sociale ondersteuning tussen vrouwelijke en mannelijke kankerpatiënten. <i>C Owens 2008.</i>
-----------------	--

De bedrijfsarts ziet vooral werknemers met borstkanker, melanoom, longkanker, darm- en prostaatkanker. Borstkanker treft in Nederland 12.000 vrouwen per jaar en is daarmee de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland bij vrouwen van 30 en ouder. Bij mannen tussen 30 en 45 jaar wordt voornamelijk melanoom waargenomen en daarboven prostaatkanker (bron: www.ikcnet.nl).

Bij borstkankerpatiënten is hormoontherapie vaak gericht op oestrogenendeprivatie, hetgeen gepaard gaat met een verhoogd risico op menopausale symptomen, cognitieve dysfunctie, osteoporose, gewichtstoename en cardiovasculaire aandoeningen (Fan et al. 2005). Vasomotore klachten (hot flashes, zweten, misselijkheid en hartkloppingen) en slaapproblemen worden verergerd door anti-oestrogene medicatie. Androgene deprivatie kan cognitieve en emotionele veranderingen veroorzaken. Vasomotore klachten worden gezien bij circa 70% van de patiënten met prostaatkanker. Op de langere termijn kan er sprake zijn van een afname in de spiermassa, spierkrachtverlies, gynaecomastie, osteoporose en libidoverlies (Michaelson et al. 2008, Smith 2008).

Chemisch of chirurgisch bewerkstelligde/geïnduceerde hormonale veranderingen bij vrouwen en mannen kunnen een negatief effect hebben op het cognitief functioneren (Fan, et al. 2005, Michaelson, et al. 2008).

Osteoporose gaat gepaard met pijnklachten en een verhoogd risico op botbreuken (Hu et al. 2007). In de preventie en behandeling van osteoporose bij kankerpatiënten is aandacht nodig voor een calciumrijk dieet en voldoende vitamine D3, voldoende lichamelijke beweging en er is een rol voor medicamenteuze behandeling.

Conclusie

Niveau 3	Hormoontherapie kan zowel bij vrouwelijke als bij mannelijke kankerpatiënten leiden tot vasomotore klachten, cognitieve en emotionele veranderingen en osteoporose. <i>B Fan, et al. 2005, C Michaelson, et al. 2008, C Smith 2008.</i>
-----------------	--

Niveau 4	Hormonale gevolgen van behandeling tegen kanker kunnen een negatieve invloed hebben op het arbeidsvermogen en leiden tot verzuim. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

De ervaring leert dat kankerpatiënten met enige terughoudendheid over deze onderwerpen praten. Daarom is het van belang dat de bedrijfsarts er actief naar vraagt en er rekening mee houdt in de begeleiding naar werk en gedurende de follow up.

Aanbeveling

De bedrijfsarts dient tijdens alle contacten met de werknemer met kanker aandacht aan de hormonale gevolgen van kankerbehandeling te besteden.

Literatuur

Bildt C, Michelsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75(4): 252-8.

Fan HG, Houede-Tchen N, Yi QL, Chemerynsky I, Downie FP, Sabate K, et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8025-32.

Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52(5): 279-83.

Hu MI, Gagel RF, Jimenez C. Bone loss in patients with breast or prostate cancer. *Curr Osteoporosis Rep* 2007; 5(4):170-8.

Letho US, Ojanen M, Kellokumpu-Lethinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer. *Ann Oncol* 2005; 16(5): 805-816.

Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue and Depression in Patients with Cancer *J Nalt Cancer Inst Monogr* 2004: 139-143.

Michaelson D, Cotter SE, Gargollo PC, Zietman AL, Dahl DM, Smith MR. Management of complications of prostate cancer treatment. *CA cancer J Clin* 2008; 58: 196-213.

Owens GM. Gender differences in health care expenditures, resource utilization, and quality of care. *J Manag Care Pharm* 2008; 14(3)(suppl S): S2-S6.

Smith MR. Osteoporosis in men with prostate cancer: now for the fracture data. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4271-4372.

1.2. Werkgerelateerde voorspellende factoren bij volwassenen

Een ondersteunende werkomgeving heeft een positieve invloed op werkhervatting na kanker. Dat komt tot uiting door:

- praten met de leidinggevende (Pryce et al. 2007)
- ervaren medewerking van de werkgever voor werkaanpassingen (Bouknight et al. 2006)
- een positieve houding van collega's (Bloom et al. 1988, Maunsell et al. 1999, Staley et al. 1987)
- het in staat zijn om sociale steun te mobiliseren (Edbril en Rieker 1989)
- eigen invulling van de werkuren (Greenwald et al. 1989)
- plezier in het werk (Steiner et al. 2008)
- autonomie op het werk (Verbeek et al. 2003, Kremer en Wevers 2003).

Conclusie

Niveau 3	Het mobiliseren van sociale steun bevordert de terugkeer naar werk. C Edbril en Rieker 1989.
-----------------	--

Niveau 2	Een ondersteunende werkomgeving heeft een positieve invloed op werkhervatting na kanker. B Pryce et al. 2007, B Bouknight et al. 2006, C Bloom et al. 1988, C Maunsell et al. 1999, C Staley et al. 1987, B Greenwald et al. 1989, B Steiner et al. 2007, B Kremer en Wevers 2003.
-----------------	---

De volgende werkgerelateerde belastende factoren vertragen of belemmeren de terugkeer naar werk:

- het hebben van zwaar lichamelijk en laaggeschoold werk (blue collar) (Bouknight et al. 2006, Verbeek et al. 2003, Drolet et al. 2005, Taskila-Abbrandt et al. 2004, Hewitt et al. 2003, Weis et al. 1992, Bouknight et al. 2006, Satariano en DeLorenzo 1996, Greenwald et al. 1989)
- een hoge werklast, hoge werkdruk of een hoog werktempo (Bloom et al. 1988, Spelten et al. 2003, Kremer en Wevers 2003)

- een veranderde, negatievere houding ten opzichte van werk (Maunsell et al. 1999, Drolet et al. 2005)
- ervaren belemmeringen op het werk (Van der Wouden et al. 1992)
- het ongewild krijgen van andere taken (Maunsell et al. 1999, Berry 1993)
- problemen met vervoer naar het werk (Satariano en DeLorenzo 1996).

Het hebben van een full-time of part-time baan (Verbeek et al. 2003, Drolet et al. 2005) en het aantal jaren in een huidige functie of een tijdelijke baan (Verbeek et al. 2003) lijken geen effect te hebben op terugkeer naar werk.

Conclusie

Niveau 2	Het verrichten van zwaar lichamelijk werk en lager geschoold werk (blue collar) belemmert de terugkeer naar werk. <i>B Bouknight et al. 2006, B Satariano en DeLorenzo 1996, B Weis et al. 1992, B Greenwald et al. 1989, B Sultan 2006, B Drolet et al. 2005, B Taskila et al. 2004.</i>
-----------------	--

Niveau 2	Hoge werklast, werkdruk en werktempo belemmeren de terugkeer naar werk. <i>B Spelten et al. 2003, B Bloom et al. 1988, B Kremer en Wevers 2003.</i>
-----------------	--

Niveau 3	Een veranderde, negatievere houding t.o.v. werk belemmert de terugkeer naar werk. <i>B Drolet et al. 2005, C Maunsell et al. 1999.</i>
-----------------	---

Niveau 3	Ervaren belemmeringen op het werk vertragen de terugkeer naar werk. <i>C Van der Wouden et al. 1992.</i>
-----------------	---

Niveau 3	Het ongewild opdracht krijgen om andere taken te gaan vervullen, belemmert de terugkeer naar werk. <i>C Maunsell et al. 1999, C Berry 1993.</i>
-----------------	--

Niveau 3	Problemen met vervoer naar werk belemmeren de terugkeer naar werk. <i>B Satariano en DeLorenzo 1996.</i>
-----------------	---

Een hogere leeftijd heeft vaak een negatieve invloed op de werkhervatting bij kanker (Weis et al. 1992, Bouknight et al. 2006, Van den Brink et al. 2005, Spelten et al. 2003, Fobair et al. 1986, Drolet et al. 2005, de Lima et al. 1997), al wordt dit niet in alle studies bevestigd. Hogere leeftijd wordt geassocieerd met een verminderd werkvermogen na kanker en het wordt moeilijker om na kanker opnieuw een baan te vinden (Taskila en Lindbohm 2007).

Conclusie

Niveau 2	Hogere leeftijd heeft vaak een negatieve invloed op de werkhervatting bij kanker. <i>B Sultan 2006, B Bouknight et al. 2006, B Drolet et al. 2005, B Van den Brink et al. 2005, B Poirier 2005, B Spelten et al. 2003, B Hewitt et al. 2003, B Weis et al. 1992, B Fobair et al. 1986, C De Lima et al. 1997.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

**Het is van belang dat de bedrijfsarts extra aandacht besteed aan de begeleiding naar werk(-her-
vatting) van oudere medewerkers met kanker, omdat zij extra kwetsbaar zijn op de arbeids-
markt.**

