

INHOUD

REDACTIONEEL	Werken na kanker	278
VOOR DE PRAKTIJK	Blauwdruk Kanker en werk	279
	<i>I. van Zanten-Przybysz</i>	
	Kanker door werk?	307
	<i>G. van der Laan</i>	
	Oncologieproject Hengelo	312
	<i>A.G.M. Klarenbeek, M.L.A. Broekhuizen</i>	
BOEKBESPREKING	Cellencomplex K.	280
	Handbook of Cancer Survivorship	298
ONDERZOEK	Kanker in de beroepsbevolking	281
	<i>J.L.P. Kuijpers</i>	
	Werkhervatting bij kanker	285
	<i>I. van Zanten-Przybysz et al.</i>	
	Terugkeer naar werk na behandeling voor kanker	292
	<i>A.G.E.M. de Boer et al.</i>	
PROEFSCHRIFTBESPREKING	Taina Taskila	291
	Anne May	321
COLUMN	Moe is niet lui door Karin Bodewes	299
OPINIE	Kanker, werkhervatting en de bedrijfsarts	300
	<i>J. Verbeek</i>	
	Kanker en werk; onderbelicht in de spreekkamers	303
	<i>C.A. de Cock, I. van Zanten-Przybysz</i>	
INTERVIEW	Met twee kankerpatiënten	316
	<i>L.M. Maes</i>	
AGENDA		319
TBV IN OUTLINE		319
VERENIGINGSNIEUWS	NVAB	321
	NVVG	322

Dit themanummer van TBV kwam tot stand onder redactie van:

I. (Iwona) van Zanten-Przybysz, projectleider 'Kanker en Werk' bij het Kwaliteitsbureau NVAB te Utrecht

A.G.E.M. (Angela) de Boer, universitair docent bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam

L. (Laurence) Maes, beleidsmedewerker maatschappelijke participatie bij de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties te Utrecht

R.G.P.M. (Rulanda) van Kruysbergen, redacteur *TBV*

A.N.H. (André) Weel, redacteur *TBV*

Werken na kanker: werknemers tevreden?

A.N.H. Weel, I. van Zanten-Przybysz, R.G.P.M. van Kruysbergen

‘Vindt u het terecht, dat kankerpatiënten die herbeoordeeld zijn, niet tevreden zijn over de beoordeling en de bejegening door de verzekeringsarts?’ vroeg Hannie van Leeuwen van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntorganisaties (NFK), tevens lid van de Eerste Kamer, aan de deelnemers van het TBV-congres 2006.

Wat was de achtergrond van deze vraag? De NFK had in 2005 een meldactie georganiseerd. Bijna 750 mensen hadden gereageerd.

De meerderheid van de respondenten had kritiek op de herbeoordeling. Die kritiek richtte zich voornamelijk op de verzekeringsarts en luidt samengevat als volgt: Na kanker blijft een grote groep mensen lijden aan vermoeidheid die het dagelijks functioneren belemmert. Veel verzekeringsartsen negeren deze vermoeidheid volledig bij hun herbeoordeling. Re-integratietrajecten verlopen moeizaam of vinden helemaal niet plaats. De voorlichting over re-integratie schiet tekort.

Het is al te gemakkelijk om deze uitkomsten af te doen als vertekening door selectie van de respondenten. De uitkomsten hebben een sterke signaalwaarde. Werknemers met kanker voelen zich niet begrepen, vooral waar het hun vermoeidheidsklachten betreft. Vermoeidheid na kanker is een extreme vorm van vermoeidheid. Ze komt plotseling op, is extreem en lijkt op uitputting. De herstelperiode is langer dan normaal.

Hoe vullen bedrijfsartsen hun rol in bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers met kanker? Worden zij tijdig genoeg ingeschakeld? Of leeft er bij bedrijven en ‘case-managers’ nog de misvatting dat ‘echte zieken’ niet naar de bedrijfsarts hoeven? Dat zou een gemiste kans voor de re-integratie zijn.

Dit nummer van *TBV* is geheel gewijd aan kanker en werk. De prevalentie van werknemers die kanker hebben of gehad hebben, zal de komende decennia verder toenemen. Door stijgende incidenties van kankervormen die nu al veel voorkomen, zoals borstkanker, door effectievere behandelvormen en door langere overleving. Een vergrijzende beroepsbevolking, die bovendien langer doorwerkt, draagt daar ook aan bij. Kanker gaat steeds meer lijken op aandoeningen als diabetes, COPD en hart- en vaatziekten.

Volledig herstel is goed mogelijk, maar lang aanhoudende vermoeidheid zal het beeld blijven bepalen. Tot ergernis misschien van bedrijfs- en verzekeringsarts, die er geen vinger achter kunnen krijgen. Maar vooral tot wanhoop van de patiënt. Zoals Karin Bodewes het in haar column uitdrukt: ‘Geef me energie en ik ben wég uit de regelingen, daar heb ik de hijgende adem van de maatschappij in mijn nek niet voor nodig.’

Waar moet het dan heen? Kunnen verzekerings- en bedrijfsartsen dan helemaal geen bijdrage leveren aan een oplossing?

Gelukkig wel. Er wordt volop aan gewerkt. Het Oncologieproject Hengelo biedt een aanlokkelijk perspectief, maar stelt ook hoge eisen aan de deskundigheid van de betrokken verzekeringsarts. En er zijn initiatieven waar de bedrijfsarts naast de oncoloog gaat zitten en tijdens de chemo- en radiotherapie meekijkt en meepraat over de behandeling en het herstel. Een eerste stap in de richting van geïntegreerde zorg.

Het kan ook anders lopen. Sommige patiënten komen als andere mensen uit het behandelings- en herstelproces. Zij willen hun vroegere stijl van leven en werken niet meer oppakken. Maar zij willen wel blijven participeren door middel van zinvolle activiteiten. Vrijwilligerswerk kan dan een optie zijn. Maar is dat economisch te realiseren? Beleidsmakers filosoferen over een *tweede arbeidsmarkt* voor mensen met een chronische aandoening, maar hiervoor is in Nederland nog onvoldoende politieke wil aanwezig.

Als er bij ‘einde wachttijd’ sprake is van 35% of meer arbeidsongeschiktheid én duurzaamheid, komt de IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) in beeld. Maar bij een substantieel aantal van de kankerpatiënten met een lang en gecompliceerd behandeltraject is bij ‘einde wachttijd’ nog geen eindtoestand bereikt en kan er nog van alles ten goede veranderen. Mensen die nog behandeld worden, horen dan ook niet in de IVA, maar in de WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten), juist vanuit de mogelijkheid van toename van belastbaarheid en kansen voor terugkeer in het arbeidsproces. Vermoeidheid na kanker is gelukkig behandelbaar. Zolang de behandeling voortduurt, kan de WGA als paraplu fungeren.

Blauwdruk Kanker en Werk: handvat voor richtlijnontwikkeling én praktijk

I. van Zanten-Przybysz

De aanleiding voor het themanummer is het multidisciplinaire project Kanker en Werk dat het afgelopen anderhalf jaar door het Kwaliteitsbureau NVAB in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO werd uitgevoerd.

Het doel van het project is het opstellen van een blauwdruk die handvatten moet bieden voor zowel richtlijnontwikkelaars van oncologische richtlijnen, als voor medische professionals die in de dagelijkse praktijk betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van (ex-)kankerpatiënten. De bedoeling is dat de factor arbeid structureel aan de orde komt in de nieuwe en te herziene oncologische richtlijnen en dat alle professionals vanaf de diagnose meer aandacht besteden aan het maatschappelijk functioneren en participeren van hun patiënten.

De Blauwdruk Kanker en Werk is opgesteld door de leden van de kerngroep (NFK, Coronel Instituut, CBO, NVAB) met ondersteuning van de leden van de projectgroep afgevaardigd door de volgende beroepsverenigingen: de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO), de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO), de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen (VvOV), de Werkgroep Oncologische Gynaecologie van de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Gynaecologie, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), Herstel & Balans[®], VNO-NCW en het Breed Platform Verzekerden & Werk.

Tijdens de bijeenkomsten van de kern- en projectgroep werd gewerkt aan onderwerpen die de basis vormen voor de Blauwdruk en voor het Achtergronddocument. Daarnaast werden focusgroep-

gesprekken gehouden met kankerpatiënten en leidinggevenden. Hun input werd meegenomen in het formuleren van de uitgangsvragen en het formuleren van aanbevelingen. De uitgangsvragen werden beantwoord door middel van een systematisch literatuuronderzoek. De input vanuit de focusgroepen is de basis voor een van de artikelen in dit themanummer (A.G.E.M. de Boer et al.) en voor één van de hoofdstukken van het Achtergronddocument dat later dit jaar op de NVAB-site en de site van Oncoline zal worden gepubliceerd.

Een onderdeel van het project vormde de praktijktest met een concept van de Blauwdruk. Daarnaast werd de concepttekst voor commentaar aangeboden aan beroepsverenigingen betrokken bij dit project (zie hiervoor). Deze input werd geanalyseerd door de kerngroep en de projectgroep en de relevante aanbevelingen worden verwerkt in de definitieve versie die dit najaar gereed zal zijn. Het project wordt feestelijk afgesloten met een *invitation conference* op 31 oktober 2008. De samenvatting van de definitieve versie van de Blauwdruk Kanker en Werk wordt in één van de volgende nummers van dit tijdschrift gepubliceerd.

De Blauwdruk is opgebouwd uit twee delen, een deel voor richtlijnontwikkelaars en een deel voor professionals in de praktijk. Het deel voor de ontwikkelaars van oncologische richtlijnen 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 richtlijn over kanker. Dit deel bestaat uit:

- een handleiding hoe om te gaan met de gegevens uit de Blauwdruk;
- een stappenplan voor de implementatie van de factor arbeid in de oncologische richtlijnen;
- 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, communicatie met en rond kankerpatiënten en aanbevelingen met betrekking tot revalidatie bij kanker.

Het deel voor de professionals in de praktijk is opgebouwd aan de hand van de fasen die de patiënt met kanker doormaakt, namelijk: diagnostiek, behandeling en herstel, re-integratie en follow-up, die elkaar deels in de tijd overlappen. Voor elke fase wordt beschreven welke implicaties er zijn met betrekking tot het thema 'werk en werkhervatting' en welke acties de verschillende actoren in die fase zouden moeten ondernemen op basis van de evidence en de consensus in de projectgroep. Daarna volgt per beroepsgroep een samenvatting van die acties.

We hopen dat de Blauwdruk in de toekomst met succes zal worden gebruikt door zowel richtlijnontwikkelaars als medische professionals.

DANKWOORD

Het project Kanker en Werk werd mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van de Stichting Instituut GAK.

PERSONALIA

Mevr. dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybysz is bedrijfsarts en projectleider van het project Kanker en Werk, Kwaliteitsbureau NVAB.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: i.vanzanten@nvab-online.nl.

LEDEN VAN DE KERNGROEP

Mevr. dr. A. (Angela) de Boer, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid

Mevr. drs. L (Laurence) Maes, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Mevr. dr. K. (Kitty) Rosenbrand, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, CBO

Mevr. dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybysz, Kwaliteitsbureau NVAB (projectleider)

BOEKBESPREKING

Cellencomplex K.

Karin Bodewes-Léger. Soest: Boekscout.nl, 2007. ISBN: 978 90 8834 104 5. Prijs € 18,95.

Cellencomplex K. is een luchtig en bij wijlen licht ironisch geschreven boek over de lotgevallen van een moeder met borstkanker.

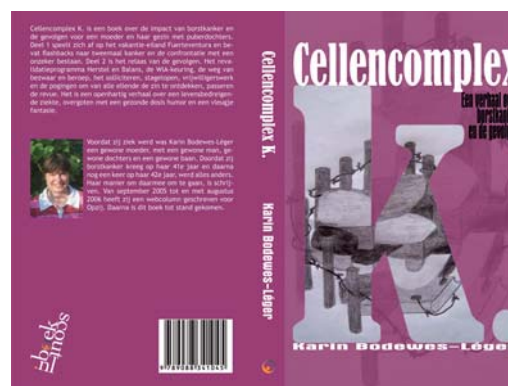
Karin Bodewes krijgt twee keer kort na elkaar borstkanker, op haar 41^e en haar 42^e. Karin is op dat moment een jonge moeder die volop in het leven staat.

Het krijgen van kanker veranderde haar leven drastisch. In deel I van haar boek beschrijft Karin de medische mallemolens waar ze doorheen gaat. Niet één keer, maar twee keer, samen met haar man en twee puberdochters. Ze vecht en ze overleeft. Helaas verliest ze tijdens dit gevecht wel haar baan.

Na de kanker komt het leven als ex-kankerpatiënt. Als je 'gezezen' verklaard wordt, hoor je de draad weer op te pakken. In deel II van het boek vertelt Karin over haar revalidatie en re-integratie, over vermoeidheid en de draad weer oppakken. Volgens UWV kan ze weer volledig aan de slag. Karin wil ook niets liever maar de vermoeidheid speelt haar parten, bovendien is het een stuk lastiger om een baan te vinden als ex-kankerpatiënt. In korte hoofdstukken beschrijft

Karin de strijd die ze voert tegen de WIA-keuring, tegen werkgevers die niet op haar zitten te wachten, tegen wetten en regels. Om de balans in haar leven terug te vinden besluit ze het programma *Herstel & Balans* te volgen. Daar leert ze om haar grenzen te bepalen en haar werkzaamheden goed te plannen. Maar meer nog dan dat vindt ze herkenning en erkenning bij de lotgenoten die deelnemen aan het programma. Samen delen ze hoop en angst. Want kanker is niet meer uit hun leven weg te denken.

Laurence Maes



Kanker in de beroepsbevolking: aantallen en trends

J.L.P. Kuijpers

Naar verwachting zullen het aantal nieuwe gevallen van kanker en het aantal personen dat in leven is na te zijn behandeld voor kanker, de komende decennia toenemen,¹ ook in de beroepsbevolking. Bedrijfs- en verzekeringsartsen, werkgevers en collega's zullen in toenemende mate geconfronteerd worden met werknemers die na behandeld te zijn voor kanker, (willen) terugkeren naar betaald werk. De huidige wet- en regelgeving, zoals de Wet verbetering poortwachter (WVP) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), stimuleren dit ook.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de aantallen en de verwachte trends van personen met kanker in de beroepsbevolking in Nederland. Er is vooral gebruikgemaakt van gegevens uit het rapport 'Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag' van de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding² en van gegevens van de kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), te Eindhoven, en de Nederlandse Kankerregistratie (www.ikc-net.nl).

INCIDENTIE EN PREVALENTIE IN DE BEROEPSBEVOLKING

Kanker is een ziekte die vooral op oudere leeftijd optreedt: bij vrouwen neemt de incidentie geleidelijk toe met de leeftijd, bij mannen is er een sterke stijging vanaf de middelbare leeftijd. In de beroepsbevolking (alle 10 miljoen personen van 15 t/m 64 jaar, waarvan 70% een betaalde baan heeft (www.cbs.nl)) komt kanker relatief weinig voor: van de in 2003 37.496 nieuw gediagnosticeerde gevallen bij mannen waren er 13.822 (37%) bij mannen van 15-64 jaar; bij vrouwen waren dat er 14.661 van de 35.692 (41%). De incidentie van kanker in de beroepsbevolking is dan 276/100.000/jaar bij mannen en 293/100.000/jaar bij vrouwen; dit betekent dat er jaarlijks bij ongeveer 1 op de 362 mannen en 1 op de 341 vrouwen kanker wordt gediagnosticeerd.

De verdeling van de typen kanker in de beroepsbevolking is verschillend van die in de algemene bevolking: testiscarcinoom komt vooral voor bij jonge mannen (96% van alle nieuwe gevallen komt voor <65 jaar). Ook het melanoom, en het hodgkin- en non-hodgkinlymfoom komen bij mannen op jongere leeftijd voor. Voor vrouwen geldt dat borstkanker, schildklierkanker, hodgkin-

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de aantallen en de trends tot 2015 in Nederland van personen met kanker in de beroepsbevolking. In 2003 was de incidentie van kanker in de beroepsbevolking 276/100.000/jaar voor mannen en 293/100.000/jaar voor vrouwen. In totaal ging het om 28.500 nieuwe tumoren. Bij mannen komen prostaat- en longkanker, colorectale tumoren en melanoom het meeste voor, bij vrouwen borstkanker, longkanker, colorectale tumoren en melanoom. De prevalentie is relatief hoog in de beroepsbevolking: 1 op de 79 mannen (1,3%) en 1 op de 38 vrouwen (2,6%) was in 2005 bekend met een eerdere diagnose kanker. In totaal gaat het om 191.500 personen. Kanker bij kinderen <15 jaar is zeldzaam: 400 nieuwe gevallen per jaar. De overlevingskansen zijn goed, maar ongeveer driekwart heeft blijvende beperkingen of chronische aandoeningen. Naar verwachting zullen de incidentie en overleving van kanker bij kinderen het komende decennium gering stijgen. In de periode 2000-2015 zal de incidentie van kanker bij mannen van 15-64 jaar gelijk blijven, bij vrouwen is er een toename die vooral te wijten is aan borstkanker. De verwachting is dat de incidentie van maagkanker en de incidentie van longkanker alleen bij mannen zullen afnemen en dat vooral de incidentie van borstkanker fors zal stijgen. De prevalentie bij mannen stijgt met 57% en bij vrouwen met 97%. Het aantal personen dat na behandeling voor kanker terugkeert op de werkvloer, zal het komende decennium sterk stijgen. Aandacht voor beïnvloedbare risicofactoren blijft noodzakelijk.

lymfoom en melanoom op jongere leeftijd relatief veel voorkomen. In tabel 1 staat een overzicht van de meest voorkomende typen kanker bij mannen en vrouwen in de beroepsbevolking.