Literatuur

- Bloom JR, Hoppe RT, Fobair P, Cox RS, Varghese A, Spiegel D. Effects of treatment on the work experiences of long-term survivors of Hodgkin's disease. *J Psychosoc Oncol* 1998; 6: 65–80.
- Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006 Jan 20; 24:345-53.
- Brink, van den M, Van den Hout WB, Kievit J, Marijnen CA, Putter H, Van de Velde CJ, Stiggelbout AM. The impact of diagnosis and treatment of rectal cancer on paid and unpaid labour. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(10): 1875-82.
- Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005; 23(33): 8305-12.
- Edbril SD, Rieker PP. The impact of testicular cancer on the work lives of survivors. *J Psychosoc Oncol* 1989; 7: 17–29.
- Fobair P, Hoppe RT, Bloom J, Cox R, Varghese A, Spiegel D. Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's Disease. *J Clin Oncol* 1986; 4: 805–14.
- Greenwald HP, Dirks SJ, Borgatta EF, McCorkle R, Nevitt MC, Yellin EH. Work disability among cancer patients. *Soc Sci Med* 1989; 29: 1253–1259.
- Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer survivors in the United States: age, health and disability. *J Gerontol* 2003; 58: 82-91.
- Kremer AM, Wevers CWJ. Kanker in relatie tot werk. *TBV* 2003; 11: 231-37.
- Lima de M, Strom SS, Keating M, Kantarjian H, Pierce S, O'Brien S, Freireich E, Estey E. Implications of potential cure in acute myelogenous leukemia: development of subsequent cancer and return to work. *Blood* 1997; 90: 4719–24.
- Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467–73.
- Poirier P. Policy implications of the relationship of sick leave benefits, individual characteristics, and fatigue to employment during radiation therapy for cancer. *Policy Polit Nurs Pract*. 2005; 6(4): 305-18.
- Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work : Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007;17:83-92.
- Satariano WA, DeLorenzo GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. *Public Health Rep* 1996; 111: 236–241.
- Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM, Kammeijer H, de Haes JC, Sprangers MA. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul; 39(11): 1562-7.
- Staley JC, Doner Kagle J, Hatfield AK. Cancer patients and their co-workers: a study. *Soc Work* 1987; *Health Care* 13: 101–112.
- Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology* 2008; 17(2): 138-47.
- Taskila-Abrandt T, Martikainen R, Virtanen SV, Pukkala E, Hietanen P, Lindbohm MJ. The impact of education and occupation on the employment status of cancer survivors. *Eur J cancer* 2004; 40: 2488-493.
- Taskila T, Lindbohm L. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica* 2007;46:446-451.
- Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352-57.
- Weis J, Koch U, Geldsetzer M. Veränderung der beruflichen Situation nach einer Tumorkrankung: empirische studie zur beruflichen Rehabilitation. *Sozial Präventivmedizin* 1992; 37: 85–95.
- Wouden van der JC, Greaves-Otte JGW, Greaves J, Kruyt PhM, Leeuwen van O, Does van der E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med* 1992; 34: 1084-89.

1.3 Voorspellende factoren voor het betreden van de arbeidsmarkt bij jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd

Ook na kanker op kinderleeftijd zijn er voorspellende factoren aan te wijzen die het vinden van werk beïnvloeden (Green et al. 1991, Nagarajan et al. 2003, Hays et al. 1992, Macedoni-Luksic et al. 2003). Overlevenden van kanker op kinderleeftijd bleken twee keer vaker geen baan te hebben dan hun gezonde leeftijdsgenoten (De Boer et al. 2006) Het werkloosheidspercentage varieerde tussen 15% en 30%, afhankelijk van het type kanker.

In geval van neurologische tumoren (bv. hersentumoren) is de kans om werkloos te worden vijf keer hoger dan bij doorgemaakte haematologische maligniteiten. Bij bottumoren is die kans gemiddeld twee keer hoger dan bij gezonde leeftijdsgenoten. Radiotherapie (Hays et al. 1992), beperkingen in het motorisch functioneren (Macedoni-Luksic et al. 2003), epilepsie en amputatie (Nagarajan et al. 2003) hangen samen met werkloosheid.

Naast ziekte-afhankelijke factoren zijn persoonsgebonden factoren van belang voor het vinden van werk op volwassen leeftijd namelijk:

- sexe: mannen lijken vaker werk te vinden dan vrouwen (Green et al. 1991, Nagarajan et al. 2003)
- leeftijd: een hogere leeftijd bij de follow-up (Green et al. 1991, Nagarajan et al. 2003)
- opleiding: een lagere opleiding (Nagarajan) of een lager IQ (Macedoni-Luksic et al. 2003).

Conclusies

Niveau 3	Voor patiënten die op jonge leeftijd kanker hebben gekregen en die daarvan genezen zijn geldt dat zij gemiddeld twee keer zo vaak geen baan hebben in vergelijking met hun leeftijdsgenoten zonder deze medische voorgeschiedenis. <i>B De Boer et al. 2006.</i>
-----------------	---

Niveau 2	Ziekte en persoonsgebonden factoren spelen een belangrijke rol bij het vinden van werk bij jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd. <i>B Green et al. 1991, B Nagarajan et al. 2003, B Macedoni-Luksic 2003, B Hays et al. 1992.</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd vormen een populatie die met name door de verzekeringsarts wordt gezien bij de WAJONG-beoordeling. Als de bedrijfsarts geconfronteerd wordt met een werknemer die in zijn jeugd behandeld is voor kanker, zal hij zich bij de begeleiding op de hoogte stellen van de restgevolgen van destijds, en van de mogelijke neveneffecten.

Aanbeveling

De bedrijfsarts dient kennis te hebben van de problemen van jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd bij het zoeken naar werk, en dient er rekening mee te houden bij de begeleiding van deze populatie.

Literatuur

- Boer de AG, Verbeek JH, Dijk van FJ. Adult survivors of childhood cancer and unemployment: A metaanalysis. *Cancer* 2006 1; 107(1):1-11.
- Green DM, Zevon MA, Hall B. Achievement of life goals by adult survivors of modern treatment for childhood cancer. *Cancer* 1991; 67: 206-213.
- Hays DM, Landsverk J, Sallan SE, et al. Educational, occupational, and insurance status of childhood cancer survivors in their fourth and fifth decades of life. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1397-1406.
- Macedoni-Luksic M, Jereb B, Todorovski L. Lon-term sequelae in children treated for brain tumors: impairment, disability and handicap. *Ped Hematol Oncol.* 2003;20:89-101.

Nagarajan R, Neglia JP, Clohisy DR. Education, employment, insurance, and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumors: a report from the childhood cancer survivor study. *Cancer* 2003 5; 97: 2554-2564.

1.4 Andere knelpunten

• Communicatie

Het meten van werkuitkomsten na kanker is een complex geheel. Communicatie speelt daarbij een belangrijke rol. Kankerpatiënten geven aan dat zij geen of onvoldoende informatie ontvangen over de gevolgen van hun ziekte en van de behandeling voor het werk (Maunsell 1999, Kremer en Wevers 2003, Kennedy et al. 2007, Main et al. 2005, Pryce et al. 2007). In de studie van Kremer en Wevers (2003) onder 102 kankerpatiënten bleek veel onvrede te zijn over de begeleiding door medisch specialisten en de informatie die zij konden geven over de gevolgen van kanker voor het werk. Uit focusgroepen en interviews die Kennedy et al hielden in Engeland (2007) bleek eveneens dat de meeste patiënten na de behandeling zich weer goed konden aanpassen aan de werksituatie, hoewel een klein aantal problemen kreeg. Uit de interviews die Main et al hielden onder 28 patiënten in de VS (2005) bleek dat de meeste patiënten geen enkele begeleiding voor wat betreft werk kregen van de artsen. Ook uit onderzoek van Pryce et al (2007) onder 328 kankerpatiënten bleek dat het ontvangen van advies over het werk van de behandelaar een van de voorspellers is van terugkeer naar het werk. Alleen de helft van de respondenten heeft echter van hun behandelaars advies gekregen over het werk. Kankerpatiënten die hun werk hebben kunnen hervatten melden vaker dat zij informatie hebben gekregen van hun behandelaars over werk dan de patiënten die niet aan het werk waren.

Ook in de focusgroepen die werden gehouden in het kader van dit project kwam naar voren dat kankerpatiënten meer advies verwachten en nodig hebben over het werk, niet alleen van de bedrijfsarts maar ook van hun behandelaars en huisartsen: dus in het algemeen van een arts. De werkgevers gaven hierbij aan meer van de bedrijfsarts te verwachten, met name meer inzicht in de diagnose, behandeling en beloop van de ziekte, en een concreet advies ten aanzien van de werkhervatting.

Conclusie

Niveau 2	Kankerpatiënten ontvangen onvoldoende informatie over de gevolgen van de ziekte voor het werk. Zij missen daarin vooral concrete adviezen ten aanzien van de werkhervatting. <i>C Maunsell et al. 1999, B Kremer en Wevers 2003, C Kennedy et al. 2007, C Main et al. 2005, B Pryce et al. 2007.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

De werknemer met kanker is gebaat bij praktische adviezen over hoe specifieke beperkingen te voorkomen of hoe hiermee om te gaan door middel van aanpassingen in de werksituatie, hulpmiddelen, extra voorzieningen en structurele begeleiding door de bedrijfsarts.

Literatuur

Kennedy F, Haslam C, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J of Cancer Care* 2007; 16: 17-25.
Kremer AM, Wevers CWJ. Kanker in relatie tot werk. *TBV* 2003; 11: 231-37.
Main D, Nowels C, Cavender T, Etschmaier M, Steiner J. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2005;14:992-1004.
Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467-73.
Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work : Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007;17:83-92.

- **De huidige ketenzorg en de rollen van de huisarts, de behandelaar en de bedrijfsarts**

In de huidige ketenbenadering van de zorg rondom de kankerpatiënt in Nederland zijn diverse partijen betrokken. Het is moeilijk om één regiehouder aan te wijzen, de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken (para) medische professionals zijn onduidelijk (De Kock 2008). Ook is de huidige zorg met name gericht op medisch herstel en is er te weinig aandacht voor het herstel van maatschappelijke rollen en participatie in arbeid.

Voor diverse professionals is het onduidelijk wat hun rol met betrekking tot 'werk en werkhervatting' zou kunnen zijn en wat zij concreet zouden kunnen doen om de terugkeer naar werk van hun patiënten te stimuleren. Ook zij zijn over het algemeen niet getraind en er niet aan gewend om hun patiënten vragen te stellen over het werk. En vaak tobben zij met de vragen zoals: Stelt de kankerpatiënt het wel op prijs om door zijn behandelaar gevraagd te worden naar werk? en Heeft de kankerpatiënt al niet genoeg aan zijn hoofd?

Uit onderzoek (Pryce et al. 2007, Maunsell et al. 1999) en uit gesprekken met ervaringsdeskundigen in het kader van dit project bleek dat het praten met één arts over werk helpt om een stap te maken naar werk.