De prevalentie is afhankelijk van de incidentie (aantal nieuwe gevallen) en de overlevingskansen (bij een goede prognose is de prevalentie hoog). In 2005 was de geschatte prevalentie (tabel 2):¹

- 300/100.000 bij mannen 15-34 jaar,
- 1.680/100.000 bij mannen 35-64 jaar,
- 330/100.000 bij vrouwen 15-34 jaar en
- 3.600/100.000 bij vrouwen 35-64 jaar.

In absolute aantallen gaat het dan om 63.600 gevallen bij mannen en 127.900 bij vrouwen.¹ Dit betekent dat 1 op de 79 mannen (1,3%) en 1 op de 38 vrouwen (2,6%) in de beroepsbevolking bekend was met een eerder vastgestelde kanker. Vergeleken met de incidentie is er sprake van een relatief hoge prevalentie van kanker in de beroepsbevolking. Dit kan verklaard worden doordat de typen kanker op jongere leeftijd vaak een goede prognose hebben (zoals testis- of schildklierkarcinoom, hodgkinlymfoom,

**KANKER EN WERK,
INCIDENTIE,
PREVALENTIE,
BEROEPSBEVOLKING,
BORSTKANKER**

Tabel 1

Overzicht van de typen van kanker die het meest voorkomen in de beroepsbevolking (15–64 jaar, mannen en vrouwen afzonderlijk)

	Incidentie 2003 (absolute aantallen) [#]	Percentage van totaal*	Trend- incidentie**	5-jaars- overleving (%)	Trend- overleving**	Trend- prevalentie**	Opmerkingen
Mannen							
prostaatkanker	2075	26,3	↑↑	83	=	↑↑	Effect PSA-screening, vooral >60 jaar
longkanker	1991	32,5	↓	17	=	↓	Daling door minder rokers
colorectaal carcinoom	1791	34,7	↑	58	=	↑	Overgewicht als risicofactor
melanoom	810	69,2	↑	75–83	=	↑↑	Risicofactor beïnvloedbaar
non-hodgkinlymfoom	665	50,2	=	62–81	=	↑	–
testiscarcinoom	516	96,3	↑	95	=	↑↑	Overleving blijft zeer goed
Vrouwen							
borstkanker	7171	61,4	↑	83	↑	↑↑	Effect bevolkingsonderzoek
longkanker	1466	50,8	↑	17	=	↑↑	Stijging door meer rokers
colorectaal carcinoom	1452	30,6	↑	60	=	↑	Overgewicht als risicofactor
melanoom	1230	72,4	↑	92–95	=	↑↑	Risico beïnvloedbaar
corpus utericarcinoom	771	47,6	↓	89	=	↑	–
ovariumcarcinoom	556	50,7	↑	52	↑	↑	–

[#] Bron: www.ikc-net.nl.

* Percentage van totale aantal alle leeftijden in 2003.

** ↑ toename ≤ 50%; ↑↑ toename > 50%; = gelijkblijvend; ↓ afname.

huidkanker), in een vroeger stadium ontdekt zijn (bijv. via het bevolkingsonderzoek op borstkanker), intensiever behandeld worden en er geen comorbiditeit is (comorbiditeit: een of meer bijkomende ziekten die een invloed (kunnen) hebben op behandeling en/of overleving) (zie ook tabel 1).^{1,2}

TRENDS BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Kinderen en adolescenten horen nog niet bij de beroepsbevolking, maar omdat de overlevingskansen relatief goed zijn en nog steeds langzaam toenemen zullen veel ex-patiënten toch de arbeidsmarkt betreden. In Nederland werd in 2003 bij 223 jongens en bij 161 meisjes <15 jaar kanker gediagnosticeerd. Het gaat dan vooral om leukemie ($n = 147$), nierkanker (Wilms' tumor; $n = 31$), lymfomen ($n = 50$), sarcomen en hersentumoren

(www.ikc-net.nl). De overleving van patiënten met kanker op jonge leeftijd is de afgelopen decennia verbeterd: de 5-jaarsoverleving van kinderen van 0–14 jaar is voor jongens 75% en voor meisjes 78% (alle kankers); voor adolescenten geldt dat de 5-jaarsoverleving bij jongens 79% is en bij meisjes 75%.^{1,3,4} Een groot deel van de langdurig overlevers heeft echter restklachten en -beperkingen: in driekwart van de gevallen zijn er een of meerdere klachten, aandoeningen en/of beperkingen die te relateren waren aan de kanker zelf, maar ook aan de effecten en bijwerkingen van de behandeling.^{5,6} Het betreft dan vaak invaliderende neurologische, cardiale, pulmonale en orthopedische beperkingen. De verwachting is dat het aantal kinderen met kanker de komende jaren gering zal toenemen.^{1,3} Door de intensieve en geprotocolleerde behandeling is het te verwachten dat de overleving nog gering toeneemt, maar dat tevens het aantal en de aard van de restklachten en -beperkingen hoog blijft.

TRENDS IN DE BEROEPSBEVOLKING

In de periode 2000–2015 blijft het absolute aantal nieuwe gevallen van kanker bij mannen en vrouwen van 15–34 jaar min of meer gelijk.¹ Bij mannen van 35–64 jaar is het de verwachting dat het aantal nieuwe gevallen min of meer stabiel blijft; bij vrouwen van 35–64 jaar zal er een toename zijn met 33%. Een groot deel van deze toename is het gevolg van nieuwe borstkankers (van 7.668 nieuwe gevallen in 2000 naar 11.300 in 2015). De prevalentie zal tot 2015 zowel bij mannen als

■ In de beroepsbevolking blijft de komende jaren de incidentie van kanker gelijk, maar de prevalentie stijgt fors.

■ Aandacht voor risicofactoren, zoals roken, is ook op de werkplek nodig.

■ Bedrijfsartsen krijgen steeds meer te maken met personen die behandeld zijn voor kanker en weer aan het werk gaan.

■ Tot 2015 neemt de incidentie van borstkanker toe met 28%; de prevalentie stijgt met 63%

Tabel 2

Waargenomen incidentie en prevalentie in 2000 en berekende incidentie en prevalentie in 2005, 2010 en 2015 van alle typen kanker voor mannen en vrouwen van 15 t/m 64 jaar, in absolute aantallen¹

	2000		2005		2010		2015	
	incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie
Mannen	12.900	51.870	14.600	63.590	14.580	75.150	14.650	81.400
Vrouwen	15.500	97.150	18.550	129.930	19.400	161.050	20.350	191.500
Totaal	28.400	149.020	33.150	193.520	33.980	236.200	35.000	272.900

bij vrouwen stijgen; een overzicht staat in tabel 2. De prevalentie bij mannen van 15–34 jaar stijgt met 52%, bij mannen van 35–64 jaar met 58% en bij vrouwen van 15–34 jaar met 45% en bij vrouwen van 35–64 jaar met 101%. In tabel 1 staan de verwachte trends voor de meest voorkomende typen kanker vermeld.

Voorbeelden voor het verwachte verloop van incidentie en prevalentie zijn borstkanker en testiscarcinoom. Het aantal vrouwen van 25–69 jaar met een nieuwe diagnose borstkanker neemt toe van 9.000 in 2005 tot 11.500 in 2015 (28% toename) en de prevalentie stijgt fors met 63% tot 122.500 in 2015.¹ Het aantal nieuwe patiënten met testiscarcinoom zal toenemen met 36% tot 750 in 2015; het aantal mannen in leven met de diagnose testiscarcinoom stijgt met 34% tot 8.300 in 2015.¹

Er zijn ook voorbeelden van kankers met dalende incidentie en prevalentie. Het gaat hierbij om typen waarbij het gelukt is risicofactoren te beïnvloeden (longkanker en strottenhoofdkanker zijn gerelateerd aan roken, maagkanker aan een langdurige infectie met *Helicobacter pylori*).^{7,8} Bij mannen van 35–64 jaar verwacht men een daling van het aantal nieuwe gevallen van longkanker met 21% tot 1.500 in 2015 en bij strottenhoofdkanker een halvering tot 115 nieuwe gevallen.¹ De prevalentie van longkanker bij mannen van 35–64 jaar zal gering dalen van 4.100 in 2005 naar 3.800 in 2015; voor strottenhoofdkanker blijft dat de prevalentie gelijk rond 1.520.¹ Ook de incidentie en prevalentie van maagkanker zullen dalen: van 560 nieuwe gevallen in 2005 naar 325 in 2015 en het aantal personen in leven neemt af van 1.750 naar 1.475.¹ De afname van maagkanker is gerelateerd aan de introductie van de behandeling met antibiotica van gastritis en maagulcera.⁸

BESCHOUWING

In het voorgaande is een overzicht gegeven van de huidige en de verwachte aantallen van kanker bij personen in de beroepsbevolking in Nederland de komende jaren. De verwachting is dat de incidentie, maar vooral de prevalentie van de meeste typen kanker stijgen.

Bij de gepresenteerde getallen dienen enkele

kanttekeningen geplaatst te worden. De berekeningen zijn gebaseerd op verwachtingen wat betreft de opbouw van de beroepsbevolking (geleidelijke vergrijzing), op verwachte trends in risicofactoren en -gedrag, op effecten van vroege opsporing (zoals georganiseerde screening in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker of opportunistische PSA-screening) en betere diagnostiek en behandeling (toename protocollering en centralisatie). De cijfers in dit artikel hebben betrekking op de periode t/m 2015; voor de langere termijn zijn de voorspellingen niet betrouwbaar, maar een aantal trends zal zich vermoedelijk voortzetten (zoals de daling van longkanker bij mannen en de afname van maagkanker).

De prevalentie van kanker in de beroepsbevolking is 1,3% bij mannen en 2,6% bij vrouwen en zal de komende jaren toenemen. Vergeleken met andere aandoeningen in de beroepsbevolking is de prevalentie laag of vergelijkbaar (depressie 4,2% bij mannen, 7,2% bij vrouwen; diabetes 2,8% bij mannen, 2,1% bij vrouwen; coronaire hartziekten 2,5% bij mannen, 2,0% bij vrouwen; hypertensie 27% bij mannen, 22% bij vrouwen (www.rivm.nl/vtv)).^{9,10}

Bij tumoren zoals long-, maag- en huidkanker, larynxcarcinoom en colorectale tumoren spelen beïnvloedbare risicofactoren en -gedrag een rol. Bij de preventie van deze tumoren kunnen beleidsmaatregelen en voorlichting invloed hebben op de incidentie op langere termijn. Ook de bedrijfsarts kan hierin een rol spelen: het risico op longkanker kan verkleind worden door het invoeren en handhaven van een stringent rookbeleid op het werk, vermindering aan blootstelling aan carcinogenen in uitlaatgassen, handhaving van een streng asbestbeleid, enzovoort. Bij colorectale tumoren, waar een relatie met inactiviteit en overgewicht wordt verondersteld, kunnen lifestyle-interventies zinvol zijn.¹¹ Mogelijk geldt dit ook voor borstkanker in relatie met langdurig werken in nachtdienst.^{12,13}

Samengevat geldt dat de incidentie van kanker in de beroepsbevolking nu laag is, maar het komende decennium zal toenemen. De prevalentie is relatief hoog en zal als gevolg van een toename van nieuwe gevallen, maar vooral door een bete-

re prognose, door eerdere detectie, geprotocolleerde behandeling en aandacht voor late effecten van behandeling, nog verder toenemen. De bedrijfsarts en werkgever dienen bij werkhervatting rekening te houden met restklachten en -beperkingen en complicaties op de langere termijn.

Mevrouw dr. L.V. v.d. Poll-Franse, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Zuid, Eindhoven, verstrekte informatie voor dit artikel.

LITERATUUR

1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Amsterdam: Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelmina Fonds, 2004.
2. Janssen-Heijnen ML, Maas HA, Lemmens VE, et al. Samenhang van leeftijd en comorbiditeit met therapie en overleving bij patiënten met kanker in Noord-Brabant en Noord-Limburg, 1995-2001. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149: 1686-1690.
3. Pritchard-Jones K, Kaatsch P, Stellarova-Foucher E, et al. Cancer in children and adolescents in Europe: developments over 20 years and future challenges. Eur J Cancer 2006; 42: 2183-2190.
4. Gatta G, Capocaccia R, Stiller C, et al. Childhood cancer survival trends in Europe: a EUROCARE working group study. J Clin Oncol 2005; 23: 3742-3751.
5. Geenen MM, Cardous-Ubbink MC, Kremer LCM, et al. Medical assessment of adverse health outcomes in long-term survivors of childhood cancer. JAMA 2007; 297: 2705-2715.
6. Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. N Engl J Med 2006; 355: 1572-1582.
7. Soerjomataram I, Vries E de, Pukkala E, Coebergh JW.

Excess of cancers in Europe: a study of eleven major cancers amenable to lifestyle change. Int J Cancer 2007; 120: 1336-1343.

8. Vries AC de, Meijer GA, Looman CW, et al. Epidemiological trends of pre-malignant gastric lesions: a long-term nationwide study in the Netherlands. Gut 2007; 56: 1665-1670.
9. Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 2453-2460.
10. Jager-Geurts MH, Peters RJG, Dis SJ van, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag, Nederlandse Hartstichting, 2006.
11. Samanic C, Chow WH, Gridley G, et al. Relation of body mass index to cancer risk in 362,552 Swedish men. Cancer Causes Control 2006; 17: 901-909.
12. Schernhammer ES, Laden F, Speizer FE, et al. Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study. J Natl Cancer Inst 2001; 93: 1563-1568.
13. Gezondheidsraad. Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband? Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publ. nr 2006/15.

Belangenconflicten: geen gemeld

Financiële ondersteuning: niet gemeld

PERSONALIA

Dr. J.L.P. Kuijpers is arts maatschappij & gezondheid en bedrijfsarts bij de Arbo Unie Zuidoost-Nederland in Eindhoven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.L.P. Kuijpers, Arbo Unie Zuidoost-Nederland, Postbus 9727, 5602 LS Eindhoven.

E-mail: hans.kuijpers@arbounie.nl

AANKONDIGING

Het Centrum voor Arbeid en Gezondheid (CAGA) van het Jan van Breemen Instituut organiseert het congres:

Kanker en Arbeid

Datum: vrijdag 10 oktober 2008

Plaats: Jan van Breemen Instituut, Dr. Jan van Breemenstraat 2, 1056 AB Amsterdam.

Onder de 12 sprekers bevinden zich ervaringsdeskundigen, bedrijfsartsen, onderzoekers, een verzekeringsarts, een revalidatiearts, een psycholoog en een verpleegkundige.

Meer informatie is te vinden op: www.janvanbreemen.nl.

Werkhervatting bij kanker: wetenschappelijk onderbouwd

I. van Zanten-Przybysz, A.G.E.M. de Boer, E.E. ten Berge, A.L.J. Uitterhoeve, M. Bannink, B.C.M. Gijzen, G. Vreugdenhil

Ruim 400.000 mensen leven in Nederland met kanker. Jaarlijks wordt de ziekte bij 70.000 mensen gediagnosticeerd. De verwachting is dat de incidentie van kanker tot 2015 met 40% en de prevalentie met 90% zal toenemen. De perceptie van kanker als ziekte is veranderd in de laatste decennia. Kanker heeft een chronisch karakter gekregen en de prevalentie daarvan is vergelijkbaar met andere veel voorkomende chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, depressie, enzovoort. De prevalentie van kanker bij vrouwen ligt hoger dan bij mannen.¹

Kankerpatiënten hechten groot belang aan terugkeer naar werk en economische zelfstandigheid. Op individueel niveau betekent dit vaak de bevestiging compleet hersteld te zijn van de ziekte² en terugkeer naar het normale leven.³ Toch lukt het niet meer dan de helft van de kankerpatiënten terug te keren naar werk.^{4,5}

De centrale vraag in dit artikel is: wat zijn de voorspellende factoren in de terugkeer naar werk? Het zijn met name de langetermijneffecten van kanker en de behandeling die de kankerpatiënt parten spelen,^{6,7} zoals fysieke beperkingen, vermoeidheid, angst, depressie en cognitieve problemen. Genderspecifieke aspecten spelen daarbij een belangrijke rol. Daarnaast zijn er in het werk gelegen factoren die van invloed zijn op de werkhervatting. Door het anticiperen op een aantal van deze factoren en het onderkennen van de kwetsbaarheid van deze patiëntenpopulatie kunnen interventies ingezet worden die de terugkeer naar werk voor kankerpatiënten kunnen vergemakkelijken.

STRATEGIE LITERATUURONDERZOEK

Om de voorspellende factoren in de terugkeer naar werk te onderkennen werd zo veel mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare informatie uit 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). U kunt de zoekstrategie vinden op de TBV-website (www.tbv-online.nl).

Voor de voorspellers voor een voorspoedige terugkeer naar werk na de diagnose en de behandeling voor kanker is er in eerste instantie gekeken naar eerdere overzichtsartikelen over dit onderwerp.^{2,8} Deze overzichtsartikelen omvatten respectievelijk 14 en 12 studies. Daarna is er een nieuw literatuuronderzoek uitgevoerd dat 10 nieuwe artikelen opleverde, waarvan 4 een positieve voorspeller beschreven.

Bij de beschrijving van de meest voorkomende gevolgen van kanker, zoals fysieke beperkingen, vermoeidheid, angst, depressie, cognitieve problemen en gender specifieke aspecten van kanker werd gezocht met vrije tekstwoorden en met trefwoorden (MeSH-termen) in Medline via PubMed. Daarna werd handmatig een keuze gemaakt van de meest representatieve artikelen ter onderbouwing van de besproken onderwerpen. Box 1 bevat een overzicht van de in de literatuur gevonden voorspellende factoren.