Conclusie

Niveau 3	Het krijgen van advies van één arts over terugkeer naar het werk heeft een positief effect op de werkhervatting. <i>B Pryce 2007.</i>
-----------------	--

Niveau 4	De projectgroep is van mening dat alle professionals betrokken bij de behandeling en de begeleiding van kankerpatiënten, en niet alleen één arts, in hun contacten met de kankerpatiënt structureel aandacht zouden moeten besteden aan de mogelijke gevolgen van de ziekte en behandeling voor terugkeer naar werk op korte en lange termijn. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

1. ***Van alle professionals wordt verwacht dat zij het contact tussen de werknemer met kanker en zijn werkgever stimuleren en adviseren contact op te nemen met de bedrijfsarts voor begeleiding naar werk.***
2. ***De specialist en de huisarts dragen zorg voor het bespreken van de zaken omtrent 'werk en werkhervatting'. Wie deze taak daadwerkelijk gaat uitvoeren is echter afhankelijk van de praktijksituatie (aanwezigheid van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk en oncologieverpleegkundigen in de klinische setting).***

De bedrijfsarts is in de huidige zorgketen degene die de kankerpatiënten feitelijk naar werkhervatting begeleidt en over de deskundigheid beschikt die deze taak vereist. Een goede begeleiding door de bedrijfsarts, in de vorm van continuïteit van de zorg en het inzetten van interventies voor klachten en werkgerelateerde problemen, blijkt te leiden tot een snellere terugkeer naar werk. (Verbeek et al. 2003)

Conclusie

Niveau 3	Een goede begeleiding van de bedrijfsarts, waaronder continuïteit van de zorg en het tijdig inzetten van interventies bij klachten en werkgerelateerde problemen, leidt tot een snellere terugkeer naar het werk. <i>B Verbeek et al 2003.</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

De projectgroep hecht eraan om de rol en de specifieke taken van de bedrijfsarts met betrekking tot de begeleiding van werknemers met kanker expliciet te beschrijven.

Aanbeveling

1. **De bedrijfsarts is degene die de kankerpatiënten feitelijk naar werk(-hervatting) begeleidt.**
2. **De bedrijfsarts zorgt ervoor over relevante medische informatie te beschikken om tot een onderbouwd advies te kunnen komen over werk(-hervatting).**
3. **De bedrijfsarts ziet/sprekt de zieke werknemer met kanker eens in de 6-12 weken, afhankelijk van de fase van de begeleiding. Indien de behandeling nog in volle gang is en de komst naar de bedrijfsarts te belastend is, wordt telefonisch contact aangeraden.**
4. **De bedrijfsarts stelt een problemdiagnose in bedrijfsgeneeskundige zin op, adviseert een adequate op arbeidsparticipatie gerichte interventie en evalueert het effect daarvan. Daarbij worden de volgende factoren betrokken:**
 - de ziekteprognose
 - de objectieve en subjectieve belastbaarheid
 - de wensen van de patiënt
 - de mogelijkheden van de werkgever
 - de huidige sociale wetgeving (de Ziektewet, de WIA).
5. **Het belangrijkste instrument voor de bedrijfsarts om de belastbaarheid van individuele kankerpatiënten en het beleid ten aanzien van werk te bepalen is de anamnese met extra aandacht voor de voorspellende factoren voor de werkhervatting, zo nodig aangevuld met informatie van de behandelaar.**
6. **In geval het eigen werk tijdelijk of blijvend niet meer uitgevoerd kan worden, adviseert de bedrijfsarts de inzet van een arbeidsdeskundige en zo nodig re-integratie 2^e spoor.**

Overige overwegingen

De begeleiding van zieke werknemers naar werk(-hervatting) heeft een grote kans van slagen bij tijdig ingezette begeleiding en interventies (NVAB richtlijnen). De begeleiding door de bedrijfsarts wordt bij kankerpatiënten, om allerlei redenen, nog steeds relatief (te) laat ingezet.

Uit onderzoek blijkt dat ook de perceptie van kankerpatiënten van de ziekte en de mogelijkheden tot werkhervatting een belangrijke factor in terugkeer naar werk kan vormen (De Boer et al. 2008). Wanneer de kankerpatiënt zijn eigen mogelijkheden voor werkhervatting negatief inschat, dan zal dit het moment van de werkhervatting vertragen en de duur van het verzuim verlengen. Ook kan er sprake zijn van ineffectieve coping bij de kankerpatiënt, verminderde motivatie, herstelbelemmerende opvattingen bij de partner en/of de omgeving, of problemen in de privésfeer.

Conclusie

Niveau 4	De projectgroep is van mening dat het contact tussen de bedrijfsarts en de zieke werknemer met kanker al in een vroeg stadium van de ziekte zal moeten plaatsvinden, bij voorkeur vanaf de diagnose. Het moment van de werkhervatting is afhankelijk van de individuele belastbaarheid van de werknemer met kanker. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	---

Aanbeveling

1. **Het is van belang dat de bedrijfsarts de kankerpatiënt al in een vroeg stadium van de ziekte informeert over de mogelijkheden om eventueel tijdens de behandeling maar in ieder geval na afloop daarvan terug te keren naar het werk, en de mogelijkheid van interventies noemt om de terugkeer naar werk te vergemakkelijken.**
2. **In geval van ineffectieve coping bij de kankerpatiënt, verminderde motivatie, herstelbelemmerende opvattingen bij de partner en/of de omgeving, of problemen in de privé sfeer wordt verwezen naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of de psycholoog, zodat een interventie kan plaatsvinden die de belemmerende cognities doorbreekt.**

Literatuur

Boer, de AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Reijke, de TM, Kammeijer M, Sprangers MA, Dijk, van FJ. Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br J Cancer* 2008; 98: 1342-1347.

Kock, de K, Zanten-Przybysz, van I. Kanker en Werk; onderbelicht in de spreekkamers. *TBV* 2008; 16: 303-306.

Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467-73.

Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work : Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007;17:83-92.

Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352-57.

• Arbocuratieve samenwerking

De onderlinge afstemming en de samenwerking tussen bedrijfsarts, huisarts en specialist verlopen moeizaam. Uit onderzoek van Verbeek (2003) bleek dat slechts zes van de honderd bedrijfsartsen overleg hadden gehad met de behandelaar. Voor de behandelaar is eveneens van belang te weten in hoeverre de ziekte en de behandeling van invloed is op iemands werk(-hervatting), zodat daar zo mogelijk rekening mee gehouden kan worden in de keuze van de behandeling.

Let wel: de huisarts, de medisch specialist en paramedici mogen alleen overleggen met de bedrijfsarts als de patiënt daar schriftelijk toestemming voor heeft verleend en deze toestemming bekend is bij de behandelaren.

Conclusie

Niveau 3	Er vindt onvoldoende overleg en afstemming plaats tussen de bedrijfsarts, de huisarts en de specialist in de begeleiding van kankerpatiënten naar werk. <i>B Verbeek et al. 2003, C Maunsell et al. 1999.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

- 1. Het is van belang dat er overleg en zo nodig afstemming over het beleid plaatsvindt tussen de bedrijfsarts, de huisarts en/of de medische specialist.**
- 2. Centraal staat daar vooral dat alle professionals naar hetzelfde doel toe werken, dat wil zeggen een volledige maatschappelijke participatie met behoud van werk. Dit vereist het vergroten van wederzijds vertrouwen en adequate communicatie tussen deze professionals onderling en met de kankerpatiënt.**

Literatuur

Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 467-73.

Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352-57.

• Psychosociale screening

Kankerpatiënten worden dikwijls geconfronteerd met diverse psychosociale problemen en hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische comorbiditeit. Systematische screening ten behoeve van psychosociale ondersteuning heeft de voorkeur boven alleen verwijzingen wanneer de arts of verpleegkundige problemen signaleren. De psychosociale screening wordt in de meeste gevallen gedaan door de artsen of de oncologieverpleegkundige die de kankerpatiënten klinisch en poliklinisch ziet. De screening wordt uitgevoerd conform de aanbevelingen in de landelijke Richtlijn Vroegsignalering (2009). Bij de meeste patiënten volstaat de ondersteuning van bijvoorbeeld de oncologieverpleegkundige. Doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners is nodig bij een kleine groep kankerpatiënten (geschat op 10%). Tijdens de nacontrolefase is hulp buiten het ziekenhuis veelal meer aangewezen: huisarts, eerstelijnspsychologen of meer gespecialiseerde psycho-oncolo-

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

gische centra zoals de Instellingen Psycho Sociale Oncologie door hele land met zes behandelcentra en 20 inloophuizen (www.ipso.nl, zowel voor groepen, individuele patiënten en/of naasten). Lotgenotencontact kan in alle fases behulpzaam zijn.

Conclusie

Niveau 4	Confrontatie met de diagnose kanker is een ingrijpende levensgebeurtenis voor een patiënt, die gepaard kan gaan met psychosociale problemen en een verhoogde kans op psychische comorbiditeit. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

De projectgroep acht het van belang aandacht te schenken aan het psychosociaal functioneren en (dreigende) psychische comorbiditeit van kankerpatiënten.

Aanbeveling

Psychosociale screening dient een essentieel onderdeel te vormen van de begeleiding van kankerpatiënten.

2 REVALIDATIE BIJ KANKER

In het afgelopen decennium is gestart met het ontwikkelen van revalidatie voor kankerpatiënten. De aandacht voor revalidatie bij kanker neemt toe en dit relatief nieuwe vakgebied ontwikkelt zich in snel tempo verder. Er komen meer data beschikbaar van methodologisch goed opgezette studies (randomized controlled trials, RCT's) naar het effect van revalidatie bij kanker. Het is gebleken dat revalidatie tijdens of na de behandeling positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten (Cramp en Daniel 2008, Knols en Aaronson 2005, Ahlberg et al. 2003, Corneya 2003). De fysieke component van het revalidatieprogramma lijkt hieraan de grootste bijdrage te leveren.

Knols en Aaronson (2005) hebben in een systematisch review effecten van diverse fysieke interventies op het fysiologisch en psychologisch functioneren van kankerpatiënten geanalyseerd. Er werden 34 studies geïnccludeerd in de analyse: 27 RCT's en 7 CCT's. In al deze studies was er sprake van een statistisch significant positief effect van fysieke training op een scala van uitkomsten, o.a. lichaamssamenstelling (spiermassa, botmassa, lichaamsvet), hematologische parameters (o.a. neutropenie, anaemie), slaap, pijnbeleving, misselijkheid, vermoeidheid, stemming en de kwaliteit van leven. De auteurs constateerden dat naast het volgen van een revalidatieprogramma vaak een verandering in de attitude en levensstijl nodig is om het effect van de training duurzaam te maken.

Cramp en Daniel (2008) hebben recentelijk een meta-analyse van 28 RCT's verricht naar het effect van fysieke training op vermoeidheid bij kanker. De fysieke interventies varieerden in opzet. Vermindering van vermoeidheid bij kanker als een geïsoleerde uitkomst werd slechts in drie studies bestudeerd. Uit de meta-analyse van 22 studies bleek dat fysieke training bij vermoeidheid effectiever is dan in de controles zonder training. Kwaliteit van leven werd gemeten in 15 van de 28 studies. In 4 van de 15 studies werd geen statistisch significant effect gezien van fysieke training op de kwaliteit van leven, terwijl dat in 8 studies wel het geval was.