VOORSPELENDE FACTOREN VOOR DE TERUGKEER NAAR WERK

Factoren gelegen in de ziekte en de behandeling

Er zijn diverse in de ziekte en behandeling gelegen factoren die samenhangen met terugkeer naar het werk bij kankerpatiënten. Kennis van deze factoren is van belang voor de bedrijfsarts. Wij beschrijven achtereenvolgens de fysieke en psychische beperkingen en mogelijke interventies, waaronder revalidatie na kanker.

Terugkeer naar werk hangt samen met de soort tumor, het stadium en het type behandeling. Patiënten met de diagnose testiskanker gaan relatief sneller weer aan het werk in vergelijking tot patiënten met andere diagnoses.^{2,10,11} Een hoger tumorstadium leidt tot meer problemen bij terugkeer naar het werk.¹²⁻¹⁴ Behandelingen met chemotherapie hangen samen met een minder voorspoedige terugkeer naar werk^{8,12,15-19} en hebben een verhoogd risico op een verminderde werkcapaciteit dan andere behandelingen.^{8,19}

Fysieke klachten en daarmee samenhangende beperkingen, evenals pijn, comorbiditeit en

KANKER, WERK, VOORSPELENDE FACTOREN, FYSIEKE BEPERKINGEN, VERMOEIDHEID, ANGST, DEPRESSIE, COGNITIEVE PROBLEMEN, GENDER, REVALIDATIE, COMMUNICATIE

Box 1

Voorspellers voor terugkeer naar werk bij kankerpatiënten

POSITIEVE VOORSPELENDE FACTOREN:

- *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

NEGATIEVE VOORSPELENDE FACTOREN:

- *persoonlijke factoren*: hogere leeftijd, lager opleidingsniveau en afwezigheid van een relatie
- *ziektegerelateerde factoren*: soort tumor (hoofd-halstumoren, borstkanker en hematologische maligniteiten), hoger tumorstadium, excessieve chemotherapie en/of radiotherapie, lichamelijke klachten en symptomen, slechte algemene gezondheid, comorbiditeit, 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

een slechtere algemene gezondheid hangen samen met een minder voorspoedige terugkeer naar werk. Vermoeidheid, angst, depressie en cognitieve problemen zijn sterke negatieve voorspellers van terugkeer naar werk.^{8,19}

Fysieke beperkingen

De aanwezigheid van fysieke klachten en beperkingen leidt tot een verminderde werkcapaciteit en resulteert in een verminderd aantal gewerkte uren.²⁰ Bij kankerpatiënten die niet slagen om terug te keren naar werk, is het aantal fysieke klachten en beperkingen hoger dan bij diegenen die daar wel in slagen.^{13,19} In tabel 1 zijn fysieke

bijwerkingen samengevat van de diverse vormen therapie die kankerpatiënten ondergaan. Vaak worden diverse vormen therapie gegeven met als gevolg tegelijkertijd optreden van diverse klachten en beperkingen.

Het is van belang dat de bedrijfsarts op de hoogte is van de mogelijke fysieke bijwerkingen en complicaties van de kankerbehandeling op orgaan- en functieniveau op korte en lange termijn en de implicaties daarvan kan inschatten voor het werk. Denk hierbij aan de gevolgen van okselkliertoilet bij borstkankerpatiënten met als gevolg een beperking van de schouder- en armfunctie bij een secretaresse of een verpleegkundige. Of aan het neurotoxisch effect van bepaalde chemotherapeutica en de gevolgen daarvan voor beroepen die hoge eisen aan de fijne motoriek stellen, zoals in de elektronica. 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.

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 van de individuele werknemer.

Vermoeidheid

Vermoeidheid komt bij kankerpatiënten vaker voor dan in de algemene populatie: respectievelijk 40% en 11%.²¹ Kankerpatiënten ervaren vermoeidheid als grote belemmering in hun dagelijks functioneren met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven (QoL)^{22,23} en voor de arbeidsparticipatie.^{13,17,19,24-28}

Vermoeidheid wordt gezien bij alle soorten behandeling. De oorzaken zijn multifactorieel. Anemie is een belangrijke, goed behandelbare oorzaak van vermoeidheid.²⁹ In het huidige trans-

- | Kankerpatiënten hechten groot belang aan terugkeer naar werk en het behouden van economische zelfstandigheid.
- | Kankerpatiënten ondervinden belemmeringen in terugkeer naar of het opnieuw vinden van werk.
- | Kennis van de voorspellende factoren voor terugkeer naar werk is van belang. Zo kunnen aan kankerpatiënten met extra risicofactoren tijdig adequate interventies aangeboden worden die de terugkeer naar werk vergemakkelijken.
- | Oncologische revalidatie verbetert de kwaliteit van leven en het functioneren van patiënten met kanker. Onderzoek naar effecten daarvan voor de werkhervatting is gaande.
- | Voorspoedige terugkeer naar het werk na kanker kan worden bevorderd door ondersteuning vanuit het werk, goede begeleiding van de bedrijfsarts en mogelijk advies over werk van de behandelend arts.
- | Voor werkhervatting hoeft men niet te wachten op volledig herstel: steeds vaker werken kankerpatiënten tussen hun behandelingen door.

Tabel 1

Fysieke bijwerkingen van behandeling voor kanker

Chirurgie	Okselkiertoilet: beperkte schouder- en armfunctie en lymfoedeem Darmresectie: defecatieproblemen, stoma Longresectie: verminderde longfunctie Gynaecologische operaties: darm- en blaasklachten, vervroegde menopauze en onvruchtbaarheid Prostaatoperaties: mictieklachten Resecties bij tumoren van bot en weke delen: functiebeperking Cosmetische gevolgen na mammacarcinoom, hoofd-halstumoren en bot- en wekedelentumoren
Chemotherapie	<i>Kortetermijngevolgen:</i> remming van het beenmerg, misselijkheid, braken, irritatie van het mondslijmvlies, gewichtsverlies, vermoeidheid en kaalheid <i>Langetermijngevolgen:</i> schade aan diverse orgaansystemen mogelijk (denk aan de huid, hart en longen, het centrale en perifere zenuwstelsel, gehoor, enz.), onvruchtbaarheid, vermoeidheid en cognitieve problemen
Radiotherapie, afhankelijk van het bestralingsgebied, de totale dosis en de gebruikte techniek	<i>Kortetermijngevolgen:</i> algehele malaise en vermoeidheid. Afhankelijk van het bestraalde gebied: huidveranderingen, slijmvliesveranderingen, misselijkheid en braken, haarverlies en vervroegde menopauze <i>Langetermijngevolgen:</i> – bestraling buik: darmfibrose met veranderd defecatiepatroon, fibrose blaas waardoor frequente mictie, en onvruchtbaarheid – bestraling lymfklierstations: lymfoedeem – bestraling long: verminderde longfunctie – bestraling spieren (bijv. wekedelentumor, mammacarcinoom): fibrose spieren waardoor functiebeperking – bestraling zenuwweefsel waardoor radiatieneuropathie
Hormonale therapie	Bij vrouwen: vervroegde menopauze en osteoporose Bij mannen: vasomotore klachten en osteoporose
Immuuntherapie	Vermoeidheid

fusiebeleid in Nederland 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 alert te zijn op een laag Hb-gehalte. In zulke gevallen zou men kunnen overwegen om dit door middel van bloedtransfusies en/of EPO te corrigeren.

Inactiviteit bij kankerpatiënten kan bijdragen aan een gevoel van vermoeidheid door een vermindering van de cardiovasculaire capaciteit en longfunctie en verzwakking van de spieren.³⁰ 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.³¹ In geval van chronische vormen van vermoeidheid bij kanker is er plaats voor geïsoleerde psychologische interventies.³² 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 het werk bevordert.

Angst

Veel kankerpatiënten hebben last van angst en onzekerheid door de ingrijpendheid van de ziekte en de benodigde behandelingen. In de weken tot maanden na de diagnose neemt de angst af en komt het niet boven het niveau van de algemene bevolking.³³ Alleen geruststellen is vaak onvoldoende: goed luisteren en een actieve ondersteunende houding is effectiever.³⁴ Psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken als progressieve spierrelaxatie, visuele imaginatie en de in opkomst zijnde aandachtstraining (*mindfulness*) zijn van waarde bij het helpen verminderen van angstsymptomen bij kankerpatiënten.^{35,37} Bij ernstigere en vaak al pre-existente angststoornissen als paniekstoornissen is behandeling met antidepressiva aangewezen, bij voorkeur in overleg met de psychiater.³⁸ Daarnaast helpt fysieke training ook om meer zelfvertrouwen te krijgen en gevoelens van angst en onzekerheid weer de baas te kunnen.

Depressie

Gevoelens van somberheid en verdriet zijn een natuurlijke reactie op het hebben van kanker, zonder dat dit pathologisch is. De diagnose depressie is bij kanker moeilijk te stellen, onder andere doordat diverse somatische items, zoals slecht slapen, vermoeidheid en verstoorde eet-

lust, geassocieerd kunnen zijn met de ziekte zelf, dan wel één van de symptomen van depressie kunnen zijn en/of de depressie kunnen verergeren. De prevalentie van depressie in de algemene bevolking bedraagt 7,6%.³⁹ Bij kankerpatiënten is dit het dubbele.⁴⁰

Depressie als comorbide aandoening bij chronisch zieken in het algemeen heeft een negatieve invloed op de uitkomst en prognose van de aandoening zelf⁴¹ en is geassocieerd met verhoogd gebruik van medische zorg, functionele beperkingen, verlaagde productiviteit en verhoogde mortaliteit.^{42,43}

De diverse behandelingen van depressies zijn gevat in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie van het CBO uit 2005.⁴⁴ Bij een depressie volgens de DSM-IV TR criteria worden zowel psychotherapeutische interventies als IPT en CGT bewezen effectief bevonden, naast antidepressiva of een combinatie van beide, ook binnen de oncologie.⁴⁵ Een nieuwe ontwikkeling is de aandachtstraining (mindfulness), waarmee ook binnen de oncologie succes geboekt wordt.⁴⁶ Er is steeds meer bewijs uit de literatuur beschikbaar voor een positief effect van fysieke activiteit op preventie en behandeling van psychische problemen bij kankerpatiënten, waaronder angststoornissen en depressieve klachten.^{47,48}

Bij patiënten met chronische pijn verhoogt de aanwezigheid van comorbide depressie het risico op verzuim drievoudig.⁴⁹ De diagnostiek en behandeling van pijn is één van de belangrijke aspecten van de behandeling in geval van mede aanwezigheid van angst en depressie.⁵⁰

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 behandelaar, het tijdig onderkennen van angst en depressie en het inzetten van effectieve interventies beperkt het verzuim bij werknemers met psychische klachten.⁵¹ De verwachting is dat dit eveneens van toepassing is bij kankerpatiënten met angst en depressie. Werkhervatting en herstel van sociaal functioneren worden gezien als uitkomstmaten voor het succes van een behandeling van angst en depressie.

Cognitief functioneren na kanker

Cognitieve beperkingen kunnen na alle soorten therapieën voor kanker voorkomen, maar worden het meest frequent geassocieerd met chemotherapie.⁵²⁻⁵⁵ Chemotherapie heeft een negatief effect op met name executieve functies; het effect

is vergelijkbaar met cognitieve problemen die al bij kankerpatiënten aanwezig waren voor het starten van chemotherapie.⁵⁶

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. Een klein aantal kankerpatiënten ervaart cognitieve problemen op lange termijn.⁵⁷

Het *cognitive remediation*-programma lijkt een effectieve interventie te zijn bij cognitieve problemen bij kankerpatiënten.⁵⁸ Het is te verwachten dat het verbeteren van het cognitief functioneren bij kankerpatiënten de belastbaarheid ten aanzien van werk zal vergroten. Werkhervatting bij cognitieve disfunctie is maatwerk en afhankelijk van het soort werk, de werkdruk en de mogelijkheden om werkinhoud en werkt tempo te kunnen aanpassen.

Genderspecifieke aspecten van kanker

Aandacht voor gender aspecten bij kanker is van belang, ongeacht de kankersoort.⁵⁹ Er bestaat een verschil in de behoefte aan zorg en sociale ondersteuning tussen vrouwelijke en mannelijke kankerpatiënten.⁶⁰ Vrouwen zoeken vaker actief steun in hun gehele sociale omgeving, terwijl mannen dat doen bij één persoon, meestal de partner.^{61,62} Bij het ontbreken van sociale steun in het werk (of thuis) ervaren vrouwen meer psychische problemen dan hun mannelijke collega's.⁶³

De bedrijfsarts ziet vooral werknemers met borstkanker, melanoom, long-, darmkanker en prostaat kanker. Borstkanker treft 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 gezien en daarboven prostaat kanker (bron: www.ikcnet.nl).

Bij borstkankerpatiënten is hormoontherapie vaak gericht op oestrogenen deprivatie, hetgeen gepaard gaat met een verhoogd risico op menopauzale symptomen, cognitieve disfunctie, osteoporose, gewichtstoename en cardiovasculaire aandoeningen.⁶⁴ Vasomotore klachten (hot flashes, zweten, misselijkheid en hartkloppingen) en slaapproblemen worden verergerd door antioestrogene medicatie. Bij prostaat kanker

worden vasomotore klachten gezien bij tot 70% van de patiënten. Androgene deprivatie veroorzaakt cognitieve en emotionele veranderingen. Op de langere termijn kan sprake zijn van een afname in de spiermassa, spierkrachtverlies, gynaecomastie, osteoporose en libidoverlies.⁶⁵

Osteoporose leidt bij zowel mannen als vrouwen tot pijnklachten en een verhoogd risico op botbreuken.⁶⁶ In de preventie en behandeling van osteoporose bij kankerpatiënten is aandacht nodig voor een calciumrijk dieet en voldoende vitamine-D₃, voldoende lichaamsbeweging en er is een rol voor medicamenteuze behandeling.

Hormonale gevolgen van behandeling van kanker kunnen een negatieve invloed hebben op het arbeidsvermogen en leiden tot verzuim. 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 ermee rekening houdt in de begeleiding naar werk en gedurende de follow-up.

Revalidatie bij kanker

In het afgelopen decennium is gestart met het ontwikkelen van revalidatie voor kankerpatiënten. Fysieke interventies hebben een positief effect op de fitheid, kwaliteit van leven en restklachten als vermoeidheid. Psychologische interventies, met name cognitieve gedragstherapie, hebben een positief effect op de psychische aspecten en vermoeidheid bij kanker.

Het is gebleken dat revalidatie tijdens of na kankerbehandeling positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten.^{31,67,68} De fysieke component van het revalidatieprogramma lijkt hieraan de grootste bijdrage te leveren.

In revalidatieprogramma's in Nederland worden fysieke interventies gecombineerd met psycho-educatie. Zie box 2.

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.

De bedrijfsarts overweegt de verwijzing naar revalidatie bij kanker in geval van stagnatie van de werkhervatting of, ondanks de objectieve belastbaarheid, het uitblijven van terugkeer naar werk. Revalidatie is ook te overwegen bij aanwezigheid van een van de belemmerende factoren voor terugkeer naar werk met de nadruk op fysieke beperkingen en vermoeidheid.

Werkgerelateerde voorspellende factoren

Positief voor werkhervatting na kanker is een ondersteunende werkomgeving. Dit komt tot uiting in factoren zoals praten met de leidinggevende,²⁴ ervaren medewerking van de werkgever voor werkaanpassingen,¹² een positieve houding van collega's,^{10,27,75} het in staat zijn om sociale steun te mobiliseren⁷⁶ en eigen invulling van de werkuren.¹⁴ Plezier in het werk¹⁷ en autonomie op het werk hangen eveneens samen met een voorspoedige terugkeer naar werk.^{77,78}

Werkgerelateerde factoren, zoals het hebben van zwaar lichamelijk en laaggeschoold werk (*blue collar*),^{12,77,79-81} leiden minder vaak tot terugkeer naar het werk of tot langer ziekteverzuim.^{9,12-14} Ook een hoge werklust, hoge werkdruk of een hoog werktempo leveren problemen op bij terugkeer naar het werk.^{10,19,78}

Aspecten als het hebben van een full-time of part-time baan,^{77,79} het aantal jaren in een huidige functie of een tijdelijke baan⁷⁷ lijken geen effect te hebben op terugkeer naar het werk. Een veranderde, negatievere houding ten opzichte van werk daarentegen wel,^{27,79} evenals ervaren belemmeringen op het werk,¹¹ het ongewild krijgen van andere taken^{27,28} en problemen met vervoer naar het werk.¹³

Hogere leeftijd heeft vaak een negatieve invloed op de werkhervatting bij kanker,^{9,12,18,19,25,26,79,82} al wordt dit niet in alle studies bevestigd. Hogere leeftijd wordt geassocieerd met een verminderde werkcapaciteit na kanker en het wordt moei-

Box 2

Het revalidatieprogramma Herstel & Balans

In Nederland is ruime ervaring opgedaan met revalidatie bij kanker.⁶⁹⁻⁷³

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). Dit volgens de 'Kwaliteitscriteria oncologische groepsrevalidatie Herstel & Balans', opgesteld door de Vereniging van Integrale Kankercentra samen met de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, vertegenwoordigd in de Stichting Herstel & Balans.⁷⁴

Informatie over Herstel & Balans en andere, kwalitatief goede alternatieven is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, NFK, www.kankerpatient.nl en op de site www.herstelenbalans.nl.

lijker om na kanker opnieuw een baan te vinden.⁸

PREVENTIE VAN COMORBIDITEIT EN VERZUIM NA KANKER

Kankerpatiënten hebben een verhoogde kans op nieuwe chronische medische problemen, zoals een tweede tumor, diabetes, hartvaatziekten en osteoporose.⁸³ Veel waarde hechtend aan een gezond leven, lijken kankerpatiënten door de diagnose gemotiveerd voor leefstijlveranderingen.⁸⁴ Een gezonde leefstijl en fysieke activiteit verlagen niet alleen de risico's op comorbiditeit, maar hebben ook een positief effect op de overleving.^{48,85}

Comorbiditeit kan het arbeidsvermogen van kankerpatiënten verder verminderen. De bedrijfsarts besteedt daarom aandacht aan de bekende risicofactoren, zoals roken, ongezonde voeding, gebruik van alcohol, lichamelijke inactiviteit en overgewicht (BRAVO)⁸⁶ en geeft daarover voorlichting en motiveert kankerpatiënten tot een gezonde leefstijl. Het overleg en de afstemming met de huisarts en/of de behandelaar vormt een onderdeel van dit preventieve beleid.

COMMUNICATIE

Kankerpatiënten geven aan dat zij te weinig of geen informatie krijgen over de gevolgen van kanker en behandeling voor het werk en missen adviezen omtrent de werkhervatting.^{3,87} Gebrek aan overleg met medische professionals over werk²⁷ blijkt ook een ongunstige factor te zijn voor terugkeer naar werk. Er vindt onvoldoende overleg en afstemming plaats tussen de bedrijfsarts, de huisarts en de specialist. Uit onderzoek van Verbeek²⁷ bleek dat slechts 6 van de 100 bedrijfsartsen overleg hadden gehad met de behandelaar. In 95% en 66% hadden de bedrijfsartsen correcte kennis van respectievelijk de diagnose en de behandeling. Een goede begeleiding van 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.²⁷ Ten slotte rapporteerde een recente studie dat het krijgen van advies van een behandelend arts over terugkeer naar het werk de terugkeer versnelt.²⁴

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit overzichtartikel tracht de vraag te beantwoorden over de voorspellende factoren bij de terugkeer naar werk van kankerpatiënten. Kanker en de benodigde behandelingen kunnen

zowel tijdens de behandeling als op langere termijn tot klachten leiden die de werkhervatting bemoeilijken. Voldoende aandacht en kennis van de verschillende medische problemen bij de bedrijfsarts, waaronder genderspecifieke aspecten van kanker en verschillen in de zorgbeleving en zorgbehoefte van kankerpatiënten, met een actieve aanpak en communicatie met de behandelaars vergroot de kans op werkhervatting. Met deze kennis en met het besef van het grote belang dat kankerpatiënten hechten aan terugkeer naar werk, kunnen de huisarts en de specialist een actievere rol spelen bij het werkhervattingproces. Daarnaast speelt een ondersteunende werkomgeving een belangrijke rol bij het blijven werken en in geval van verzuim het bevorderen van terugkeer naar werk.

Revalidatie bij kanker is een bewezen zinvolle interventie met positief effect op de kwaliteit van leven en het fysiek en psychisch functioneren van kankerpatiënten, en kan een rol spelen bij de aanwezigheid van werkbelemmerende factoren of stagnatie in terugkeer naar werk.

En na de werkhervatting? Idealiter zou de begeleiding van kankerpatiënten door de bedrijfsarts ook na de werkhervatting voorgezet moeten worden. Kankerpatiënten hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van comorbiditeit en vermindering van het arbeidsvermogen. Door continuïteit van de begeleiding te bieden kan veel meer verzuim dan tot op heden het geval is voorkomen worden.

LITERATUUR

Vanwege de omvang van de literatuurlijst staat deze op de TBV-website (www.tbv-online.nl).

Belangenconflicten: geen gemeld

Financiële ondersteuning: niet gemeld

PERSONALIA

Dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybysz is bedrijfsarts en projectleider bij het Kwaliteitsbureau NVAB.

Dr. A.G.E.M. (Angela) de Boer is universitair docent bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid in het AMC te Amsterdam.

Drs. E.E. (Elike) ten Berge is senior bedrijfsarts en docent bij ArboNed (afd. KeurCompany).

Dr. A.L.J. (Lon) Uitterhoeve is radiotherapeut-oncoloog bij de afdeling Radiotherapie Bo AMC Amsterdam.

Dr. M. (Marjolein) Bannink is psychiater en hoofd team Psychosociale Oncologie Erasmus MC-Daniel den Hoed te Rotterdam.

Drs. B.C.M. (Brigitte) Gijzen is adviseur revalidatie/nazorg bij het Integraal Kankercentrum Limburg en Midden-

Nederland en coördinator bij de stichting Herstel & Balans. Dr. G. (Art) Vreugdenhil is internist-oncoloog en hematoloog bij de afdeling Interne Geneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: i.vanzanten@nvab-online.nl.

PROEFSCHRIFTBESPREKING

Cancer survivors and work. Work-related problems and factors associated with their employment, work ability and social support from the work community.

Taina Taskila. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Finland, 2007. ISBN 978 951 802 777 8.

PDF downloaden op: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-802-778-5>.

Taina Taskila promoveerde op 18 augustus 2007 aan de universiteit van Helsinki (promotores M.L. Lindbohm en O. Rahkonen, opponent J. Verbeek) op het proefschrift: *Cancer survivors and work*.

Veel mensen met kanker willen en kunnen doorgaan met werken na hun ziekte. Ze kunnen echter vele lichamelijke en sociale problemen tegenkomen als gevolg van hun ziekte. De gevolgen van de ziekte en behandeling voor werk en werkvermogen zijn grotendeels onbekend. Het doel van dit proefschrift was derhalve om te onderzoeken wat de invloed van kanker op werk is en welke sociaaldemografische, ziektegerelateerde en werkgerelateerde factoren samenhangen met het werk, werkvermogen en de sociale steun vanuit het werk.

In de eerste studie die ze heeft uitgevoerd, heeft ze de werkloosheidsgegevens van 46.312 (ex-) kankerpatiënten in de werkende leeftijd vergeleken met de gegevens van eenzelfde aantal gezonde sekse- en leeftijd-gematchte referenten. In Finland zijn deze gegevens opgeslagen in een nationale databank. De resultaten lieten zien dat kankerpatiënten iets vaker werkloos waren dan mensen die nooit kanker hebben gehad: twee tot drie jaar na de diagnose was het percentage werkenden 9% lager (64% versus 73%), terwijl dit percentage voor de diagnose gelijk was (78%). De verschillen waren bij de ene diagnose veel groter dan bij de andere, met de slechtste cijfers voor longkanker, strottenhoofd- en tumoren van

het centrale zenuwstelsel en leukemie. Goede resultaten waren er voor testiskanker en melanoom. Daarnaast heeft ze een vragenlijstonderzoek uitgevoerd bij 640 kankerpatiënten waaruit bleek dat kankerpatiënten de meeste steun ondervonden van hun collega's, terwijl ze steun wilden van met name de professionals in de bedrijfsgezondheidszorg. Degenen die de meeste steun nodig hadden, waren kankerpatiënten met lymfoma, mensen die chemotherapie hadden gehad, en mensen met een lage opleiding. In een tweede vragenlijstonderzoek werd het zelf-gerapporteerde werkvermogen van 591 kankerpatiënten vergeleken met dat van 757 gezonde mensen. Ze vond geen verschillen tussen deze groepen. Wel heeft ze gevonden dat 26% van de kankerpatiënten aangaf dat hun fysieke werkvermogen was verslechterd na de diagnose en behandeling van kanker. 19% meldde een verslechterd mentaal werkvermogen.

Taina Taskila concludeert dat een voortijdig vertrek uit het werkleven, een verslechterd werkvermogen en een gebrek aan sociale steun de meest voorkomende problemen zijn van kankerpatiënten. Ziektegerelateerde factoren zoals diagnose en behandeling, sociaaldemografische factoren zoals opleiding, en werkgerelateerde factoren zoals steun van de bedrijfsarts beïnvloeden de problemen met werk het meest. In de toekomst zou aan deze factoren het meeste aandacht moeten worden besteed.

Angela de Boer

Terugkeer naar werk na behandeling voor kanker: ervaringen van patiënten en leidinggevenden

A.G.E.M. de Boer, I. van Zanten-Przybysz, L.M. Maes, M.H.W. Frings-Dresen

SAMENVATTING

Doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in ervaringen van patiënten en leidinggevenden met de terugkeer naar werk na diagnose en behandeling bij kankerpatiënten. Er zijn drie focusgroepen gevormd: één focusgroep met zeven kankerpatiënten en twee focusgroepen met elk drie leidinggevenden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 51 jaar en van de leidinggevenden 49 jaar. De belangrijkste thema's voor de patiënten waren: contact met collega's en leidinggevende, kennis en advies van de bedrijfsarts, adviezen van andere artsen, en kennis over de late gevolgen van kanker. Voor de leidinggevenden waren de belangrijkste thema's: de rol van de leidinggevende zelf en de bedrijfsarts in het werkhervattingsproces, werkhervatting en werkaanpassingen, en communicatie met alle betrokken partijen. Werkende kankerpatiënten ondervonden in het algemeen steun van collega's en leidinggevenden. Echter, de beperkte communicatie tussen patiënten, leidinggevenden, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en specialisten werd als een belangrijk knelpunt ervaren in het werkhervattingsproces.

In Nederland krijgen elk jaar circa 14.000 werknemers de diagnose kanker.¹ Anderhalf jaar na de diagnose en behandeling is tussen de 62%² en 86%³ van de patiënten weer teruggekeerd naar het eigen werk of een andere baan. Uit epidemiologisch onderzoek is bekend dat een aantal factoren samenhangt met de kans op terugkeer naar het werk. Zo concludeerden Spelten et al.⁴ in hun review van 14 studies dat sociaaldemografische kenmerken niet samenhangen met terugkeer naar het werk maar dat diagnose, zwaar lichamelijk werk en een niet-ondersteunende werkomgeving de terugkeer in negatieve zin beïnvloeden.

Naast cohortstudies is er een aantal kwalitatieve studies gedaan naar de ervaringen van kankerpatiënten met werken na de behandeling voor kanker. Main et al.⁵ interviewden 28 patiënten in de VS en vonden dat er vier belangrijke aspecten zijn die het werken na kanker beïnvloeden: de effecten van kanker en de behandeling, de (veranderde) gevoelens ten aanzien van werk, de manier waarop anderen op het werk reageren, en de productiviteit. Ook bleek dat de meeste patiënten geen enkele begeleiding krijgen van de artsen wat betreft terugkeer naar werk en dat het meten van werkuitkomsten na kanker een complexe materie is. In een focusgroep van

zeven vrouwelijke patiënten in de Amerikaanse studie van Nachreiner et al.⁶ werden de factoren steun van collega's en flexibele werkmogelijkheden als positief bestempeld, terwijl gebrek aan steun de terugkeer bemoeilijkte. In Canada voerden Maunsell et al.⁷ kwalitatieve interviews uit onder 13 borstkankerpatiënten om de problemen met werk in kaart te brengen. De belangrijkste problemen waren verlies van het werk, een lagere functie, ongewilde veranderingen in taken, problemen met de leidinggevende en collega's, veranderingen in gevoelens ten aanzien van het werk en verminderde lichamelijke belastbaarheid. Ook in deze studie werd gevonden dat er een gebrek aan overleg is met gezondheidsprofessionals over teugkeer naar werk. Uit focusgroepen en interviews die Kennedy et al.⁸ hielden in Engeland, bleek dat de meeste patiënten na de behandeling zich weer goed konden aanpassen aan de werksituatie, hoewel een klein aantal problemen kreeg. Het werd duidelijk dat meer advies over terugkeer nodig is van artsen en andere gezondheidsprofessionals, naast steun en werkaanpassingen van de werkgever.

Hoewel uit deze eerdere studies blijkt dat de werkgever en de leidinggevende belangrijk zijn om een goede terugkeer naar het werk van kankerpatiënten te bewerkstelligen, is er tot nu toe geen onderzoek gedaan naar de ervaringen met de bedrijfsarts en andere artsen. Daarnaast zijn de ervaringen van de werkgever of leidinggevende ten aanzien van terugkeer naar werk van een werknemer na behandeling voor kanker nog niet eerder in kaart gebracht. Ten slotte is er in Nederland, met zijn specifieke werkcultuur en sociale verzekeringsstelsel, nog niet geïnventariseerd wat de beleving is van kankerpatiënten wat betreft het weer gaan werken na de behandeling voor kanker.

De vraagstelling van dit artikel is: Wat zijn de ervaringen van kankerpatiënten en leidinggevenden met terugkeer naar werk na diagnose en behandeling en hoe is de communicatie tussen patiënten, artsen en leidinggevenden over het werk?

**KANKER,
TERUGKEER NAAR
WERK,
FOCUSGROEP,
WERKNEMERS,
LEIDINGGEVENDEN,
BEDRIJFSARTS**

METHODE

Deelnemers

Er werden drie aparte focusgroepen gevormd: één met kankerpatiënten en twee met leidinggevendenden. Kankerpatiënten werden geworven via het patiëntennetwerk van de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten (NFK) door een uitnodiging te sturen aan 20 mensen via een e-mail door de NFK. Daarbij werd niet geselecteerd op werkachtergrond en kankersoort, maar wel op leeftijd. Er is geprobeerd om ook een groep mensen uit te nodigen die op jonge leeftijd (onder de dertig jaar) kanker gekregen hadden. Leidinggevendenden van kankerpatiënten werden geworven via bedrijfsartsen aangesloten bij de NVAB. De voorwaarde aan deelname was ervaring met de begeleiding van medewerkers met kanker vanuit een lijn- of HR-functie binnen een bedrijf.

Focusgroepen

De focusgroepen verliepen aan de hand van vooraf opgestelde vragen of thema's over werkhervatting na diagnose en behandeling voor kanker. De centrale vraag was: 'Wat zijn uw ervaringen met terugkeer naar werk (wat waren knelpunten) en hoe had het beter gekund?' Daarnaast werden met de patiënten en de leidinggevendenden de volgende thema's besproken: knelpunten, verbeterpunten, problemen met werkhervatting, impact, begeleiding naar werk, werkgerelateerde interventies, informatievoorziening, veranderende belastbaarheid en kwetsbaarheid, communicatie, en stappenplan. Aan de hand van deze vragen werd er op een semi-gestructureerde wijze gediscussieerd. Als er geen nieuwe informatie meer werd gegenereerd door de groep werd er overgegaan naar een volgend thema. Een focusgroepgesprek duurde circa 1½ uur en werd gehouden bij het kantoor van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO te Utrecht. Er waren een ervaren moderator van het CBO en een notulist (IvZ, LM) aanwezig. Uitspraken werden ter plekke geanonimiseerd uitgeschreven. Alle onderwerpen die aan bod kwamen werden genoteerd. Nadien konden mensen aangeven welke drie besproken onderwerpen voor hen het meest belangrijk waren. Zij konden hierbij ook extra gewicht aan onderwerpen toekennen. Aan de hand van deze exercitie werd door de participanten zelf een top-4 samengesteld. De deelnemers ontvingen de concept teksten voor commentaar.

Ter voorbereiding op de focusgroep hadden de deelnemers een vragenlijst gekregen. In de vragenlijst waren sociaaldemografische (sekse, leef-

tijd, opleiding), ziektegerelateerde (diagnose, datum diagnose), en werkgerelateerde (het werk voor diagnose, het werk na diagnose) vragen opgenomen. Er werd aan beide groepen gevraagd naar knelpunten en oplossingen in relatie tot terugkeer naar het werk.

ANALYSE

Demografische, ziektegerelateerde en werkgerelateerde gegevens werden beschreven. Uitspraken en uitkomsten van de discussie werden (zo veel mogelijk letterlijk) uitgeschreven door de notulist. Vervolgens werden ze gebundeld per onderwerp waarvan de groep aan het einde van het gesprek had aangegeven dat ze belangrijk werden geacht. Daarna werden de verslagen gelezen door drie auteurs (IvZ, LM, AdB) en werd in consensus bepaald welke uitspraken het belangrijkste waren voor zowel de knelpunten, als voor de wenselijke situatie voor de terugkeer naar het werk van kankerpatiënten.

RESULTATEN

Patiënten

In totaal hebben zeven kankerpatiënten meegedaan, waarvan vier vrouwen en drie mannen met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar met een range van 35 tot 65 jaar (de demografische, ziektegerelateerde en werkgerelateerde gegevens van patiëntendeelnemers aan de focusgroep zijn te vinden in tabel 1 die op de TBV-website staat (www.tbv-online.nl)). Drie van hen hadden een opleiding gevolgd op het niveau van hoger beroeps onderwijs/wetenschappelijk onderwijs en twee op het niveau van hoger voortgezet onderwijs. Hun beroepen waren onderwijsassistent, adjunct-directeur, psycholoog, secretaresse, consultant ICT, casemanager en bedrijfsarts. De diagnose borstkanker was bij twee deelnemers gesteld, bij twee andere deelnemers was de diagnose non-hodgkinlymfoom (waarvan één persoon later nog schildklierkanker kreeg), bij twee de ziekte van Kahler en bij de zevende endeldarmkanker. De gemiddelde leeftijd op de datum

- ▮ Werkende kankerpatiënten ondervinden steun van collega's en leidinggevendenden.
- ▮ Zowel patiënten als leidinggevendenden geven aan dat ze meer kennis en advies nodig hebben van de bedrijfsarts.
- ▮ Beperkte communicatie tussen patiënten, leidinggevendenden, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en specialisten wordt als een belangrijk knelpunt ervaren in het werkhervattingsproces.

van de diagnose was 41 jaar met een range van 23 tot 52 jaar. Ten tijde van de focusgroepen waren er drie teruggekeerd naar hun werk, één persoon had gewerkt tot aan zijn pensioen, terwijl één persoon in de WAO terecht was gekomen, één persoon was ontslagen om bedrijfseconomische redenen en één persoon werd ontslagen maar had weer werk gevonden.

Ervaringen van patiënten

In box 1 staat aangegeven welke onderwerpen met betrekking tot terugkeer naar werk door de kankerpatiënten als het belangrijkste werden aangegeven.