In geval van ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker is er bij kankerrevalidatie plaats voor geïsoleerde psychologische interventies (Jacobsen et al, 2007). In diverse onderzoeken wordt aangetoond dat psychologische interventies alléén voldoende kunnen zijn om tot verbetering van kwaliteit van leven te komen.

Conclusie

Niveau 1	Revalidatie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. De fysieke component van het revalidatieprogramma levert hieraan de grootste bijdrage. <i>A1 Cramp en Daniel 2008, A1 Knols en Aaronson 2005.</i>
-----------------	---

Niveau 1	Bij ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker zijn geïsoleerde psychologische interventies effectief. <i>A1 Jacobsen et al. 2007.</i>
-----------------	--

In Nederland is ruime ervaring opgedaan met revalidatie bij kanker (Van Weert et al. 2005, Van Weert et al. 2006, Korstjens et al. 2006, May-de Groot et al. 2006, Van Weert et al. 2004).

In revalidatieprogramma's in Nederland worden fysieke interventies geïmplementeerd, al dan niet gecombineerd met psycho-educatie. Het revalidatieprogramma Herstel & Balans[®] wordt op meer dan 55 locaties in Nederland aangeboden. Het bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw en psycho-educatie, gericht op het verwerken van de ziekte, het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van de autonomie. Verwijzing is aangewezen bij een discrepantie tussen het huidige en optimale niveau van functioneren met lichamelijke en/of psychosociale beperkingen. Differentiatie in meerdere modules wordt ontwikkeld om aan te sluiten bij de toenemende diversiteit in indicaties voor revalidatie. Het programma Herstel & Balans wordt onder licentie aangeboden in Nederland en België. (www.herstelenbalans.nl) volgens de 'Kwaliteitscriteria oncologische groepsrevalidatie Herstel & Balans', opgesteld door de Vereniging van Integrale Kanker-

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

centra samen met de Revalidatie Nederland (RN) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen, vertegenwoordigd in de Stichting Herstel & Balans (Gijsen et al. 2003). Informatie over Herstel & Balans en andere, kwalitatief goede alternatieven is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen, NFK. (www.kankerpatiënt.nl)

Er is tot op heden geen rechtstreeks bewijs uit de literatuur beschikbaar over de positieve invloed van revalidatie bij kanker op terugkeer naar werk. Er zijn wel ontwikkelingen in die richting gaande.

Conclusie

Niveau 4	Revalidatie kan een positief effect hebben op het psychosociaal functioneren van kankerpatiënten en op het proces van de werkhervatting. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	--

Andere overwegingen

Arbeid is nog geen vast onderdeel van revalidatieprogramma's. Met het oog op de volledige maatschappelijke participatie van kankerpatiënten, waaronder terugkeer naar werk, is de verwachting dat dit in de toekomst wel steeds meer zal gebeuren. Er zijn op dit moment in Nederland studies gaande waarbij het effect van revalidatie bij kanker op de terugkeer naar werk wordt bestudeerd.

Aanbeveling

- 1. Aandacht voor terugkeer naar werk dient een vast onderdeel te worden van revalidatie bij kankerpatiënten.**
- 2. Revalidatie is te overwegen bij aanwezigheid van een van de belemmerende factoren voor terugkeer naar werk, met de nadruk op fysieke beperkingen en vermoeidheid.**
- 3. De bedrijfsarts adviseert de verwijzing naar revalidatie in geval van:**
 - **het uitblijven van terugkeer naar werk**
 - **stagnatie van de werkhervatting**
 - **een discrepantie tussen de objectieve en subjectieve belastbaarheid**
 - **bij aanwezigheid van een van de belemmerende factoren voor terugkeer naar werk met de nadruk op fysieke beperkingen en vermoeidheid.**

Literatuur

- Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Jahansson F en Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet* 2003; 362:640-50.
- Corneya KS. Exercise in cancer survivors: an overview of research. *Med sci Sports Exerc* 2003; 35: 1846-1852.
- Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006145. DOI: 10.1002/14651858. CD006145.pub2.
- Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol* 2007; 26(6): 660-67.
- Knols R en Aaronson NK. Physical Exercise in Cancer Patients During and After Medical Treatment: A Systematic Review of Randomized and Controlled Clinical Trials. *J Clinical Oncology* 2005; 23: 3830-42.
- Korstjens I, I Mesters, E van der Peet, B Gijsen, B van den Borne. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *Eur J Cancer Prev* 2006; 15 (6): 541-547. (a)
- Korstjens I, A May- de Groot, E van Weert, I Mesters. Quality of life after multidisciplinary cancer rehabilitation combining physical training and psycho-education. *Psycho-oncology* 2006; 15 (S293). (b)
- May-de Groot A, E van Weert, I Korstjens, RW Trijsburg, WJG Ros. Effect on an oncological rehabilitation program on physical fitness in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S319.
- Weert E Van, Hoekstra-Weebers JE, Grol BM, Otter R, Arendzen JH, Postema K, et al. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2004; 27(1): 27-35.
- Weert E van, J Hoekstra-Weebers, B Grol, R Otter, HJ Arendzen, K Postema e.a. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *J Psychosom Res* 2005; 58(6): 485-496.

Weert E van, A May- de Groot, I Korstjens, CP van der Schans, J Hoekstra-Weebers. Effect of an oncological rehabilitation program on fatigue in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S443.

3 FOLLOW UP, PREVENTIE VAN COMORBIDITEIT EN VERZUIM NA KANKER

Kankerpatiënten hebben naast de chronische gevolgen van de ziekte en behandeling een verhoogde kans op het ontwikkelen van comorbiditeit en een secundaire tumor, waardoor hun arbeidsvermogen in de loop der tijd kan verminderen. Kankerpatiënten hechten veel waarde aan een gezond leven en zijn door de diagnose gemotiveerd voor leefstijlveranderingen (Demark-Wahnefried et al. 2000, Ganz et al. 2006). Een gezonde leefstijl en fysieke activiteit verlagen de risico's op comorbiditeit en hebben een gunstig effect op de overleving (Holmes et al. 2005, Demark-Wahnefried et al. 2007). Gedurende alle contacten met de kankerpatiënt wordt daarom door (para)medische professionals gevraagd naar de risicofactoren voor het ontwikkelen van comorbiditeit zoals roken, ongezonde voeding, gebruik van alcohol, lichamelijke inactiviteit en overgewicht. De bedrijfsarts heeft een belangrijke rol in de preventie van het ontwikkelen van comorbiditeit bij kankerpatiënten door een gedragsverandering en een gezonde leefstijl bij werknemers te stimuleren (Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen, 2005).

Conclusies

Niveau 1	Een gezonde leefstijl en fysieke activiteit verlagen de comorbiditeit bij kankerpatiënten en hebben een positieve invloed op de overleving. <i>A2 Demark-Wahnefried, et al. 2007, A2 Holmes, et al. 2005.</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

Gedurende alle contacten met kankerpatiënt, in het bijzonder gedurende de follow up, dienen alle (para)medische professionals aandacht te besteden aan de preventie van comorbiditeit bij kankerpatiënten. Daarom wordt door alle professionals gevraagd naar de risicofactoren voor het ontwikkelen van comorbiditeit zoals roken, ongezonde voeding, gebruik van alcohol, lichamelijke inactiviteit en overgewicht.

Conclusie

Niveau 4	De projectgroep is van mening dat de begeleiding door de bedrijfsarts ook na de werkhervatting voortgezet dient te worden. De bedrijfsarts ziet de werknemer met kanker minimaal één keer per jaar. De bedoeling daarvan is om risicofactoren voor verzuim in een vroeg stadium op te sporen en uitval uit het arbeidsproces te voorkomen. De bedrijfsarts evalueert de voortgang van het werk, vraagt naar veranderingen in de individuele belastbaarheid. Ook in het werk aanwezige belemmerende factoren worden besproken. De minimale spreekuurtijd die hiervoor nodig is bedraagt 30 minuten. <i>D Mening van de projectgroep.</i>
-----------------	--

Aanbeveling

- 1. De bedrijfsarts evalueert de voortgang van het werk, vraagt naar de veranderingen in de individuele belastbaarheid en in het werk de aanwezige belemmerende factoren.**
- 2. De bedrijfsarts geeft ook voorlichting en motiveert kankerpatiënten tot een gezonde leefstijl.**
- 3. Het overleg en de afstemming met de huisarts en/of de behandelaar vormt een onderdeel van dit preventieve beleid.**

Literatuur

Demark-Wahnefried W, Peterson B, McBride C, Clipp E. Current health behaviors and readiness to pursue life-style changes among men and women diagnosed with Early stage prostate and breast carcinomas. *Cancer* 2000; 88: 674-84.

Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Lipkus IM, Lobach D, Clutter Snyder D, Sloane R, et al. Main outcomes of the FRESH START trial: a sequentially tailored, diet and exercise maille print intervention among breast and prostate cancer survivors. *J Clin Oncol* 2007; 25: 2709-18.

© NVAB. Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht, juni 2009.

Ganz PA, Kwan L, Sommerfield MR, Alberts D, Garber JE, Offit K, Lippman SM. The role of prevention in oncology practice: results from a 2004 survey of American Society of Clinical Oncology members. *J Clin Oncol* 2006; 24(18): 2948-57.

Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293: 2479-86.

Proper KI et al. Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen. *Body@Work* TNO-VUmc, 2005.

4 EVALUATIE

Net als bij andere chronische aandoeningen, vormt evaluatie van terugkeer naar werk van kankerpatiënten een vast onderdeel van de begeleiding door alle professionals.

De omvang van de evaluatie van terugkeer naar werk wordt bepaald vanuit de rol en positie die diverse (para)medische professionals vervullen ten aanzien van werk. De huisarts en de behandelaar zullen zich beperken tot algemene vragen over 'werk en werkhervatting'.

De bedrijfsarts evalueert uitgebreid gedurende alle eerder genoemde fasen die de werknemer met kanker doorloopt de gestelde doelen in relatie tot werk (-hervatting). Er wordt aandacht besteed aan de belemmerende factoren en een risicoprofiel opgesteld en geëvalueerd. Zo nodig worden passende interventies geadviseerd en in gang gezet om de belastbaarheid voor het werk te vergroten of te verbeteren. De tijdige inzet van de arbeidsdeskundige kan veel onnodig verzuim voorkomen.