Het contact met collega's en leidinggevende

De patiënten van de focusgroep hebben het langst gediscussieerd en de meeste uitspraken gedaan over het contact met hun collega's en hun leidinggevende. Vaak werd er door collega's en leidinggevende begrip getoond, maar het was niet altijd mogelijk om de (juiste) werkaanpassingen aan te bieden. Enkele opvallende uitspraken van de patiënten staan in box 2.

De patiënten vonden eveneens dat een werkgever zou moeten meedenken over het regelen van voorzieningen (bijv. apart toilet in geval van een stoma), het aanpassen van de werkzaamheden, het serieus nemen van de werknemer (bijv. niet 'te dom' vervangend werk), flexibele werktijden (bijv. in verband met vermoeidheid), reistijden,

het inbouwen van zekerheid (overname werk door collega bij afwezigheid), en het beschermen of afremmen bij te veel werk oppakken.

De rol van de bedrijfsarts

Uitspraken van de patiënten over de rol van de bedrijfsarts en andere artsen staan in box 3.

Box 1

Onderwerpen die door de patiënten als het meest belangrijk werden aangegeven
Contact met collega's en leidinggevende. Begrip en medewerking bij re-integratie.
Rol van de bedrijfsarts: kennis en advies. Meedenken over mogelijkheden bij re-integratie.
Advies van de behandelend arts, maar ook de huisarts, over terugkeer naar werk; ruimte voor eigen inbreng.
Kennis over en begrip voor late gevolgen bij kanker, zoals vermoeidheid en concentratiestoornissen, maar ook voor fysieke gevolgen, zoals stoma's en lymfoedeem.

Box 2

Uitspraken van patiënten over contact met collega's en leidinggevende
'Ik kreeg gelukkig veel begrip van collega's. Alhoewel ik merkte dat ze na een jaar verwachtten 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.'
'Ik werkte in een groot bedrijf met veel managers. Wie zie je dan als je werkgever? Het is ook maar net wie je treft.'
'Ik had lieve collega's. Dat hielp me toen ik weer ging werken. Er was alleen geen toekomst daar voor me. De leidinggevendenden waren heel voorzichtig met me. (...) Hierdoor kreeg ik een heel dom baantje en voelde me niet serieus genomen.'
'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.'
'Je voelt je zelf wel heel vervelend en schuldig.'
'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.'

Box 3

Uitspraken van de patiënten over de rol van de bedrijfsarts en andere artsen
'Ik kreeg het meeste advies van mijn bedrijfsarts.'
'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. (...) Maar na 2 jaar werd ik ontslagen en dan heb je niets meer met een bedrijfsarts te maken.'
'Een bedrijfsarts kan niet meedenken op het gebied van de ziekte en behandeling. Mijn bedrijfsarts en 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.'
'Ik stuitte op onbegrip bij de bedrijfsarts. Hij wilde me volledig in de WAO, terwijl ik per se 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.'
'Mijn directeur heeft iedere 6 weken een overleg met de bedrijfsarts en daar worden alle langdurig zieken besproken. Dat is pas sinds de laatste 4 jaar. Ik denk dat dit wel beter werkt.'
'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.'
'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 het werk. Mijn arts zei: "Jij weet het zelf het beste", terwijl ik om advies vroeg.'
'Het is ook een knelpunt bij huisartsen. Zij weten te weinig om je advies te geven. Hierdoor krijgt de bedrijfsarts weinig info van de huisarts.'
'Bij de verzekeringsarts wordt gekeken naar de regels in plaats van naar het individu.'
'Mijn keuringsarts zei onmiddellijk dat hij niet veel wist over lymfklierkanker.'

De ervaringen van de patiënten met de bedrijfsarts waren wisselend. De één wilde graag advies over werkmogelijkheden, terwijl iemand anders dat liever zelf wilde bepalen. Na ontslag of instroom in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) was er niemand meer die hielp met (terugkeer naar) werk. Enkele kankerpatiënten meenden dat de medische kennis van bedrijfsartsen in hun geval tekortschoot. Andere waardeerden het advies van hun bedrijfsarts.

De rol van andere artsen

De patiënten kregen weinig advies van de behandelend artsen en de huisartsen over terugkeer naar het werk, en de artsen communiceerden onderling ook weinig. Een paar patiënten was negatief over hun ervaringen met de verzekeringsartsen. Zij meenden dat ook de medische kennis van de verzekeringsartsen in hun geval tekortschoot.

Kennis over en begrip voor late gevolgen bij kanker, zoals vermoeidheid en concentratiestoornissen

Uitspraken van de patiënten over de late gevolgen van kanker en het effect op werkhervatting staan in box 4.

Box 4

Uitspraken van de patiënten de late gevolgen van kanker

'Vermoeidheid was voor mij de grootste drempel.'

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

'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 hoeveel ik kon werken.'

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

'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.'

Alle patiënten hadden last van vermoeidheid, maar het was niet voor allemaal een groot probleem bij de uitvoering van hun werk. Sommige patiënten hadden last van concentratieproblemen.

Leidinggeevenden

Aan de twee focusgroepen voor leidinggeevenden hebben zes leidinggeevenden deelgenomen, namelijk drie vrouwen en drie mannen (de demografische en werkgerelateerde gegevens van de leidinggevende deelnemers aan de focusgroepen zijn te vinden in tabel 2 die op de TBV-website staat (www.tbv-online.nl)). Zij hadden een gemiddelde leeftijd van 49 jaar (range 41-59 jaar) en hadden een opleiding op het niveau van hoger beroepsonderwijs/wetenschappelijk onderwijs gevolgd. De deelnemers waren afkomstig uit de zorg, overheid, defensie en commerciële dienstverlening.

Ervaringen van leidinggeevenden

Ook aan de leidinggeevenden van kankerpatiënten werd gevraagd wat hun ervaringen waren met het proces van terugkeer naar het werk na de

diagnose en behandeling voor kanker. In box 5 staat aangegeven welke onderwerpen door de leidinggeevenden als het meest belangrijk werden gezien.

Box 5

Onderwerpen die door de leidinggeevenden als het meest belangrijk werden aangegeven

Leidinggevende zelf: actieve rol in contacten naar werknemer en bedrijfsarts, sturing van de werkhervatting, informatie nodig over de ziekte.

De rol van de bedrijfsarts: moet meer kennis hebben van de ziekte, belastbaarheid en prognose voor terugkeer naar het werk, meer sturing/richtlijnen en medische info wordt verwacht.

Werkhervatting: zieke werknemers moeten ruimten krijgen voor opnieuw inwerken en/of inhalen van de opgelopen kennisachterstand. Werkaanpassingen zijn nodig, inclusief thuiswerkplek; rekening houden met belastend woon-werkverkeer.

Communicatie: duidelijk en open communiceren naar alle betrokken partijen nodig (werknemer, werkvloer, eigen leidinggeevenden)..'

De rol van de leidinggevende zelf

Uitspraken van de leidinggeevenden over de rol van de leidinggevende zelf en van de bedrijfsarts staan in box 6.

Box 6

Uitspraken van de leidinggeevenden over de rol van de leidinggevende zelf en de rol van de bedrijfsarts

'Als leidinggevende moet je zelf contact met de zieke werknemer opzoeken. Het valt mee. Ook over ziekte praten hoeft niet moeilijk te zijn.'

'Ik vind contact met de eigen leidinggevende wel eens lastig. Het is soms hard en te zakelijk, als leidinggevende heb je te maken met menselijke aspecten, niet alleen bedrijfsvoering telt.'

'Ja, dat klopt. Het is vaak erg afhankelijk van hoe je zelf ligt bij de leiding.'

'Keuze tussen bedrijfseconomische belangen en menselijke aspecten kunnen lastig zijn voor de leidinggevende.'

'Soms moet je ingrijpen als iemand te snel wil. Ik heb toen een zieke medewerker thuis opgezocht en werk afgehaald. Je moet in zulke gevallen iemand rust en ruimte gunnen om ziek te mogen zijn.'

'Als je als leidinggevende zelf te veel gaat regelen en je overal mee bemoeit, loop je de kans om zelf overbelast te raken. Ook dan zou het goed zijn om meer steun van de arbodienst te hebben en van je eigen leidinggevende.'

'Je moet je bedrijf draaiende houden en je moet een aantal zaken van te voren kunnen inschatten, bijvoorbeeld: hoelang zal iemand afwezig zijn? Is de vervanging nodig? (...) Die dingen moet je gewoon van je bedrijfsarts kunnen verwachten.'

'Contacten met de bedrijfsarts zijn in het algemeen goed: wel meer kennis van de problematiek door de bedrijfsarts nodig (...)'

'Soms heb je 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. Dan word ik teleurgesteld en vraag ik me af wat de toegevoegde waarde is van de bedrijfsarts.'

'Ja, de bedrijfsarts heb je nodig om te toetsen hoe het gaat en om een vertaalslag te kunnen maken naar werk. Van de medewerker zelf komt heel diffuus info, de feiten kunnen een andere kleuring/betekenis krijgen. Hoe slecht of goed is het nieuws eigenlijk?'

'Als leidinggevende heb je ook behoefte aan bevestiging, de spreekwoordelijke aai over de bol, waardering is prettig. Als bedrijfsarts kan je de leidinggevende het gevoel geven dat hij goed bezig is, een compliment kan nooit kwaad.'

De deelnemers vonden dat de leidinggevende niet alleen verantwoordelijk was voor het contact met een zieke werknemer, maar ook met de eigen leidinggevende. Dat laatste contact verliep

af en toe moeizaam. Ook ging een werknemer na diagnose en behandeling voor kanker soms te snel terug aan het werk en volgde er een terugval. Dit vonden leidinggevendenden moeilijk in te schatten.

De rol van de bedrijfsarts: kennis en advies

De leidinggevendenden gaven aan dat ze de bedrijfsarts nodig hadden voor het inschatten van de belastbaarheid en de sturing van de werkhervatting. De meeste leidinggevendenden vonden dat ze niet genoeg informatie kregen van de bedrijfsarts over de ziekte, prognose, belastbaarheid en werkaanpassingen. Andere leidinggevendenden zouden graag meer coaching of complimenten willen krijgen van de bedrijfsarts.

Werkhervatting

Het was voor leidinggevendenden moeilijk om in te schatten wanneer werknemers weer aan het werk konden (box 7). Werkaanpassingen vonden zij wenselijk en noodzakelijk, maar ze waren niet altijd mogelijk.

Box 7

Uitspraken van de leidinggevendenden over werkhervatting

'Hoe moet je werkzaamheden doseren? Flexibiliteit is nodig, op goede dagen aan het werk. Flexibel invullen van taken, eigen projecten, verantwoordelijkheid niet afpakken. Als volwaardige collega beschouwen.'

'Het valt niet mee met doseren bij iemand met kanker. Als je iemand goed kent, gaat het makkelijker. Bij medewerkers die je niet kent, is dat erg lastig. Soms zie je dat iemand graag wil, maar dat het niet lukt.'

'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 vermoeidheid niet functioneert en fouten gaat maken moet je ingrijpen.'

'In voorkomende gevallen overleg ik rechtstreeks met de huisarts als een medewerker dat op prijs stelt.'

'Er zijn knelpunten op de werkvloer. (...) Hoelang kan je volhouden werk naar anderen te delegeren? Je bent toch ergens bang dat andere medewerkers gaan omvallen als dit te lang duurt en geen vervanging wordt geregeld.'

Communicatie

De leidinggevendenden probeerden zo open en duidelijk mogelijk te communiceren met de zieke werknemer en met de overige collega's (box 8). Zij vonden dit belangrijk om een draagvlak te hebben bij de collega's.

Box 8

Uitspraken van de leidinggevendenden over communicatie

'Alles bespreekbaar maken op de werkvloer, er is 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.'

'Wat helpt voor de werkvloer zijn tussentijdse rapportages/berichtjes over/van de zieke collega.'

'Er is vaak 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.'

DISCUSSIE

Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in ervaringen van kankerpatiënten en leidinggevendenden met terugkeer naar werk na diagnose en behandeling, alsmede de communicatie tussen patiënten, artsen en leidinggevendenden over terugkeer naar werk.

Een sterk en uniek punt van deze studie is de focus op de invloed van een groot deel van betrokken partijen op het werkhervattingproces en dan met name de aandacht voor de rol van de bedrijfsarts. Ten tweede hebben we bij het onderzoek leidinggevendenden betrokken wat nog niet eerder gebeurd was. Een zwak punt van dit onderzoek is de relatief kleine en selectieve groep. Wat betreft de patiënten was een grotere variatie aan diagnoses en werkenden in zware beroepen wenselijk geweest en voor de leidinggevendenden een variatie aan opleiding. Echter, de groepen patiënten en leidinggevendenden waren representatief wat betreft sekse en leeftijd.

In de groep patiënten was een relatief groot percentage werknemers ontslagen vergeleken met cohortstudies.^{2,3} Dit zou veroorzaakt kunnen worden door het feit dat deze groep patiënten meer genegen is om deel te nemen aan een focusgroep om zo hun ervaringen te delen. Een andere mogelijke reden waarom er bij de focusgroep relatief veel ontslagen/werkloze werknemers waren, is dat de focusgroep overdag samenkwam. Mensen die werken en niet gemakkelijk vrij kunnen nemen, zullen dan ook niet komen. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat er meer negatieve ervaringen op het gebied van werkhervatting naar voren zijn gekomen.

Het onderzoek illustreert dat het proces van werkhervatting momenteel niet vlekkeloos verloopt. De meeste patiënten gaven aan dat ze te weinig advies kregen over werkhervatting van 'health professionals', zoals bedrijfsartsen, specialisten en huisartsen. Dit is vergelijkbaar met internationaal onderzoek van Kennedy et al.⁸ waaruit bleek dat het voor behandelend artsen moeilijk is om individueel advies te geven over terugkeer naar werk. Nederlands onderzoek van Verbeek et al. heeft eveneens laten zien dat de kwaliteit van begeleiding van kankerpatiënten door bedrijfsartsen te wensen overlaat. Deze kwaliteit is zeer belangrijk, want een hoge kwaliteit hangt samen met een twee keer snellere terugkeer naar het werk.⁹

Uit de focusgroepgesprekken met patiënten en leidinggevendenden bleek dat de late gevolgen van kanker zoals vermoeidheid en concentratieproblemen, en belastbaarheid, belangrijke factoren

zijn in het werkhervattingsproces. Uit onderzoek naar voorspellende factoren voor terugkeer naar werk dat we hebben uitgevoerd bij 195 kankerpatiënten, bleek dat deze belastbaarheid goed door patiënten zelf kan worden ingeschat. Zelfgerapporteerd werkvermogen voorspelde het wel of niet weer aan het werk zijn een jaar later, onafhankelijk van leeftijd en klinische factoren.¹⁰

De meeste patiënten in ons onderzoek ervoeren steun en begrip van collega's en leidinggevendenden. Uit eerder onderzoek uit Engeland is gebleken dat dit zeer belangrijk is voor werkhervatting.¹¹

In de toekomst is er behoefte aan onderzoek naar interventies die de communicatie tussen patiënten, leidinggevendenden, bedrijfsartsen, huisartsen en specialisten ondersteunen. Een pilotstudie bij radiotherapiepatiënten naar de effecten van het meegeven van een 10-stappenplan voor terugkeer naar werk en het doorgeven van informatie over de behandeling van de specialist naar de bedrijfsarts, heeft laten zien dat dit een haalbare en wellicht effectieve interventie is.¹²

CONCLUSIE

Uit ervaringen van werkende kankerpatiënten aanzien van terugkeer naar werk na diagnose en behandeling blijkt dat zij in het algemeen steun ondervinden van collega's en leidinggevendenden. Zowel patiënten als leidinggevendenden gaven aan dat ze meer kennis en advies nodig hebben van de bedrijfsarts. Communicatie tussen patiënten, leidinggevendenden, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en specialisten blijkt als zeer belangrijk gezien te worden. Echter, de beperkte communicatie tussen deze partijen wordt als een belangrijk knelpunt ervaren in het werkhervattingsproces.

LITERATUUR

- Kuijpers JLP. Kanker: steeds meer een chronische ziekte. Presentatie op TBV-congres, november 2006.
- Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work – a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1562–1567.
- Kremer AM, Wevers CWJ. Kanker in relatie tot werk. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2003; 11: 231–237.
- Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology* 2002; 11: 124–131.
- Main D, Nowels C, Cavender T, et al. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 992–1004.
- Nachreiner N, Dagher CR, McGovern P, et al. Successful return to work for cancer survivors. *Business Leadership* 2007; 55: 290–295.
- Maunsell E, Brisson C, Dubois L, et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 467–473.
- Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care* 2007; 16: 17–25.
- 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: 352–357.
- Boer AG de, Verbeek JH, Spelten ER et al. Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br J Cancer* 2008; 98: 1342–1347.
- 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.
- Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve L, et al. 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.

Belangenconflicten: geen gemeld

Financiële ondersteuning: niet gemeld

DANKWOORD

Wij danken Mona van der Steeg van het CBO te Utrecht voor haar bijdrage als moderator van de focusgroepen; en alle patiënten en leidinggevendenden die hebben willen meewerken aan dit onderzoek.

PERSONALIA

Dr. A.G.E.M. (Angela) de Boer is universitair docent bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid in het AMC te Amsterdam.

Dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybysz is bedrijfsarts en projectleider bij het Kwaliteitsbureau NVAB.

Drs. L.M. (Laurence) Maes is beleidsmedewerker maatschappelijke participatie bij Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Utrecht.

Prof.dr. M.H.W. (Monique) Frings-Dresen is hoogleraar en principal investigator (PI) bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid in het AMC te Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Angela de Boer, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Ko-105, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.
E-mail: a.g.deboer@amc.nl.

BOEKBESPREKING

Handbook of Cancer Survivorship

Michael Feuerstein (red.). New York: Springer, 2007, ISBN 9780387345611.

Overlevenden van kanker worden geconfronteerd met veel problemen die het oppakken van maatschappelijke rollen, waaronder terugkeer naar werk, kunnen belemmeren. Het *Handbook of Cancer Survivorship* is bedoeld voor de professionals betrokken bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten. Het beschrijft de belangrijkste knelpunten en uitdagingen die kankerpatiënten ervaren, en geeft handvatten voor de medische professionals hoe daarmee om te gaan in de praktijk en aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek.

Vanuit het perspectief van ons eigen vakgebied zijn voornamelijk deel 2 en 3 van belang. In deel 2 worden vermoeidheid, pijn, angst en depressie besproken. Vermoeidheid is een invaliderende klacht en kan nog jaren na de diagnose en behandeling aanwezig zijn. Uit onderzoek blijkt dat tegen deze klacht effectieve interventies (fysieke training al dan niet gecombineerd met cognitieve gedragstherapie) bestaan die tot een statistisch significante verbetering van de kwaliteit van leven leiden en diverse aspecten van maatschappelijk participeren van kankerpatiënten verbeteren. Angst en depressie komen als een comorbide aandoening bij kankerpatiënten in principe niet vaker voor dan bij andere chronisch zieken, maar worden vaak niet onderkend. Pijn is een veel voorkomende klacht bij kankerpatiënten en heeft een negatief effect op hun functioneren en de kwaliteit van leven. En ook hier is de algemene valkuil dat pijn gewoon een onderdeel uitmaakt van het hebben van de diagnose kanker en dat men daarin berust.

Deel 3 gaat over secundaire preventie. Omdat kankerpatiënten een goede overleving hebben, is meer aandacht nodig voor de algemene gezondheid in de jaren na de diagnose. Ongezonde leefstijl, verhoogd risico op comorbiditeit en het ontstaan van secundaire tumoren bij kankerpatiënten zal de aandacht moeten hebben van elke professional, ook de bedrijfsarts. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat het krijgen van de diagnose kanker erg motiverend is om de leefstijl aan te passen en gezond(er) te gaan leven. U kunt in dit hoofdstuk informatie vinden over wat er concreet aan gedaan kan worden (denk aan fysieke activiteit, gezonde voeding, preventie van overgewicht, stoppen met roken, enz.)

Werk komt aan de orde in een apart hoofdstuk. De auteurs, J. Verbeek en E. Spelten, bespreken knelpunten waarmee kankerpatiënten te maken hebben bij terugkeer naar werk. Kennis van de positieve en negatieve voorspellers, aandacht voor de knelpunten en effectieve interventies kunnen de bedrijfsarts ondersteunen in zijn beleid.

Handbook of Cancer Survivorship is een bijzonder lezenswaardig boek en aan te raden als naslagwerk voor de bedrijfsarts en verzekeringsarts. Wellicht vindt u daar geen nieuws, maar wel goed onderbouwde moderne inzichten over de begeleiding van kankerpatiënten die in uw dagelijkse praktijk goed van pas kunnen komen.

Iwona van Zanten-Przybysz

AANKONDIGING TALMAPENNING 2009

De inzendtermijn voor mededinging naar de Talmapenning 2009 is thans open. Auteur(s) van publicaties, zoals dissertaties, artikelen, scripties in het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige, waarvan het onderwerp ligt op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde kunnen hiervoor in aanmerking komen. De verschijningsdatum van de publicaties moet liggen na 1 januari 2007. Degenen die hun publicatie in aanmerking willen laten komen voor de Talmapenning, sturen deze publicatie in vijfvoud naar de secretaris van de Talmajury: dhr. P. van der

Putten, Douve Weienstraat 5, 6417 GH Heerlen. De inzendtermijn sluit 31 december 2008. Toch verzoekt de jury de kandidaten hun publicaties zo spoedig mogelijk in te zenden.

De Talmajury beoordeelt de ingezonden publicaties en draagt de winnaar van de penning voor aan het bestuur van de NVVG. Aan het winnen van de penning is naast de penning ook een geldbedrag van € 1250 verbonden.

Voor meer informatie kunt u zich wenden tot: dhr. P. van der Putten, tel. 045 541 4086.

Moe is niet lui

Karin Bodewes

Voordat ik ziek werd was ik een gewone moeder met een gewone man, gewone dochters en een gewone baan. Het leven was vanzelfsprekend, totdat het knobbeltje in mijn linkerborst kanker bleek te zijn. Met mijn 41 lentes was kanker plotseling niet meer iets dat alleen anderen overkwam.

Borsten werden een hot item binnen ons gezin. Bij onze dochters van 11 en 13 begon te groeien wat bij mij verwijderd moest worden. Ik voelde mij erg schuldig richting mijn werkgever. Als secretaresse zat ik uiterst verantwoord achter de computer, maar ik werd ziek en mijn werkgever moest mij doorbetalen. Vlak na de amputatie zat ik daarom met drain op kantoor om mijn schuldgevoel weg te werken.

Nabehandeling bleek niet nodig. In kankerland kon het honderd keer erger, daarom beschouwde ik mijzelf als een geluksvogel en dacht deze kanker er wel even tussendoor te doen. Mijn lijf dacht er echter anders over. Ik bleef moe, had last van mijn arm en mijn hoofd werkte niet meer zoals ik gewend was. De arboverpleegkundige trapte op de rem. Ik werd bij lange na niet fit en bleef werken op arbeidstherapeutische basis.

Bij controle na een jaar bleek dat er in mijn rechterborst ook kanker zat. Deze borst werd verwijderd. Er volgde wederom geen nabehandeling. Helemaal plat was handiger dan met één grote borst. Ik moest veel inleveren, want dit jaar kostte me behalve twee borsten ook mijn baan. Mijn energiepeil was gedaald tot bedroevende laagtes. De UWV-medewerker met wie ik te maken kreeg was uiterst begripvol. Hij maande mij tot rust en aandacht voor mijn gezin en verstrekte mij een ziektebewijs. Het ontslag gaf mij de gelegenheid om het revalidatieprogramma Herstel & Balans te gaan volgen zonder schuldgevoel richting werkgever.

Toen kwam de WIA-keuring. De UWV-arts leek mij te begrijpen. Hij rapporteerde 'algehele vermoeidheid', en concludeerde dat ik wel twintig uur per week kon werken (mijn oude aantal werkuren). Alsof je je aanmeldde bij de vierdaagse op krukken! Ik kon mij hierbij niet neerleggen. De vermoeidheid had een enorme impact op mijn bestaan. Het bezwaar werd ongegrond verklaard en de beroepsprocedure loopt inmiddels anderhalf jaar. Al die tijd bevind ik mij in een ongewenste spagaat. Aan de ene kant moet ik bewijzen wat ik niet kan in de procedure. Aan de andere kant moet ik bewijzen wat ik wel kan op de arbeidsmarkt.

Sinds enkele maanden heb ik, naast vrijwilligerswerk voor BVN en NFK, een piepklein betaald baantje als oproepnotuliste. Hier was een list voor nodig om binnen te komen, want met mijn vlekje kwam ik niet zelfstandig binnen. Het is heerlijk om weer collega's te hebben, en een heuse salarisstrook te ontvangen (hoewel mijn wisselende inkomsten voor UWV erg lastig zijn, wat mij hopen energie kost). De geneugten van het werken kan ik geen twintig uur per week volhouden. Ik ben het eens met UWV dat twintig uur per week een gewenste situatie is. Graag zelfs! Mijn huidige werkervaring beweert, naast het kwartet huisarts, chirurg, medisch adviseur rechtsbijstandverzekeraar en oncoloog, iets anders. Ik hoop vurig dat mijn energiepeil het mogelijk zal maken om twintig uur per week te gaan werken. Geef me energie en ik ben wég uit de regelingen, daar heb ik de hijgende adem van de maatschappij in mijn nek niet voor nodig. Daarnaast is het mijn grote wens dat verzekeringsartsen vermoeidheid na kanker gaan wegen in de mate die recht doet aan de situatie, zodat mijn medekankerpatiënten niet de weg hoeven te gaan die ik ga om vermoeidheid erkend te krijgen en zij hun energie kunnen besteden aan beter worden en werken.

Over haar ervaringen met borstkanker heeft Karin Bodewes een boek geschreven: *Cellencomplex K*. Soest: Boekscout.nl, 2007. Dit boek wordt elders in dit nummer besproken.

Kanker, werkhervatting en de bedrijfsarts

J.H.A.M. Verbeek

SAMENVATTING

Werkhervatting is voor veel kankerpatiënten een lastig probleem waarbij het niet altijd duidelijk is wat de rol van de bedrijfsarts is. In het kort worden achtereenvolgens besproken de historische achtergronden, de problemen die kankerpatiënten na behandeling ondervinden, de kennis die we over werkhervatting hebben en het handelen van de bedrijfsarts in Nederland bij deze patiënten. Geconcludeerd wordt dat de behandelaar meer bij werkhervatting moet worden betrokken en dat een richtlijn een belangrijke impuls kan zijn voor betere begeleiding van kankerpatiënten bij werkhervatting.

Het is eigenlijk verwonderlijk dat werkproblemen bij kankerpatiënten niet altijd het domein van de bedrijfsarts zijn geweest. Natuurlijk was de bedrijfsarts altijd betrokken bij de diagnostiek van kanker als beroepsziekte. Denk bijvoorbeeld aan de benoeming van asbest als de hoofdoorzaak van mesotheliom, wat zo succesvol tot een asbestverbod heeft geleid. Maar andersom werd de rol van de bedrijfsarts bij werkhervatting na kanker eerder negatief dan positief gedeut. Ik citeer uit een ziekenhuisprotocol: 'Adviseer de patiënt dat hij in het overleg met de bedrijfsarts ervoor zorgt dat hij goed kan verwoorden hoe de situatie is. Als er problemen zijn, mag de bedrijfsarts altijd contact opnemen met de behandelaar. Patiënten geven vaak aan toch druk van de bedrijfsarts te ervaren. Het is het beste om te zeggen dat de patiënt dit met de specialist bespreekt en dan te horen krijgt wat hij aan de bedrijfsarts moet vertellen'. De oudere bedrijfsarts zal hierin de vroegere paradoxale scheiding van behandeling en controle herkennen. De behandelaar had alle goeds voor met de patiënt en bemoeide zich vooral niet met werkhervatting en de bedrijfsarts had alleen de werkgeverspet op en stuurde de patiënt zo snel mogelijk aan het werk. Om het maar even zwart-wit te zeggen. Voor kankerpatiënten is het resultaat daarvan geweest dat ze wat betreft werk en functioneren door behandelaars het bos in werden gestuurd met vage adviezen als 'luister naar je lichaam' of 'als u eraan toe bent, kunt u weer gaan werken'. Met de gebrekkige kennis van het sociale zekerheidssysteem heeft dit zeker veel patiënten onterecht langdurig van werken afgehouden met arbeidsongeschiktheid en verlies van werk tot gevolg. In deze situatie was het voor de bedrijfsarts natuurlijk moeilijk opereren. Het is dan ook niet verwon-

derlijk dat het zo lang geduurd heeft voor we actief met kennis- en beleidsontwikkeling begonnen zijn.

WAT ZIJN DE PROBLEMEN VAN KANKERPATIËNTEN?

Kanker is een veel voorkomende ziekte. Iedereen kent wel iemand in zijn omgeving die kanker heeft doorgemaakt. Het hoeft dan ook weinig betoog dat de ziekte een enorme belasting met zich meebrengt zowel in emotioneel als in lichamelijk opzicht. Noch voor betrokkene zelf, noch voor de omgeving is het gemakkelijk om daarmee om te gaan.

In de leeftijdscategorie van de werkende bevolking komt vooral borstkanker en darmkanker voor. Beide gaan vaak gepaard met ingrijpende behandeling in de vorm van chemotherapie en bestraling na operatie. Door de verbeterde behandeling zijn de overlevingskansen de afgelopen decennia enorm verbeterd. Desondanks hebben de patiënten die de behandeling 'afgerond' hebben, te maken met een scala aan problemen zoals lichamelijk problemen, vermoeidheid, depressie, cognitieve problemen en relatieproblemen. In de Angelsaksische literatuur wordt dit de 'burden of cancer survivorship' genoemd. In het Nederlands hebben we eigenlijk geen goede vertaling voor cancer survivorship. Meestal hebben we het over kankerpatiënten als patiënten met een chronische ziekte in de zin van een ziekte met langer durende gevolgen. Dat lijkt voor cancer survivors een adequate benaming en in die zin heb ik het hier verder over kankerpatiënten. Hoewel er natuurlijk allang aandacht is voor de kwaliteit van leven van kankerpatiënten na de behandeling, is dat toch vooral in beschrijvende zin geweest. Pas onlangs is er aandacht gekomen voor de aanpak van die problemen. Het recent verschenen *Handbook of cancer survivorship* geeft een diepgaand overzicht van de kennis en aanpak op dit terrein.¹ Wat kun je aan de vermoeidheid bij kanker doen? Is het goed om veel te bewegen of moet je juist rust hebben? Hoe kunnen we kankerpatiënten het beste helpen bij werkhervatting. Het boek is geredigeerd door Michael Feuerstein, tevens hoofdredacteur van het *Journal of Occupational Rehabilitation*. Als onderzoeker heeft hij zich jarenlang verdiept in problemen van werkhervatting na ziekte. In 2002

**KANKER,
WERKHERVATTING,
BEGELEIDING,
ARBEIDSVERMOGEN**

werd bij hem een astrocytoma gediagnosticeerd wat hij als een van de weinigen heeft overleefd. Die ingrijpende levensgebeurtenis was voor hem aanleiding om zich intensief met de problemen van cancer survivors bezig te houden. Het boek dat eruit voortgekomen is, is een must voor elke bedrijfsarts.

WAT KUNNEN WE LEREN UIT HET ONDERZOEK BIJ KANKERPATIËNTEN?

We kunnen uit het onderzoek bij kankerpatiënten veel leren. We weten immers maar betrekkelijk weinig van hoe het werkhervattingsproces na ziekte verloopt. Heel anders dan bij patiënten met rugklachten hebben we te maken met een ernstige lichamelijke ziekte en aan de legitimiteit van verzuim twijfelt niemand.

Het WHO-model voor functioneren geeft goede handvatten om de gedachten te structureren. Het model geeft aan dat ziekte invloed heeft op de trias lichamelijke stoornissen, beperkingen en deelname aan maatschappelijke rollen. Of er sprake is van ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid wordt mede bepaald door omgevingsfactoren zoals zwaar werk en persoonlijke factoren zoals persoonlijke opvattingen over ziekte en werk.²

Het WHO-model wordt in belangrijke mate ondersteund door onderzoek bij kankerpatiënten.³ Uit dit onderzoek weten we dat de diagnose en behandeling de belangrijkste invloed hebben op het al of niet werken. In een cohort van 225 patiënten die tussen 6 en 18 maanden na ziektemelding werden gevolgd, bleek bij de diagnose borstkanker het verzuim bijna 2,5 keer zo lang te duren als bij de diagnose testiskanker. Binnen de groep borstkankerpatiënten met dezelfde behandeling en prognose bleek het verzuim nog steeds ruim te variëren van enkele dagen tot de 18 maanden die de follow-up duurde. Lichamelijk belastend werk en de mate van ervaren vermoeidheid bleken de variatie in geringe mate te verklaren. Patiënten die aangaven dat ze ernstig vermoeid waren, deden er twee keer zo lang over om weer aan het werk te komen dan minder vermoeide patiënten. Een veel belangrijkere factor bleek echter de eigen inschatting van de mogelijkheid om te kunnen werken. Aan kankerpatiënten werd gevraagd het eigen arbeidsvermogen aan te geven in relatie tot het best denkbare ooit op een schaal van 0 tot 10. Patiënten die bijvoorbeeld 3 scoorden deden er vijf keer zo lang over om weer aan het werk te komen als patiënten die 8 scoorden.⁴ Dit was onafhankelijk van de andere factoren die werkhervatting voorspelden. Dit betekent dat, naast behandeling en diagnose

de variatie in werkhervatting dus in belangrijke mate wordt voorspeld door het idee dat iemand heeft over zijn eigen werkvermogen. Dit komt goed overeen met ander onderzoek waarbij de verwachtingen van de patiënt zelf de beste voorspeller zijn. Het is niet duidelijk waar die verwachtingen vandaan komen. Komt het omdat de behandelaars aangeven dat het beter is om niet te werken of omdat patiënten toch al ontevreden waren over hun werk? Daar ligt nog een belangrijk onderzoeksveld open. De vraag is verder of dit betekent dat die verwachtingen gewoon de beste weergave van de werkelijkheid zijn of dat we moeten proberen om de verwachtingen bij de somberste patiënten bij te stellen. Uit onderzoek bij hartinfarctpatiënten blijkt dat die sombere verwachtingen vaak niet terecht zijn en dat het mogelijk is om die met interventies bij te stellen.⁵ In toekomstig onderzoek moet blijken of dat ook bij kankerpatiënten zinvol en mogelijk is. Om de prognose voor werkhervatting bij kankerpatiënten in te schatten is het dus van belang om informatie te hebben over de diagnose en behandeling én de eigen inschatting van het arbeidsvermogen van de patiënt. Is die eigen inschatting heel somber bij een patiënt met bijvoorbeeld operabel testiscarcinoom dan is het zaak om het probleem van werkhervatting extra aandacht te geven.

HOE GOED DOEN BEDRIJFSARTSEN HET?