5 AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

Net als andere chronisch zieken ervaren ook kankerpatiënten diverse belemmeringen in hun terugkeer naar werk. Het onderzoek naar de factoren die van belang zijn voor de werkhervatting van werknemers met kanker heeft al veel bruikbare informatie opgeleverd.

Daarnaast heeft de projectgroep tijdens het ontwikkelen van de Blauwdruk Kanker en Werk vastgesteld dat er lacunes in kennis zijn op de onderstaande terreinen.

Terreinen met lacunes in kennis

1. De rol van de leidinggevende en de werkgever.
Uit het focusgroepenonderzoek is gebleken dat er weinig grootschalig onderzoek is verricht naar de rol van leidinggevende en werkgever in relatie tot terugkeer naar werk van werknemers.
2. De huidige situatie van kankerpatiënten die aan het werk zijn.
Er zijn weinig studies die beschrijven hoe de re-integratie op de werkvloer verliep voor kankerpatiënten. Dit omvat bijvoorbeeld de vragen: hoeveel uren werken ze, wanneer zijn ze opnieuw begonnen, welke werkaanpassingen hadden ze nodig, etc.
3. Voorspellers voor terugkeer naar werk
Welke (andere) factoren zijn van belang bij werkhervatting van werknemers met kanker?
Er is behoefte aan een classificatiesysteem voor werknemers met kanker die een hoog risico lopen op langdurig verzuim of arbeidsongeschiktheid. Het tijdig signaleren van hoogrisicogroepen kan voorkomen dat werknemers met kanker die een grote kans hebben op langdurig verzuim of arbeidsongeschiktheid hulp krijgen om de terugkeer in het arbeidsproces te bespoedigen. Verder onderzoek naar de constructie en validering van screeningsvragen is gewenst.
4. Interventies om werkhervatting te bevorderen.
Er is onvoldoende literatuur over de effectiviteit van interventies om werkhervatting van werknemers met kanker te vergemakkelijken. Deze interventies kunnen zich richten op: de persoon of de omgeving.
Persoonsgerichte interventies zijn bijvoorbeeld interventies die de late effecten van de diagnose en behandeling voor kanker voorkomen of behandelen, een optimale algemene gezondheidstoestand bevorderen of onderhouden en misvattingen over werken na de diagnose en behandeling voor kanker veranderen.
Omgevingsgerichte interventies zijn bijvoorbeeld interventies die de werkomgeving aanpassen, de communicatie tussen artsen bevorderen, werkgerelateerde items toevoegen aan de follow-up zorg voor kankerpatiënten of de implementatie van anti-discriminatie wetten bevorderen. Op welk moment dienen zij ingezet te worden gedurende ziekte en herstel? Wat is de effectiviteit van deze interventies in geval van werkhervatting bij werknemers met kanker?
En tot slot
5. Er is weinig informatie over interventies die de instroom naar werk bij jongvolwassen overlevers van kanker op kinderleeftijd bevorderen.

BIJLAGE 1. AANDACHTSPUNTEN VOOR HET VERKENNEN VAN WERKGERELATEERDE PROBLEMEN VAN CHRONISCH ZIEKEN

Deze aandachtspuntenlijst is bestemd voor zorgverleners en bedoeld voor het verkennen van werkgerelateerde problemen van chronisch zieken.

Algemeen

Vraag de patiënt hoe het gaat op het werk.

Als de patiënt niet werkt vanwege de aandoening vraag dan naar knelpunten die werkhervatting belemmeren.

Als de patiënt wel werkt en aangeeft dat er problemen zijn, exploreer dan waar knelpunten en mogelijke oplossingen liggen. De volgende aandachtspunten en bijbehorende suggesties voor vragen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Zelfzorg

Bestaan er voldoende mogelijkheden om voor u zelf te zorgen op het werk?

Zijn er problemen veroorzaakt door de aandoening die u belemmeren op het werk of die werkhervatting in de weg staan?

Arbeidsomstandigheden

Geven de arbeidsomstandigheden aanleiding tot klachten? (werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk en/of woon-werkverkeer).

Communicatie met leidinggevenden

Is de leidinggevende op de hoogte van de aandoening?

Kunt u eventuele consequenties van de aandoening en de behandeling voor het werk met de leidinggevende bespreken?

Zijn aanpassingen zoals besproken met de leidinggevende gerealiseerd?

Communicatie met collega's

Zijn uw collega's op de hoogte van de aandoening en van de mogelijke consequenties voor het werk?

Houden uw collega's voldoende rekening met eventuele beperkingen?

Begeleiding hulpverlening

Krijgt u voldoende begeleiding van de bedrijfsarts bij problemen in de werksituatie?

Is er voldoende samenwerking tussen de behandelaars en de bedrijfsarts?

Krijgt u voldoende begeleiding van de huisarts, van de specialist en van andere hulpverleners?

Wordt daarbij voldoende aandacht besteed aan de gevolgen van de aandoening voor de werksituatie?

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

Bron: Detaille S, Haafkens J, van Dijk FJHI. TBV 2003;11:196-204.

BIJLAGE 2. **ANGST EN DEPRESSIE**

Angst en depressie hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten en zijn negatieve voorspellers van terugkeer naar werk. Gevoelens van angst en depressie zijn een natuurlijke reactie op de diagnose kanker zonder dat dit pathologisch is. De diagnose angst en depressie worden bij kanker en andere lichamelijke aandoeningen vastgesteld door middel van DSM IV-TR criteria. (American Psychiatric Association 2004). Depressie komt vaker voor bij kankerpatiënten dan in de algemene populatie, angst in de ernst van een psychiatrische aandoening niet.

ANGST

Signalen die wijzen op een angststoornis zijn: anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag. Van angst mag gesproken worden als een lichamelijke oorzaak van angst is uitgesloten en de angst interfereert met het dagelijks bestaan.

- ▶ Ga actief op zoek naar angst door de volgende vragen te stellen:
 - Bent u vaak angstig, bang?
 - Maakt u zich zorgen over de toekomst?
 - Bent u vaak overmatig bezorgd?
 - Maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, u zich rillerig voelt en/of benauwd?

(Zie NVAB-Richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen*)

Indien 'ja' op een van de drie volgende vervolgvragen:

- Leiden de symptomen tot belangrijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of tot duidelijk lijden?
- Doet u dingen niet meer, of doet u ze anders?
- Bent u er erg ongelukkig onder?
- Bestaat er vermijdingsgedrag?
- Bent u bang om u lichamelijk in te spannen?
- Zijn er dwanggedachten?
- Bent u bang om opnieuw weer iets aan uw lichaam te krijgen?

Bij verdenking van een angststoornis dient overleg gepleegd te worden met de huisarts en/of de behandelaar over het verder te voeren beleid. De behandeling van de angst is bevat in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen bij volwassenen.

DEPRESSIE

De diagnose depressie bij kankerpatiënten wordt gesteld volgens dezelfde systematiek van DSM-IV TR als bij de algemene populatie.

Let wel: depressie bij kankerpatiënten wordt echter slecht herkend en vaak niet adequaat behandeld.

- ▶ Zoek actief naar een depressie door te vragen naar de volgende symptomen:
 - depressieve stemming en/of duidelijke vermindering van interesse;
 - een duidelijke vermindering van plezier, naast aanvullende symptomen als;
 - gewichtsverandering (toename of afname) of eetlustverandering (toename of afname);
 - slapeloosheid of overmatig slapen;
 - agitatie of remming;
 - vermoeidheid of verlies van energie;
 - gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
 - besluiteloosheid of concentratieproblemen;
 - terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging.

In het totaal dienen minstens vijf depressiesymptomen aanwezig te zijn met aanwezigheid van in ieder geval één van de twee kernsymptomen, en daarbij in ieder geval één van de twee kernsymptomen

een periode van twee weken het merendeel van de tijd aanwezig zijn geweest en de symptomen duidelijk lijden of beperkingen in het functioneren veroorzaken, sociaal of beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen.

De diagnose depressie bij kankerpatiënten wordt verder bemoeilijkt door de aanwezigheid van diverse somatische symptomen geassocieerd met de ziekte zelf die tegelijkertijd één van de symptomen van depressie kunnen zijn en/of een depressie kunnen beïnvloeden, zoals:

- slaapproblemen
- psychomotorische remming
- verstoorde eetlust
- slechte concentratie

en

- gebrek aan energie

die eveneens tot de nevensymptomen behoren in het kader van de DSM IV TR diagnose. Ook pijnklachten of vermoeidheid compliceren het beloop van depressie.

De diverse behandelingen voor depressies zijn gevat in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen 2008 (in revisie).

BIJLAGE 3. FOCUSGROEPEN

Resultaten focusgroepbijeenkomsten

Om de wensen, voorkeuren en opvattingen van patiënten en de door hen ervaren knelpunten in de zorg te inventariseren wordt in het kader van de ontwikkeling van de richtlijnen en andere protocollen gebruik gemaakt van focusgroepen.

Belangrijke voordelen van deze methodiek zijn:

- patiënten of anderen kunnen met hun eigen woorden aangeven wat belangrijk is;
- de dynamiek van het focusgroepgesprek kan helpen om de belangrijkste thema's op het spoor te komen en vast te stellen in welke mate er sprake is van consistente en gedeelde opvattingen.

Het werken met focusgroepen kent ook enkele nadelen:

- het aantal thema's waarover kan worden gesproken is door de tijdsduur beperkt, focusgroepbijeenkomsten duren zelden langer dan 1,5 uur;
- De resultaten van een focusgroepbijeenkomst zijn moeilijk generaliseerbaar, omdat ze niet vanzelfsprekend als representatief kunnen worden beschouwd voor een bredere groep.

PATIËNTENPERSPECTIEF

Verslag focusgroep Werk en Kanker 27 september 2007

1. Bijeenkomst op donderdag 27 september van 15.30-18.00 uur ten kantore van de NFK.
2. Doel: Ervaringen van kankerpatiënten met terugkeer naar werk inventariseren. Zowel knelpunten als wenselijke situatie
3. Methode: kwalitatief d.m.v. focusgroepinterview
4. 7 respondenten: zie respondentenlijst
5. Selectie respondenten: (ex-)kankerpatiënten die na hun behandeling opnieuw gaan werken zijn of dit geprobeerd hebben. Gevarieerde groep met zowel mannen als vrouwen, jongeren en ouderen.
6. Werving respondenten: via NFK
7. Gespreksleider: Mona van de Steeg, adviseur CBO
8. Verslaglegging: Laurence Maes, beleidsmedewerker NFK

Respondentenlijst

#	M/ V	Leeftijd	Opleiding/beroep	Achtergrond
1	m	65	Nu vrijwilligerswerk Voorheen leraar	Kreeg in 1993 endeldarmkanker. Heeft nu een stoma. Heeft na behandeling nog jaren gewerkt in het onderwijs met stoma.
2	m	55	Hoofd personeelszaken. Werkt parttime	Kreeg in 1987 lymfklierkanker. Recent nog stamceltransplantatie gehad. Veel chemokuren ondergaan.
3	v	54	Zelfstandige	Kreeg in 1976 lymfklierkanker. In 2000 schildklierkanker. Heeft meerdere keren bij werkgever gereïntegreerd. Volgde met succes een behandeling voor vermoeidheidsklachten.
4	v	45	Werkloos	Kreeg twee keer kort na elkaar borstkanker. Werd ontslagen.
5	V	35	Studeert	Borstkanker (chemo, bestraling en nog steeds hormoonbehandeling). Reïntegratietraject zonder succes. Ontslagen om bedrijfseconomische redenen, nu volgt ze een nieuwe opleiding.
6	v	41	Werkt fulltime als casemanager van	Kreeg begin 2003 Kähler. Met succes behandeld, kreeg stamceltransplantatie. Is ontslagen en heeft recent

			mensen met schulden	opnieuw werk gevonden.
7	m	64 jaar	Met pensioen, voorheen bedrijfsarts	Kreeg in 1993 Kahler. Ziekte is bij hem in principe niet te genezen. Na terugkeer op werk had assistent zijn plaats ingenomen.

Wat zijn uw ervaringen / knelpunten bij terugkeer naar werk?

De ruim 2 uur durende bijeenkomst is niet integraal weergegeven. Onderstaand zijn belangrijke aandachtspunten of opvallende uitspraken weergegeven:

Rol van de arts(en)

3. Ik vond het lastig dat ik van mijn huisarts en behandelend artsen geen advies kreeg over mijn mogelijkheden. Behandelend artsen willen zelden een uitspraak doen over terugkeer naar werk. Mijn arts zei: 'Jij weet het zelf het beste', terwijl ik om advies vroeg.
6. Ik heb mijn behandelend arts nooit advies om gevraagd. Ik heb hem wel eens naar zijn ervaringen gevraagd met mensen die weer aan het werk gaan. Hij zei dat parttime meestal wel, lukt maar fulltime niet.
3. Dit is een belangrijk knelpunt, want een bedrijfsarts wil van de behandelend arts horen wat de arbeidsmogelijkheden zijn.
1. Het is ook een knelpunt bij huisartsen. Ze weten te weinig om je advies te geven. Hierdoor krijgt de bedrijfsarts weinig info van de huisarts.
2. Advies over werken is heel erg afhankelijk van de arts die je treft.
6. Mijn behandelend arts vraagt me wel telkens hoe het met werk gaat, maar hij geeft er geen advies over.
2. Ik kreeg het meeste advies van mijn ARBO-arts.
5. Bij mijn arts had ik het enkel over mijn ziekte. Ik heb nooit van mijn bedrijfsarts of specialist gehoord welk werk ik nog kon doen met een lymfoedeemarm. Als je net behandeld wordt, heb je nog contact met bedrijfsarts. Daar verwacht je toch meer informatie van. Maar na 2 jaar werd ik ontslagen en dan heb je niets meer met een bedrijfsarts te maken. De keuringsarts keurt alleen. De arbeidsdeskundige kijkt alleen naar mogelijke functies. Maar niet naar reële mogelijkheden.
1. Ik verwacht van artsen meer expertise. Zowel van bedrijfsartsen als huisartsen en behandelend artsen.
5. Ik ook.
4. Bij de verzekeringsarts wordt gekeken naar de regels i.p.v. naar het individu.
3. Bedrijfsartsen denken soms nog dat je altijd dood gaat met kanker dus wat heeft het dan voor zin om over werk te praten.
4. Mensen die ik ken met kanker willen juist zelf die ruimte om aan te geven wat ze wel of niet kunnen. Dat willen ze niet horen van de bedrijfsarts.
3. Een bedrijfsarts kan niet meedenken op het gebied van de ziekte en behandeling. Mijn bedrijfsarts en het UWV gaven advies over mijn medische behandeling. Er werd gezegd dat je een schildklier nooit moet laten opereren. Nu ik ben geopereerd en gelukkig maar.
2. Mijn keuringsarts zei onmiddellijk dat hij niet veel wist over lymfklierkanker was.

Verschillende fasen van het ziekteproces

3. In verschillende fasen van het proces heb je verschillende behoefte aan ondersteuning. In de eerste fase ben je bezig met overleven, niet zozeer met werk. In het begin wil je vooral ruimte, daarna (na diagnose en behandeling) wil je advies.
6. Ik had eigenlijk een soort reïntegratieconsulent gewild die mij zou kunnen helpen gedurende het hele traject. Iemand die mijn kon coachen. Je voelt je kwetsbaar als je net weer gaat werken.

De rol van de werkgever/leidinggevende en collega's

1. Ik kreeg gelukkig veel begrip van collega's. Alhoewel ik merkte dat ze na een jaar verwachten dat je weer gewoon werkt en er niet meer over moet praten/zeuren. Dan is er minder begrip voor beperkingen. Ik kreeg veel medewerking van mijn werkgever, mijn collega's en leerlingen.
7. Ik werkte in een groot bedrijf met veel managers. Wie zie je dan als je werkgever? Het is ook maar net wie je treft.
5. Ik werkte ook voor een heel groot bedrijf. Wie is dan mijn werkgever? Het is een wereld van verschil

of je voor een klein bedrijf of een groot bedrijf werkt.

4. Klopt, ik was het enige personeelslid. Toen ik ziek werd voelde ik me heel erg schuldig.

6. In een bedrijf met lage personeelskosten is er vaak veel mogelijk. Als ik nog bij mijn vorige werkgever gewerkt had toen ik ziek werd, hadden ze zonder moeite een goeie plek voor me gezocht, met aangepast werk en werktijden.

5. Ik werd ziek tijdens een economische crisis dus er werden al heel veel mensen ontslagen. Je bent dan nog kwetsbaarder als je ziek bent. Je hebt eigenlijk een veilige omgeving nodig om weer aan het werk te komen.

6. Ik had lieve collega's. Dat hielp me toen ik terug ging werken. Er was alleen geen toekomst daar voor me. De leidinggevenden waren heel voorzichtig met me. Ze zochten werk zonder me te overbelasten. Hierdoor kreeg ik een heel dom baantje en voelde me niet serieus genomen.

3. Ik had wel mogelijkheden om meer en minder te werken naargelang ik last had van de vermoeidheidsklachten; ik had ruimte om mijn werk in te delen. Maar als ik minder deed, bleef mijn werk liggen. Ik kon het niet doorgeven aan een ander.

1. Die mogelijkheden zijn er niet altijd. Als je buschauffeur bent kun je niet zomaar je werktijden zelf indelen. Je bent afhankelijk van een werkrooster. Sommige werkgevers weten ook niet dat ze voorzieningen kunnen treffen en dat hier subsidies voor zijn. In het geval van die buschauffeur was het noodzakelijk om bij het eindstation een nette WC te plaatsen zodat hij zijn stoma kon ledigen. De firma waar hij voor reed, wilde geen voorzieningen treffen. Ze wisten ook niet dat dit vergoed zou worden. Op mijn werk is dit onmiddellijk geregeld. Ik kreeg zelf een apart toilet. Hierdoor ben je ook rustiger op je werk want je weet dat er zich geen genante situaties kunnen voordoen.

3. Je moet inderdaad als werkgever of bedrijfsarts de regels kennen.

5. Ik werkte als consultant. Je bent dus nooit op een bedrijf, maar altijd bij klanten. Na mijn ziekte kreeg ik een nieuwe functie op het hoofdkantoor. Ik moest met name secretariële dingen doen. Alleen had ik anderhalf uur reistijd om op het hoofdkantoor te komen. Er is nooit nagedacht om daar iets voor te verzinnen, bijvoorbeeld door thuiswerken. Er werd niet meegedacht. Denken in mogelijkheden heb ik heel erg gemist.

2. Mijn werk blijft liggen als ik er niet ben. Het geeft extra druk. In overleg met mijn directe directeur is nu een waarnemend hoofd aangesteld die haar werk zodanig kan indelen dat zij het gelijk van mij kan overnemen. Er is ondersteuning voor mijn wisselende aanwezigheid. Er wordt rekening met me gehouden. Door zekerheid in te bouwen kan ik deze functie blijven uitvoeren en zinvol werk blijven doen.

2. Ik heb gemerkt dat de grote onzekerheid wanneer je niet genezen bent, lastig is. Zowel voor mezelf als mijn omgeving. Ik pakte mijn functie op en na een half jaar moest ik me alweer ziek melden voor een half jaar. Dan ben je daarna weer aan de slag en vervolgens weer wordt je weer ziek. Door mijn recidieven voelde ik me heel erg schuldig.

7. Daar is helaas niets aan te doen.

2. Nee, maar ik baal er wel van.

3. Deze situatie komt steeds vaker voor. Door de betere behandelmethodes wordt kanker een chronische ziekte met kans op recidieven. Dat zorgt voor veel onzekerheid.

2. Steeds meer mensen gaan na kanker weer aan het werk.

1. Maar de kans op recidieven kun je niet wegnemen. Het blijft een lastige zaak.

6. Je voelt je zelf wel heel vervelend en schuldig.

4. Precies. Door dat schuldgevoel ben ik twee keer nog tijdens de behandeling al gaan werken. Het was prettig geweest als iemand mij toen afgeremd had.

2. Mijn bedrijfsarts en werkgever beschermen me ook zodat ik niet te veel werk. Als ik te lang werk zegt mijn werkgever: "wordt het niet tijd om naar huis te gaan." Er zijn meerdere kankerpatiënten werkzaam bij ons. Er is veel flexibiliteit. Een collega van me wisselt haar dagen als ze een kuur krijgt.