Er zijn veel opvattingen maar er is weinig onderzoek naar de begeleiding van kankerpatiënten door de bedrijfsarts. In een van onze projecten was het mogelijk om 100 Nederlandse bedrijfsartsen van kankerpatiënten telefonisch te interviewen over wat ze aan begeleiding deden.⁶ Tegelijkertijd konden we de patiënten vragen hoe tevreden ze over hun bedrijfsarts waren. In

- Historische tegenstellingen tussen behandelaar en bedrijfsarts belemmeren werkhervatting bij kankerpatiënten.
- Kankerpatiënten ondervinden na de behandeling nog vaak meerdere gezondheidsproblemen.
- Onderzoek bij kankerpatiënten leert dat naast diagnose, behandeling, klachten en werkomstandigheden vooral eigen opvattingen van belang zijn voor de duur van de werkhervatting.
- De kwaliteit van de begeleiding door de bedrijfsarts behoeft vooral verbetering op het punt van het contact met de behandelaar, maar wordt door de patiënten over het algemeen gewaardeerd.

een rapportcijfer uitgedrukt gaven de patiënten gemiddeld een 8 min aan de bedrijfsarts. Dat is zeker geen slechte score die aangeeft dat ontevreden en boze patiënten uitzondering zijn en geen regel. Interessant was verder dat de bedrijfsartsen aangaven dat er vrijwel nooit communicatie was met de behandelaar. Dit gebeurde namelijk slechts in 3% van de gevallen. De bedrijfsarts bepaalde het beleid volledig op het verhaal van de patiënt die overigens zelf binnen zekere grenzen wel goed wist aan te geven wat de diagnose en behandeling was. Toch lijkt dit nog weer eens te benadrukken dat het nodig is dat behandelaars actief bij het werkhervattingsbeleid worden betrokken. De patiënten in het onderzoek zagen in overgrote meerderheid steeds dezelfde bedrijfsarts, maar er was over het algemeen weinig frequent contact. De bedrijfsartsen hadden oog voor de aan kankerbehandeling gerelateerde klachten en probeerden daar ook iets aan te doen. Die klachten werden vaak als een belemmering voor werkhervatting ingeschat. Ondanks dat de criteria voor goed handelen door de bedrijfsarts in dit onderzoek tamelijk mild waren, was er nog veel verbetering mogelijk. Een richtlijn voor bedrijfsartsen kan ook hier een goede impuls voor verdere kwaliteitsverbetering geven.

CONCLUSIE

Informatie over de diagnose en de behandeling én de inschatting door de patiënt van het eigen arbeidsvermogen zijn belangrijke indicatoren voor de prognose van de werkhervatting.

Bij de begeleiding van kankerpatiënten door de bedrijfsarts valt nog veel te verbeteren.

Bedrijfsartsen zouden vaker met behandelaars moeten communiceren, en deze actief bij het werkhervattingsbeleid moeten betrekken.

LITERATUUR

1. Feuerstein M (red.). Handbook of cancer survivorship. New York: Springer, 2007.
2. Verbeek JH. How can doctors help their patients to return to work? PLoS Med 2006; 3(3): e88.
3. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work – a prospective cohort study. Eur J Cancer 2003; 39: 1562–1567.
4. Boer AG de, Verbeek JH, Spelten ER, et al. Work ability and return-to-work in cancer patients. Br J Cancer 2008 Mar 18 [Epub ahead of print].
5. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, et al. Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med 2002; 64: 580–586.
6. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, et al. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. Occup Environ Med 2003; 60: 352–357.

PERSONALIA

Dr. J.H.A.M. Verbeek is bedrijfsarts en universitair hoofddocent bedrijfsgezondheidszorg bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en is tevens verbonden aan het Finnish Institute of Occupational Health, Knowledge Transfer Team, Kuopio, Finland.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: j.h.verbeek@amc.uva.nl.

Kanker en werk; onderbelicht in de spreekkamers

C.A. de Kock, I. van Zanten-Przybysz

De prevalentie van kanker in de beroepsbevolking zal in de komende jaren stijgen.¹

Het krijgen van kanker blijkt belangrijke consequenties te hebben voor de positie van kankerpatiënten op de arbeidsmarkt. Dit komt doordat het behouden of krijgen van een baan moeilijker wordt, maar ook doordat het vermogen om arbeid te verrichten, hetzij door de ziekte, hetzij door de behandeling, minder wordt. Kankerpatiënten hebben vaker geen baan dan gezonde leeftijdsgenoten.²

Verlies van werk kan een uitgesproken negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. In dit artikel wijzen wij op het belang van de arbocuratieve samenwerking tussen de bedrijfsarts, de huisarts en de specialist in de begeleiding van kankerpatiënten naar werk. Daarnaast schetsen wij hoe werk binnen de curatieve sector een meer vanzelfsprekend gespreksonderwerp kan worden bij de begeleiding van kankerpatiënten. Wij doen tot slot enkele suggesties om interventies gericht op het behoud van werk meer te verankeren in de praktijk van de huisarts en de specialist.

ARBOCURATIEVE SAMENWERKING NIET VANZELFSPREKEND

Onderlinge afstemming en samenwerking tussen de bedrijfsarts, de huisarts en de specialist verlopen vaak nog moeizaam. In dit kader wordt wel gesproken van een blinde vlek voor arbeid binnen de curatieve sector.³

Een goede communicatie en samenwerking tussen de bedrijfsarts, de huisarts en in voorkomende gevallen de specialist, de zogenoemde arbocuratieve samenwerking (ACS), wordt vaak gezien als een belangrijke voorwaarde om langdurig verzuim en/of gebruik van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te voorkomen. Baanders⁴ heeft onderzoek verricht naar de ervaringen met ACS van 650 patiënten met chronische fysieke aandoeningen. Het bleek dat slechts bij één op de zes chronisch zieken overleg tussen de bedrijfsarts en de huisarts had plaatsgevonden. Vanuit het perspectief van chronisch zieken leidt ACS niet per definitie tot snellere werkhervatting en verkorting van het verzuim, maar het leidt wel tot een beter inzicht in de situatie van de patiënt en daarmee tot adequatere begeleiding door de

bedrijfsarts. Chronisch zieken bij wie de bedrijfsarts wel overleg heeft gepleegd met de huisarts, zijn bovendien vaker van mening dat dit gunstige gevolgen heeft gehad voor de werkhervatting.

Dat ACS wel goed mogelijk is binnen de huidige setting, blijkt uit het volgende voorbeeld:

CASUS

Mevr. G., 55-plusser, heeft ruim 1,5 jaar geleden de diagnose borstkanker gekregen, waarvoor zij een borstamputatie onderging met een okselkliertoilet. Na de operatie deden zich complicaties voor. Zij ontwikkelde een lymfokele en kreeg een infectie. Er volgde een ziekenhuisopname. Daarna onderging zij maandenlang chemo- en radiotherapie. Het viel haar erg zwaar. De probleemanalyse vond telefonisch plaats door de verzekeringsarts drie maanden na de ziekmelding. Zes maanden na de ziekmelding kwam mevr. G. voor het eerst op het spreekuur. De behandeling was afgesloten en de kanker was weg. Haar zus vertelde dat mevr. G. nog slechts een schaduw van zichzelf was. De genadeslag was het ontslag na 30 jaar als postbezorgster te hebben gewerkt. Mevr. G. zag er bleek en vermoeid uit en had een pruik op. Het gesprek kostte haar veel moeite. De verzekeringsarts constateerde een depressie. Er volgde overleg met de huisarts waarna een psychotherapeut werd ingeschakeld.

In de maanden die kwamen, overwon mevr. G. haar depressie. De verzekeringsarts, de huisarts en de therapeut vierden het succes: het was hen gelukt om mevr. G. erdoorheen te slepen. Alleen de vermoeidheid wilde niet weg. Er volgde opnieuw overleg, deze keer met de oncoloog. Kankerrevalidatie zou goed zijn voor haar. Ook haar oncoloog had dat bedacht, maar zij weigerde. Zij voelde er niets voor om met de ellende van andere kankerpatiënten te maken te krijgen. Uitleg hielp niet. Na wederom overleg met de oncoloog en de huisarts, begon mevr. G. met een individueel trainingsprogramma. Het bevat haar nog steeds goed en zij gaat ermee door.

Nadat de depressie was opgeknapt en de alles overheersende vermoeidheid langzaam onder

**KANKER,
TERUGKEER NAAR
WERK,
ARBOCURATIEVE
SAMENWERKING,
KETENZORG,
BEDRIJFSARTS,
HUISARTS.**

controle leek te komen, werd het tijd om over re-integratie te praten. Mevr. G. kreeg een afspraak met de arbeidsdeskundige. De ingeschakelde arbeidsdeskundige had affiniteit met de doelgroep oncologische patiënten en 'stak uitermate zorgvuldig in'. Mevr. G. begon met vrijwilligerswerk een paar uur per week bij haar in de buurt. Op het moment dat zij opgeroepen werd voor de WIA-keuring, lukte het haar net om dit vol te houden.

Epiloog

Mevr. G. heeft de WIA-keuring achter de rug. De verzekeringsarts constateerde nog ernstige beperkingen op een aantal vlakken. Mevr. G. gaat onder begeleiding van de arbeidsdeskundige verder met de re-integratie. Na 1 jaar zal de herbeoordeling plaatsvinden. Mevr. G. is positief over de toekomst en ze is tevreden over de begeleiding van de betrokken medische professionals. En dat is wederzijds.

WAAROM BLIJFT HET THEMA WERK NOG STEEDS VAAK ONBESPROKEN BINNEN DE CURATIEVE SECTOR?

De patiënten bij wie kanker wordt geconstateerd, verkeren in onzekerheid over hun vooruitzichten en de mate waarin zij hun oude leven weer zullen kunnen oppakken. Wat zal de ziekte betekenen voor hun positie op de arbeidsmarkt? Zullen zij in staat blijken hun eigen werk te blijven doen? Zal er eventueel ander geschikt werk voor hen zijn? Wat voor consequenties zal hun ziekte hebben voor hun inkomsten? Denk hierbij aan de huidige WIA-wetgeving, waarbij na 2 jaar Ziektewet-periode een keuring komt. Het komt ook voor dat kankerpatiënten hier helemaal niet over nadenken, omdat ze in beslag worden genomen door hun ziekte en behandeling. Bij behan-

delars kan een zekere schroom bestaan om het onderwerp aan te snijden, omdat de patiënt met hele andere dingen bezig is.

Ook de huisarts kent de nodige onzekerheid. Wat wordt er eigenlijk verwacht met betrekking tot de begeleiding van de kankerpatiënt in relatie tot werk? Is dat niet een taak van de bedrijfsarts en is deze niet veel beter op de hoogte van de aard van het werk als van de wetgeving rond verzuim? Is het medisch wel verantwoord voor de patiënt om weer aan het werk te gaan en is het niet aan de oncoloog om daarin te adviseren? Vat de patiënt het niet op als een veroordeling van het feit dat hij verzuimt?

Van een duidelijke rolverdeling is bovendien meestal geen sprake en een actieve invulling van ACS door de huisarts wordt niet zichtbaar gewaardeerd, terwijl ontbrekende ACS zonder consequenties blijft.^{5,6}

ARGUMENTEN OM WERK EEN PROMINENTE(RE) PLAATS OP DE AGENDA VAN DE HUISARTS TE GEVEN

Werk als onderdeel van maatschappelijke participatie is van groot belang voor het welbevinden van mensen.⁷ Een groot deel van de problemen waarmee de huisarts dagelijks wordt geconfronteerd, heeft consequenties voor het functioneren op het werk of is veroorzaakt door het werk van de patiënt.⁸⁻¹⁰ Het verlies of ontbreken van (betaald) werk kan gepaard gaan met of leiden tot problemen die in een hulpvraag aan de huisarts resulteren, zoals depressie of onbegrepen lichamelijke klachten.¹¹ Voor patiënten met kanker geldt dit misschien wel in nog sterkere mate, omdat zij meestal met meerdere verlieservaringen geconfronteerd worden en het werk als één van de delen van hun 'gezonde' leven daarmee nog moeilijker kunnen missen.

WIENS BEMOEIENIS WAARDEERT DE PATIËNT HET MEEST?

Kankerpatiënten geven zelf aan dat informatie over de gevolgen van hun ziekte en behandeling in relatie tot hun werk van belang is.¹² Uit een TNO-onderzoek onder 2410 verzuimende werknemers¹³ bleek dat zij de medisch specialist zien als hun feitelijke behandelaar, maar dat zij daarentegen het liefst te maken hebben met hun huisarts of bedrijfsarts. Verder blijkt dat een goede begeleiding van de bedrijfsarts, waarin continuïteit wordt geboden en actief wordt geïnterveneerd bij klachten en werkgerelateerde problemen tot een snellere terugkeer naar werk leidt.¹⁴

- I Kankerpatiënten ondervinden problemen op de arbeidsmarkt.
- I Werk krijgt te weinig aandacht in de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten door de huisarts en de specialist.
- I De rolverdeling in de begeleiding van kankerpatiënten naar werk is niet duidelijk.
- I Uitbreiding van ketenzorg naar het veld van arbeid en gezondheid zal leiden tot het systematisch betrekken van werkhervatting bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten.

WAT KAN BIJDAGEN AAN DE BEWUSTWORDING BINNEN DE CURATIEVE SECTOR, EN MET NAME BIJ HUISARTSEN, VAN DE BETEKENIS VAN WERK?

De richtlijnen die binnen de curatieve sector gelden zouden een vaste paragraaf moeten bevatten gewijd aan werk. Bij de nieuw te ontwikkelen standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en bij herziening van oude standaarden wordt inmiddels nagegaan of werk op adequate wijze aandacht krijgt. Bovendien zijn er richtlijnen die expliciet de samenwerking met bedrijfsartsen tot onderwerp hebben, zoals de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) 'Overspanning'.¹⁵

Om de vrijblijvendheid rond de begeleiding en de beoordeling aangaande aandoeningen die veelvuldig tot (langdurige) arbeidsongeschiktheid leiden te beperken is in opdracht van de minister van Sociale Zaken in 2005 door de Gezondheidsraad een commissie opgericht. Deze beval de ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen aan waarin zowel aandacht wordt besteed aan het beoordelen, als aan het behandelen en het begeleiden, de zogenoemde 3B-richtlijnen. Hiermee zou voorkomen kunnen worden dat werknemers tegenstrijdige adviezen krijgen. Vervolgens heeft de Gezondheidsraad op verzoek van het kabinet de eerste tien verzekeringsgeneeskundige protocollen laten opstellen. Eén daarvan is gewijd aan borstkanker, dat vaak bij vrouwen in de beroepsbevolking voorkomt. De zorg voor deze patiëntengroep wordt veelal georganiseerd via gespecialiseerde 'mammacare'-poliklinieken, waarin ook aan de psychosociale begeleiding veel aandacht wordt geschonken. Toch is ook in deze setting aandacht voor werk nog geen vanzelfsprekende zaak: *'De kans dat zij goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en over het voor hen relevante hulpaanbod is groot. Desondanks zijn veel patiënten niet voorbereid op re-integratie in arbeid. In ongeveer de helft van de gevallen wordt de terugkeer naar het werk niet met de behandelend arts besproken. Veel patiënten blijken bovendien hun angst- en depressieklachten niet aan hun behandelaar te melden.'*¹⁶

In het protocol wordt verder ingegaan op de factoren die terugkeer naar het werk bevorderen en belemmeren, en wordt gepleit voor meer samenwerking en overleg van de bedrijfsarts met de artsen in de curatieve sector. Met de verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt ook beoogd 'mediprudentie' (analoog aan jurisprudentie) te laten ontstaan, waarbij systematisch ervaringen

met de toepassing van de protocollen geïnventariseerd worden en duidelijker wordt wat bij bepaalde aandoeningen verwacht mag worden ten aanzien van arbeidsongeschiktheid en terugkeer naar het werk. De bedoeling is dat deze 'mediprudentie' leidt tot verbetering van de kwaliteit van de beoordelingen, tot meer rechtszekerheid en rechtsgelijkheid voor de beoordeelde en tot meer transparantie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk.¹⁷

Om de rolverdeling bij de betrokkenheid van verschillende hulpverleners bij een behandeltraject te verhelderen en tot efficiëntere inrichting van het zorgproces te komen wordt dit wel beschreven in termen van zorgketens. Deze ketenzorg wordt al geïmplementeerd rond veel voorkomende chronische somatische aandoeningen, zoals diabetes en COPD. Monitoring vormt een vast onderdeel van ketenzorg en vindt plaats door middel van spiegelinformatie met behulp waarvan hulpverleners kunnen zien hoe hun resultaten zich verhouden tot die van collega's en waarmee ook transparantie geboden kan worden aan beleidsmakers en financiers. Dit vormt een stimulans voor kwaliteitsverbetering.

CONCLUSIE

Door de ziekte en de gevolgen van de behandeling kunnen kankerpatiënten op de arbeidsmarkt een grote achterstand oplopen. Het verlies van werk betekent voor de kankerpatiënt achteruitgang in inkomsten en dikwijls verlies van economische zelfstandigheid, armoede en sociale uitsluiting, maar ook verlies van mogelijkheden tot zelfontplooiing. Het is daarom van belang dat terugkeer naar werk en maatschappelijke participatie een meer vanzelfsprekend aandachtspunt wordt voor de betrokken zorgverleners bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten. Werk is daarom iets om over te praten in de spreekkamer van de huisarts en de specialist, vaak en met oprechte belangstelling. Daar hebben kankerpatiënten behoefte aan en zij worden er beter van.

De verwachting is dat wanneer werk in de zorgketens beter verankerd zou worden, dit tot een bredere maatschappelijke participatie van kankerpatiënten zou leiden, waaronder terugkeer naar werk. Het feit dat de zorg voor werkenden vanuit verschillende bronnen (werkgevers en zorgverzekeraars) gefinancierd wordt, kan een belangrijk knelpunt zijn bij het vormgeven van een dergelijke 'arbocuratieve' zorgketen.