1. Dat kan helaas niet overal en het mes kan aan twee kanten snijden. Het is geven en nemen. Straks wordt er van je geëist dat je je behandelingen alleen buiten werktijden krijgt.

5. Voor mij stond mijn behandeling op nummer 1. Daarna kwam mijn werk.

6. Ik vind werk belangrijk maar niet belangrijker dan mijn gezondheid. Ik hou rekening met ziekenhuiscontroles maar als het niet anders kan dan ga ik mijn dagen niet omruilen.

2. Het verschilt per individu. Omdat mijn werk blijft liggen moet ik door. Dat blijft een spanningsveld.

Zolang het maar geen hoogspanning wordt. Er zijn ook mensen die het omgekeerd doen, die plannen hun controles en behandelingen altijd op werkdagen.

7. Ik heb het altijd om en om gedaan, de ene keer op een werkdag en vervolgens op een vrije dag.

Samenvattend kan een werkgever meedenken in of het regelen van bijvoorbeeld:

- voorzieningen (bv apart toilet in geval van een stoma)
- aanpassen van werkzaamheden
- serieus nemen van de werknemer (bv niet 'te dom' vervangend werk)
- flexibele werktijden (bv in verband met vermoeidheid)
- reistijden / thuiswerken
- zekerheid in bouwen (overname werk door collega werk bij afwezigheid)
- beschermen / afremmen bij teveel werk oppakken
- enz.

Reïntegratie(-plan)

6. De eerste keer bij personeelszaken werd me gezegd dat ze 80 procent zouden betalen als ik de WAO bleef. Ik voelde me bijna schuldig toen ik ging werken, maar ik wilde zelf regie houden.

5. Bij mij is het reïntegratieplan gemaakt zonder mijn inbreng door de bedrijfsarts en werkgever. Dat begreep ik pas toen ik ontslagen/werkloos thuis zat en mijn dossier bekeek.

2. Mijn directeur heeft iedere 6 weken een overleg met de bedrijfsarts en daar worden alle langdurig zieken besproken. Dat is pas sinds de laatste vier jaar. Vroeger kreeg je wat briefjes van de bedrijfsarts maar door Poortwachter zit de werkgever er nu ook bovenop. Ik denk dat dit wel beter werkt.

3. In mijn tijd was het anders. Ik had altijd gevoel dat ik bij verkeerde was. Er werd geen reïntegratieplan gemaakt en ik wist nooit wie mijn aanspreekpunt nu was.

6. Ik heb het snel zelf gemaakt voor anderen het zouden doen.

3. Ik ben altijd heel snel teruggegaan naar mijn werk op arbeidstherapeutische basis.

1. Ik stuitte op onbegrip bij de bedrijfsarts. Hij wilde me volledig in de WAO, terwijl ik perse wilde werken. Dat was voor mij heel belangrijk, want als je werkt ben je gezond. Ik heb met de bedrijfsarts gepraat over terugkeer. Hij gaf toe dat hij geen enkel idee had wat een stoma nu precies was en wat het voor gevolgen had om te werken. Hoe kan hij mij dan adviseren om niet meer te werken als hij niet weet wat ik heb.

3. Ik heb op drie momenten aanspraak gemaakt op een WAO-uitkering, maar ik heb er alles aan gedaan om dit te voorkomen. Tegenwoordig is het niet meer zo. Nu moet je er alles aan doen om wel aanspraak te maken op die uitkering.

1. Klopt maar als wij destijds wel een WAO-uitkering aanvaard hadden en niet meer aan het werk waren gegaan, dan waren we nu na de herkeuring het slachtoffer geweest want dan zouden we na al die jaren alsnog moeten reïntegreren.

7. Werken was zo belangrijk voor me dat ik ook aan mijn herstel wilde werken. Het was een drijfveer voor me tijdens de behandeling. Aanvankelijk werd ik volledig afgekeurd maar ik ben toch gaan werken. Pas 12 jaar later ontdekte ik dat ik nog steeds op proef werkte, arbeidstherapeutisch dus. Dat was een klap want je collega's kijken toch anders naar je, alsof je geen volwaardige werknemer bent. Je wordt als minder gezien, terwijl je dat zelf niet door hebt.

Contact met collega's (wanneer je ziek thuis bent)?

1. Ik ben altijd open geweest over mijn ziekte. Iedereen wist dat ik darmkanker had. Wat mij opviel tijdens mijn ziekte was dat alle collega's heel betrokken waren behalve 1 collega. Dit was nochtans iemand waar ik goed contact mee had. Nadien heb ik het hier met hem over gehad. Hij vertelde me dat hij het niet aankon. Hij was bang voor de dood.

2. Als je ziek wordt zie je sommige collega's en vrienden zich terugtrekken en andere juist komen.

6. Ik onderhield zelf contact met collega's. Ik ging maandelijks koffie drinken.

1. Ik vond het waardevol dat collega's betrokken waren.

4. Het is belangrijk dat je contact houdt om de drempel bij terugkeer laag te houden. Een leidinggevende kan daar eventueel bij helpen.

3. De tweede keer heb ik niet verteld dat ik kanker had. Ik was bang voor de reacties.

5. Ik was jong en moest noodgedwongen bij mijn ouders intrekken. Dat kan je niet verbergen. Maar ik vond het wel lastig om open te zijn. Je leeftijdsgenoten zijn met carrière bezig en niet met ziekte of dood.

7. Toen ik terugkwam op het werk liep ik nog met een chemopomp. Zo was het voor iedereen wel duidelijk.

1. Openheid was voor mij een meerwaarde. Mijn stoma maakt af en toe geluid. Omdat iedereen dit weet kijkt niemand er raar van op. Soms gebeurt dit wel, bijvoorbeeld in de bioscoop. Dan schaam je je juist.

De rol van vermoeidheid, geheugenproblemen en andere klachten / gevolgen bij werkhervatting

4. Vermoeidheid was voor mij de grootste drempel.

1. Voor mij was vermoeidheid ook het grootste knelpunt.

4. Er wordt volgens mij veel te weinig rekening gehouden met vermoeidheidsklachten. Het is heel grillig. En zeer onzichtbaar.

3. Ik heb dit gelukkig niet zo ervaren. Ik had veel last van vermoeidheidsklachten en er werd mij altijd gezegd dat ik zelf het makkelijkst kon inschatten hoe veel ik kon werken. Zelfs mijn eigen huisarts en dokter wilden hier geen uitspraak over doen.

2. Ik heb gemerkt dat ik geheugenproblemen heb. Het is een soort geheugenstoornis. Af en toe heb ik een blinde vlek en plots komt het terug.

Dit is heel herkenbaar voor de andere aanwezigen.

2. Ik maak het nu zelf bespreekbaar met collega's. Ik zoek naar oplossingen, schrijf bijvoorbeeld van alles op briefjes, maar soms moet je kennis paraat hebben en dat lukt niet altijd. Is er begrip voor? Tot op zekere hoogte.

3. Maar het is ook lastig voor jezelf.

2. Het is lastig bij de uitvoering van mijn functie. Er schijnt nu meer informatie over geheugenstoornissen na kanker te zijn. Er moet meer bekendheid over komen.

5. Zeker, ook wetenschappelijke onderbouwing.

3. Ik zeg altijd: 'Er is een professor gespecialiseerd in vermoeidheid.' Dan beseffen mensen eerder dat het een serieus probleem is.

6. Mijn werktijden geleidelijk aan opbouwen hielp mij mijn vermoeidheid aan te pakken. Maar er is niet altijd veel begrip voor.

7. Ik heb geen last van geheugenproblemen. Wel van vermoeidheid maar ik heb dat nooit als een probleem ervaren.

5. Ik kan me er niet bij neerleggen, letterlijk niet. Ik ga gewoon door. Leg de lat heel hoog. Waardoor ik er extra tegenaan loop.

2. Ik kon mij er ook niet bij neerleggen en ging daarom doorwerken. Mijn werkgever laat mij nu drie dagen in plaats van vier dagen werken.

3. Werktijden zijn heel belangrijk. Ik heb 20 uur gespreid over een hele week. Ik ben bijgevolg ook een hele week bezig om 20 uur te werken.

2. Je moet in alles inleveren.

3. Daarom is het belangrijk dat je afgeremd wordt. Gelukkig is hier steeds meer kennis over.

2. Mijn nieuwe directeur heeft gelukkig snel gesignaleerd dat ik te ver ging en besprak het met me.

Solliciteren

5. Ik heb veel ervaring met solliciteren. Ik vond het 'wel of niet open zijn over de ziekte' lastig, omdat ik een zichtbare handicap heb. Wat is vervolgens je strategie: Ga je het vertellen of zeg je dat je hand gebroken hebt? Ik heb alles geprobeerd maar zonder succes.

6. Bij mij liep het vrij soepel. Ik zat in een outplacement traject. Ik heb onmiddellijk verteld dat ik kanker heb gehad. Dat was geen bezwaar. De werkgever heeft verder niet doorgevraagd. Na twee halfjaarcontracten kreeg ik een vast contract.

1. Als je je handicap verbloemd kun je toch ontslagen worden?

4. Ik ben er open over.

5. Ik ben nog steeds volledig arbeidsongeschikt, maar dat wil je toch zelf ook niet.

Regels & Informatievoorziening

3. Al die regeltjes, ik heb twee ordners met papieren. Hoe zit het, hoe vind je de weg? Al die bureaucratie. Je verwacht van bedrijfsartsen dat ze er alles van af weten maar tegelijkertijd kan je ook niet verwachten dat ze er alles van afweten. Ik verwacht van een bedrijfsarts dat hij zich in mijn situatie en ziekte verdiept, dat hij me helpt om de weg te wijzen. De informatie is er, maar waar?

2. De regels zijn zo verschillend door veranderingen dat ik de uitkeringsafschriften niet eens begrijp. Het is storend dat er bij problemen zo bureaucratisch wordt gereageerd bij het UWV en er weinig

begrip is voor het feit dat men met zieke mensen te maken heeft.

3. Een persoonlijke coach zou prettig zijn. Dat kan een oncologieverpleegkundige zijn, of een casemanager.

7. Of een specialist van de vakbond.

6. Iemand die je begeleidt. Iemand die niet bedreigend is voor je werkgever zoals een afgevaardigde van een vakbond. Eigenlijk moet je daar standaard recht op hebben.

5. Je wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Eigenlijk wil je 1 loket. Het Breed Platform Werk en Verzekerden kan hierbij ook een rol spelen.

Welke onderwerpen worden door de aanwezigen als het belangrijkste gezien?

- Het contact met collega's en werkgever. Begrip en medewerking bij reïntegratie.
- Kennis over en begrip voor late gevolgen bij kanker zoals vermoeidheid en concentratiestoornissen, maar ook voor fysieke gevolgen zoals stoma's en lymfoedeem.
- Advies van met name de behandelend arts, maar ook de huisarts en bedrijfsarts, over terugkeer naar werk. Maar ook ruimte voor eigen inbreng (afgestemd op de fase van de ziekte en de persoon).
- De rol van de bedrijfsarts: kennis en advies. Meedenken over mogelijkheden bij reïntegratie.
- Informatievoorziening; hoe vind je je weg in bv alle regels? Toegevoegde waarde van een persoonlijke coach (bv een reïntegratiecoach)
- Solliciteren: Wat zeg je wel en wat zeg je niet?

De knelpunten omtrent de communicatie werden meegenomen in de knelpuntenanalyse en uitgewerkt in de form van uitgangsvragen.

PERSPECTIEF VAN WERKGEVERS

Op 15 en 19 november 2007 hebben 2-taal bijeenkomsten plaatsgevonden met de leidinggevenden die vanuit de werkvloer affiniteit hebben met de begeleiding van medewerkers met kanker. In totaal hebben 6 leidinggevenden meegedaan aan de focusgroepen, 8 leidinggevenden hebben vragenlijsten ingevuld.

#	M/ V	Leeftijd	Beroep	Aantal "ondergeschikte n"	Werknemers bedrijf	Sector
1	V	54		25	5000	
2	M	50		14	2600	
3	M	53		14	?	
4	V	43		15	11000	
5	M	41		10	6000	
6	V	46		45	2400	
7	M	59		5	380	
8	V	?		21	400	

Samenvatting

Leidinggevenden

De rol voor de leidinggevende om het proces bij te sturen, grip op contacten met de werkvloer: koffie, op verjaardagen uitnodigen, een uurtje af en toe is waardevol.

Als leidinggevende zelf contact met zieke werknemer opzoeken, valt mee, ook over ziekte praten hoeft niet moeilijk te zijn. Interesse tonen.

Zieke medewerker rust gunnen, ruimte creëren voor ziek zijn. Van werk afhaken/verminderen.

Naar zieke medewerker goed luisteren.

Valkuil: te snel instemmen met werkhervatting. Achteraf gezien meer tijd/ruimte nodig geweest voor ziek zijn. Resultaat: te snel aan het werk/te veel taken: terugval. Niet te snel hervatten.

Als leidinggevende moet je veel vragen beantwoorden.

Contact met eigen leidinggevende: soms hard/ te zakelijk, als leidinggevende heb je te maken met menselijke aspecten, niet alleen bedrijfsvoering telt.

Contact met eigen leidinggevende afhankelijk van de positie binnen bedrijf.

Keuze tussen bedrijfseconomische belangen en menselijke aspecten kunnen lastig zijn voor de leidinggevende, ook hierbij steun nodig van de bedrijfsarts.

Als leidinggevende heb je kader nodig naar de eigen organisatie: moet er vervanging geregeld worden, gaat je functioneringsgesprekken voeren met de zieke medewerker, etc.

Bij onjuiste inschatting: achteraf het gevoel dat je de zaken als leidinggevende anders had moeten regelen. Als je als leidinggevende zelf dingen gaat uitproberen loopt je de kans om zelf overbelast te raken.

Werk

Werk als therapeutisch proces. Werk is belangrijk als afleiding, om ergens voor te kunnen leven. Nog aan het werk terwijl men al opgegeven is.

Werk is erg belangrijk onderdeel van iemand zijn leven.

Wat meetelt bij werkhervatting: voldoende hersteld? Werk en privé voldoende in balans?

Hoe doseren: flexibiliteit nodig, op goede dagen aan het werk. Flexibel invullen van taken, eigen projecten, verantwoordelijkheid niet afpakken. Als volwaardige collega beschouwen. Duidelijk aangeven dat zij meetellen.

Het is moeilijk om te doseren in de begeleiding van een medewerker met kanker; hoe dicht op elkaar zit je, hoe veel afstand houd je. Middenweg: afhankelijk van de desbetreffende medewerker. Als je iemand goed kent is makkelijker om te doseren.

Hoe regel je het op de werkvloer als leidinggevende: vervanger nemen? Tijdelijk of permanente vervanging?

Soms is het lastig om iemand in zijn/haar eigen werk te laten functioneren. In bepaalde beroepen moet je ingrijpen. Als iemand door cognitieve problemen en/of moeheid niet functioneert en fouten gaat maken moet je ingrijpen. Het blijft lastig, medewerkers kunnen zichzelf overschatten.

Hoe ermee om te gaan? Wel toetsen of iemand zijn eigen taken nog kan blijven uitvoeren. Het is nooit zwart/wit. Overleg met de bedrijfsarts kan daarbij zeker helpen. In voorkomende gevallen direct overleg met de huisarts als medewerker dat op prijs stelt. Verder bespreekbaar maken wat nog wel en niet kan, open communiceren en transparant blijven.

Ook bespreekbaar maken van de verantwoordelijkheden. De rol van de leidinggevende toelichten in het managen van verzuim.

Knelpunten op de werkvloer: niet altijd budget beschikbaar voor vervanging. Hoe lang kan je volhouden met werk naar anderen te delegeren?

Als leidinggevende heb je ook behoefte aan bevestiging, spreekwoordelijke aai over de bol, waardering is prettig. Als bedrijfsarts kan je leidinggevende het gevoel geven dat hij goed bezig is, compliment kan nooit kwaad. Als leidinggevende moet je daar zelf aan denken en je behoefte aan afstemming/waardering kenbaar maken.

In werkhervatting rekening houden met beperkingen: bv. concentratiestoornissen, moeheid. Dit wordt geleidelijk aan minder, rustig aan beginnen zonder druk. Mogelijkheden aanbieden tot flexibel werken, verlichting van de taken.

Wat wel vaak blijft is verminderde concentratie en moeheid, ook na verloop van tijd.

Aangepaste werkzaamheden aanbieden.

Bedrijfsarts

Contact met de bedrijfsarts: diverse mogelijkheden van weinig, via zieke medewerker tot veel, handig om belastbaarheid en grenzen van kunnen te weten.

Overleg met de bedrijfsarts kan helpen om beleid binnen de organisatie te verdedigen: positieve ervaringen delen met anderen van het management team, positief etiketteren.

Contacten met de bedrijfsarts zijn in het algemeen goed: wel meer kennis van de problematiek door de bedrijfsarts nodig en sturing van de werkhervatting, meer concreet advies door de bedrijfsarts, meer coaching nodig in het verzuimmanagement. Meer info nodig over: Wat betekent ziekte voor de medewerker en zijn/haar werk, belasting/belastbaarheid.

Soms ook weinig aan de bedrijfsarts; geen concrete adviezen waardoor je als leidinggevende zelf gaat uitproberen of dingen werken of niet, achteraf kan blijken dat sommige dingen voorspeld konden worden.

De bedrijfsarts is nodig om te toetsen hoe goed/slecht is het nieuws en vertaalslag te kunnen maken naar werk. Van medewerker zelf komt heel diffuus info, feiten kunnen andere kleuring/betekenis krijgen. Bedrijfsarts nodig om medische vertaalslag/kader aan te geven. Steun bij inschatting van de ernst van zaken en afstemmen van maatregelen op de werkvloer (vervangende werkzaamheden of tijdelijk niet werken, vervanging regelen).

Goede afstemming met de bedrijfsarts nodig. Terughoudend/afremmen indien te snel aan de slag.

meer info/voorlichting over kanker in zijn algemeen en omgaan met mensen met kanker.
Nodig: proactiviteit/actieve opstelling van de bedrijfsarts. Ook van de kant van de lg meer wensen/behoefte expliciteren.

Soms gaat terugkeer naar het werk vanzelf, al dan niet ondersteund door de bedrijfsarts.

Communicatie

Alles bespreekbaar maken op de werkvloer, niet altijd voldoende draagvlak onder collega's voor de zieke medewerker, in het begin wel, daarna steeds minder, medewerkers kunnen geduld verliezen voor verzoeken om werk/taken op te vangen van een zieke medewerker, dit gaat beter als iemand goed ligt onder collega's.

Wat helpt draagvlak creëren op de werkvloer: tussentijdse rapportages/berichtjes over/van de zieke collega.

Inhoud van de berichten altijd afstemmen met de betrokkene zieke medewerker, heldere afspraken tussen de lg en zieke werknemer over de inhoud en naar wie de info gaat binnen het bedrijf.

Desondanks veel misinterpretatie over wat in de berichten staat.

Angst onder collega's om contact te hebben met de zieke medewerker met kanker, collega's durven vaak niet te bellen, praten over kanker vindt men lastig.

UWV

UWV: brieven van UWV een aandachtspunt; ook bij terminale patiënten komen brieven van het UWV nog binnen.

Meer beleid op maat bij het UWV nodig. Rekening houden met het stadium van de ziekte.

Welke onderwerpen worden door de aanwezigen als het belangrijkste gezien?

Leidinggevende zelf

Actieve rol in contacten naar de werknemer, sturing/bijsturing van werkhervatting, actieve rol naar de bedrijfsarts;

Leidinggevende heeft informatie nodig over de ziekte en wat te verwachten is;

Contacten met de bedrijfsarts

Bedrijfsarts moet meer kennis hebben van de ziekte en gevolgen voor de belastbaarheid;

Sturende rol in de werkhervatting;

Inschatting van de belastbaarheid en prognose terugkeer naar werk.

Meer sturing/richtlijnen te verwachten van de bedrijfsarts;

Meer medische info nodig van de bedrijfsarts.

Werkhervatting

Inwerken/inhalen van de opgelopen kennisachterstand;

Werkaanpassingen nodig: minder werk, verlichting eigen takenpakket, andere taken, minder uren, geen/minder belastend woon- werkverkeer, thuiswerken.

Communicatie

Naar de zieke werknemer, werkvloer, eigen leidinggevenden.

Duidelijk en open communiceren naar alle betrokken partijen.

De door leidinggevenden aangegeven aandachtspunten in contacten met de bedrijfsarts, rond de werkhervatting en communicatie werden verder uitgewerkt als uitgangspunten in desbetreffende hoofdstukken.