LITERATUUR

1. Kuijpers H. Kanker in de beroepsbevolking: aantallen en trends. (geaccepteerd voor publicatie). Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd, dit nummer.
2. Taskila T, Lindbohm L. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol* 2007; 46: 446-451.
3. Weel C van, Orbon K, Gulden J van der, et al. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006; 97: 288-294.
4. Baanders AN. Chronisch zieken bij de bedrijfsarts: ervaringen met en oordeel over samenwerking met de huisarts. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2004; 12: 37-43.
5. Bakker RH. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005.
6. Nauta AP. Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen [proefschrift]. Heerlen: Open Universiteit Nederland, 2004.
7. Layard R. Happiness. Lessons from a new science. London: Allen Lane, 2005.
8. Weevers HJA, Beek AJ van der, Anema JR, et al. Work related disease in general practice: a systematic review. *Fam Pract* 2005; 22: 197-204.
9. Burg JCM van der, Beek A van der. Arbocuratieve samenwerking anno 2001. Het perspectief van de huisarts. Utrecht: Nivel, 2003.
10. Somai T, Schellevis F, Burg JCM van der, Beek A van der. Visie van de huisarts op de samenwerking met bedrijfsartsen anno 2003 nog onveranderd. *TSG* 2005; 83: 265-271.
11. Korne DF de, Leys MHE, Huijsman R. Sleutelrol waar-
 maken. Huisartsen meer betrekken bij integrale zorg. *Med Contact* 2005; 60: 528-531.
12. Kremer AM, Wevers CWJ. Kanker in relatie tot werk. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2003; 11: 231-237.
13. Heuvel FMM van den, Steenbeck R, Buijs PC. Werknemers wensen bij verzuim een prominenter rol van bedrijfsarts en huisarts. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2006; 7: 299-305.
14. 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: 352-357.
15. Romeijnders A, Terluin B. Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning, 2005. <http://artsennet.nl>.
16. Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
17. Knepper S. 'Mediprudentie' aan de hand van casuïstiek over arbeidsongeschiktheid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2007; 151: 2305-2307.

PERSONALIA

Dhr. drs. C.A. de Kock is huisarts en onderzoeker.
 Mevr. dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybyls is bedrijfsarts en projectleider bij het Kwaliteitsbureau NVAB.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: i.vanzanten@nvab-online.nl.

Kanker door het werk?

G. van der Laan

Jaarlijks overlijden in Nederland meer dan 2000 mensen aan kanker door het werk. Ongunstige arbeidsomstandigheden met blootstelling aan kankerverwekkende stoffen, straling, maar ook nachtarbeid geven een verhoogd kankerrisico.

In dit artikel worden vragen over kanker door werk uit de praktijk behandeld. Vragen die hierover gesteld zijn aan de helpdesk van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten uit de periode 2004–2007 ($n = 139$) zijn hiertoe geanalyseerd. Het betreft vragen naar kankerverwekkende eigenschappen van stoffen, etiologische vragen over individuele gevallen en clusters van kanker in een bedrijf en vragen over mogelijkheden en beperkingen van vroegdiagnostiek.

Het is een emotioneel beladen onderwerp, waarbij de vragen soms complex zijn en niet altijd eenduidig te beantwoorden. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van deze vragen en de systematiek van de beantwoording hiervan, geïllustreerd met enkele voorbeelden.

HELPDESK NCVB

De helpdesk van het NCVB is onderdeel van de website www.beroepsziekten.nl. Het doel hiervan is om ondersteuning te bieden bij vragen over beroepsziekten. Voor het NCVB heeft de helpdesk een thermometerfunctie, een bron van casuïstiek en informatie. De vragen kunnen elektronisch worden gesteld en worden in de regel binnen twee werkdagen beantwoord. Het aantal vragen is de laatste 5 jaar verrassend stabiel: 700–800 per jaar waarbij bedrijfsartsen de grootste groep vragenstellers (60%) vormen. De andere vragenstellers komen uit verschillende hoeken: juristen, arbo-adviseurs, journalisten, beleidsmedewerkers patiënten en studenten.

Een deel van de vragen heeft kanker door het werk als onderwerp. Tabel 1 geeft een overzicht van de vragen gesteld in de periode 2004–2007. Het betreft etiologische vragen over individuele gevallen en clusters van kanker in een bedrijf, vragen naar kankerverwekkende eigenschappen van stoffen en vragen over mogelijkheden en beperkingen van vroegdiagnostiek.

IS DEZE STOF KANKERVERWEKKEND?

Is een stof waarmee gewerkt wordt, kankerverwekkend en hoe kom je daarachter? Het is handig hierbij te varen op beoordelingen door multi-

disciplinaire fora. Het beoordelen van kankerverwekkende eigenschappen van stoffen is immers een lastig proces waarbij uitkomsten van verschillende typen onderzoek moeten worden gewogen: epidemiologische studies en experimenteel onderzoek. Het meest toonaangevend is de classificatie door het International Agency for Research on Cancer (IARC), een WHO-organisatie gevestigd in Lyon. Evaluatie van stoffen vindt plaats in een forum van internationaal vooraanstaande wetenschappers uit verschillende disciplines: toxicologen, epidemiologen, arbeidshygiënist en orgaanspecialisten. Het IARC maakt onderscheid in vier groepen: groep I bevat stoffen en industriële processen die als humaan carcinogeen worden beschouwd. Stoffen en processen in groep II worden als waarschijnlijk (IIA) of mogelijk (IIB) carcinogeen geklasseerd. Groep III omvat niet-geklasseerde stoffen. In groep IV staan stoffen die waarschijnlijk niet carcinogeen zijn. De monografieën over mogelijk kankerverwekkende stoffen worden regelmatig herzien. Het raadplegen van de website van het IARC (www.iarc.fr) is bij het zoeken naar informatie over kankerverwekkende eigenschappen van stoffen een must. Ook kunnen de monografieën worden gedownload om detailgegevens op te zoeken.¹

Nationale regelgeving voor kankerverwekkende stoffen is vaak gebaseerd op dit soort evaluaties. De Nederlandse lijst van kankerverwekkende stoffen is alfabetisch gerangschikt en omvat zowel de stoffen uit groep I en II van de IARC. Naast synthetische chemische producten bevat de lijst ook natuurlijke verbindingen zoals houtstof, aflatoxine en virussen.

Chemicaliën die veel toegepast worden, zijn meestal wel onderzocht op kankerverwekkende eigenschappen. Voor minder vaak gebruikte producten ligt het moeilijker. Het REACH-programma van de EU (*registration, evaluation and authorization of chemicals*) poogt dit te veranderen en vraagt om onderzoek naar mogelijke gezondheidseffecten voordat stoffen op grote schaal geproduceerd worden.

KOMT DEZE KANKER DOOR HET WERK?

Een kankerpatiënt vraagt of zijn ziekte door het werk is veroorzaakt, hoe pak je dit aan? De ach-

Tabel 1

Overzicht van vragen over kanker door het werk aan de Helpdesk van het NCvB met enkele voorbeelden 2004–2007

Vragen naar kankerverwekkendheid van stoffen	26
Is zwavelzuur kankerverwekkend?	
Risico éénmalige blootstelling aan asbest?	
Is briarhoutstof kankerverwekkend?	
Etiologische vragen	
Cases	54
Stembandkanker door polyesterwerk?	
Blaaskanker bij een classificeerder	
Longkanker door styreen?	
Clusters	19
Nierkanker ($n = 2$) in een textielbedrijf	
Cluster maligniteiten in een rioolwaterzuiveringsbedrijf	
Mammacarcinomen ($n = 5$) bij verzorgenden verpleegtehuis	
Vragen naar vroegdiagnostiek, screening	40
Medisch onderzoek asbestwerkers?	
Screening op prostaatcancer bij bestrijdingsmiddelenwerkers?	
Screening laboratoriumpersoneel?	

tergrond van de vraag is vaak dat mensen een verklaring zoeken voor een catastrofe die hen is overkomen; soms wordt gezocht naar een grond voor een aansprakelijkheidsprocedure, zeker als men in slechte omstandigheden gewerkt heeft.

Mesotheliom bij een tandtechniker?

Een 62-jarige man ontwikkelde een mesotheliom. Bij een zorgvuldige expositieanamnese werd de mogelijke blootstelling aan asbest in kaart gebracht. Hij heeft zijn hele leven in tandtechnische laboratoria gewerkt en herinnerde zich dat vroeger asbestpapier werd gebruikt bij het maken van inlays. Dit werd bevestigd door oude werkvoorschriften en bij een literatuursearch vonden we een Scandinavisch artikel waarin bij arbeidshygiënische metingen relevante asbestconcentraties in tandtechnische laboratoria werden beschreven. Een positieve asbestanamnese dus in een beroep waarbij asbestexpositie niet voor de hand ligt.

Meer dan 2000 mensen in Nederland overlijden jaarlijks aan kanker door het werk.

Vooraf bij mesotheliom, kanker van de neusbijholtes en ook bij longkanker, leukemie en blaaskanker moet aan blootstelling aan carcinogenen op het werk worden gedacht.

Een gedetailleerde 'life-long'-arbeidsanamnese kan onverwachte blootstelling aan carcinogenen aan het licht brengen.

Bij een mogelijk geval of cluster van beroepskanker dient de bedrijfsarts de rol van counselor en adviseur naar zich toe te trekken.

Bij de beantwoording van deze vraag is het raadzaam de systematiek van de beroepsziektediagnostiek te hanteren, volgens het 5-stappenplan.³

1. Vaststellen van gezondheidsschade. Het is van belang de precieze aard van de ziekte te kennen (lokalisatie, PA-diagnose).
2. Het vaststellen van de relatie met arbeid. Onderzoek of in de literatuur een verband tussen deze aandoening en blootstelling aan stoffen in het werk wordt aangeduid. In tabel 2 zijn enkele voorbeelden van kankervormen en de mogelijke oorzaken uit het beroep opgenomen. Het handboek van Adami et al.³ geeft een uitputtend overzicht van kanker-epidemiologie, met causale factoren en klinische aspecten.
3. Het vaststellen van de blootstelling door middel van een expositieanamnese of andersoortige gegevens uit het verleden; meetgegevens van de eigen of vergelijkbare andere arbeidssituaties geven hieraan steun. Ook moet de relatie in de tijd tussen blootstelling en het ontstaan van de aandoening helder gekregen worden (plausibele latentietijd?).
4. Differentiaaldiagnostiek (DD): ook andere mogelijke verklaringen moeten overwogen worden (ook andere blootstellingen, zoals sigarettenroken).
5. Ten slotte moet een conclusie worden getrokken. De conclusie zal vaak geformuleerd worden in termen als 'waarschijnlijk, mogelijk of onwaarschijnlijk'. Allereerst is dit van belang voor counseling van de patiënt en waar mogelijk voor advisering van het bedrijf. Bedrijfsartsen dienen waarschijnlijke gevallen te melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (www.beroepsziekten.nl). In het geval van mesotheliom en verdachte blootstelling aan asbest is het belangrijk patiënt te wijzen op het bestaan van een Instituut voor Asbestslachtoffers (www.AIS.nl), dat voorlichting verzorgt, bemiddelt in juridische procedures en voorschotten kan verstrekken.

IS ER SPRAKE VAN EEN KANKERCLUSTER?

Bij het voorkomen van een aantal verdachte kankergevallen in één bedrijf of bedrijfstak, meerdere gevallen bij een grote groep blootgestelden, kan epidemiologisch clusteronderzoek aangewezen zijn. Bij dit type onderzoek dient men op allerlei valkuilen bedacht te zijn. Risicocommunicatie met duidelijkheid over de stappen in het onderzoek en openheid over de interpretatie van de resultaten is hier erg belangrijk. Vaak gaat het voorkomen van een cluster van kankergevallen

Tabel 2

Kanker door het beroep: voorbeelden

Lokalisatie	Populatieattributief risico*	Beroepsmatige blootstelling aan carcinogenen op het werk
Blaas	7-19%	Aromatische aminen in pigmentfabricage, rubber- en kabelindustrie
Long	6,3-13%	Arsen, asbest, chroom, nikkel (rvs-lasters) PAK's, BCME, straling
Leukemie	0,8-2,8%	Benzeen, ethyleenoxide, straling
Huid	1,5-6%	PAK's, UV en ioniserende straling bij buitenwerkers, radiologische werkers, asfalteerders
Lever	0,4-1,1% (alleen VCM)	Vinylchloride monomeer, aflatoxine, hepatitis B en C
Neus en -bijholtes	33-46%	Houtstof (meubelmakers)
Pleura, peritoneum (mesothelioom)	85-90%	Asbest bij o.a. isoleerders, asbest-cementfabricage, scheepsbouw, slopers
Alle kankersoorten	♀ 1,5%; ♂ 8%	Vooraf 'blue-collar' werk

Het populatieattributieve risico geeft aan welk deel van alle gevallen van de betreffende tumor door factoren in het werk worden veroorzaakt. Vooral mesothelioom (asbest) en kanker van de neusbijholtes (houtstof) zijn vaak beroepskankersoorten. De cijfers zijn afkomstig uit de USA^{4,5} en worden ondersteund door Europese schattingen.⁶ Recent onderzoek⁷ laat zien dat ook in Nederland de sterfte aan longkanker door werk aanzienlijk is.

gepaard met veel emotie en indien een relatie met het werk vermoed wordt, is ondersteuning vaak gewenst.

De benaderingswijze van deze vraag kan dezelfde zijn als die van de vorige vraag waarbij een individu met kanker die zich afvraagt of er een oorzaak in het werk gevonden kan worden, waarbij de aard van de ziekte, de blootstelling aan kankergerelateerde stoffen en versturende variabelen in beeld moeten worden gebracht. Omdat er theoretisch sprake zou kunnen zijn van een niet eerder ontdekte relatie tussen kanker en beroep, is de bekende relatie met arbeid bij clusters wat minder van belang.

Eerst moet onderzocht worden of er werkelijk sprake is van een cluster: alle gevallen van kanker moeten goed worden gedocumenteerd met bevestiging van de (PA-)diagnose, datum van diagnose en demografische gegevens. Ook de totale groep blootgestelden moet worden vastgesteld en vergeleken met gegevens van de kankerregistratie waardoor een schatting kan worden gemaakt van het verwachte aantal gevallen in de blootgestelde populatie. Indien blijkt dat er inderdaad sprake is van een verhoogd voorkomen van kanker, is meer diepgaand onderzoek aangewezen: van alle betrokkenen dient een uitgebreide chronologische arbeidsanamnese te worden afgenomen, waarbij niet alleen naar de naam van het beroep worden gekeken, maar vooral naar de inhoud van het werk en de potentiële blootstelling aan verdachte stoffen. Tegelijkertijd moet een grondige arbeidshygiënische analyse van het betreffende bedrijf of beroepsgroep worden gemaakt waarbij het nodig kan zijn oude productiemethoden te reconstrueren door bestudering van productiegegevens en interviews met oudere werkers; ook incidentele blootstellingen zijn hier van belang.

Mammacarcinoom door nachtarbeid

Door epidemiologisch onderzoek is de laatste jaren duidelijk geworden dat langdurige verstoring van het bioritme een verhoogde kans op borstkanker met zich meebrengt. Onderzoek bij verpleegkundigen en stewardessen toont dit overtuigend aan, waarbij ook een dosis-effectrelatie is gevonden; vooral een verhoogd risico (RR 1,5-1,8) bij meer dan 15 jaar nachtdiensten. Dierexperimenteel onderzoek heeft dit ondersteund. Het mechanisme is waarschijnlijk dat er tijdens nachtarbeid minder melatonine wordt geproduceerd en melatonine is een stof die niet alleen bij het slaap-waakritme een rol speelt, maar ook een tumorgroeiremming is. Na de eerste studies heeft het NCvB dit gesignaleerd en ook in dit tijdschrift aan de orde gesteld.⁸ Er zijn veel vragen over dit onderwerp gesteld en clusters bij verpleegkundigen gemeld. De Gezondheidsraad⁹ heeft erover gerapporteerd en in december 2007 heeft het IARC nachtarbeid ook op de lijst van kankergerelateerde stoffen of processen geplaatst.

Een arts die geconfronteerd wordt met de vraag naar een mogelijke cluster van kanker in een bedrijf of beroepsgroep, zal vaak ondersteuning wensen om antwoord te kunnen geven op de vaak lastige vragen. Bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten kan in dergelijke gevallen worden aangeklopt; zo nodig wordt een multidisciplinaire task-force met specifieke deskundigen ingezet.

ZIN EN ONZIN VAN ARBEIDSGENEESKUNDIG ONDERZOEK

Screening van (ex-)werkers met carcinogenen zoals asbestwerkers zou erop gericht moeten zijn

om een ziekte te ontdekken in een stadium waarin gewoonlijk geen medische hulp wordt gezocht (een preklinisch stadium) en waarbij een interventie de gezondheid positief kan beïnvloeden (secundaire preventie). De uiteindelijke vraag is of het werknemersonderzoek naar de voorstadiën van kanker zinvol is, met andere woorden: worden hierdoor personen ontdekt in een vroeg stadium van ziekte op een tijdstip dat definitieve curatie nog mogelijk is. Het aantonen van een redelijke waarschijnlijke winst door vroege opsporing wordt momenteel slechts als een eerste stap gezien. Nadelen zijn dat bij ongewijzigde prognose de ziekteduur langer wordt; ook kan overbehandeling van grensgevallen plaatsvinden en onterechte geruststelling bij degenen met vals-negatieve resultaten. Daarnaast kan angst ontstaan en kunnen onnodige behandelingen plaatsvinden bij degenen met vals-positieve resultaten op screeningstests. Ook daar waar winst aangetoond is, moet men zich de vraag stellen of deze winst opweegt tegen de kosten, de moeite en de menselijke pijn die erdoor wordt veroorzaakt.

De meeste vragen betreffen screening van asbestwerkers, maar dezelfde principes gelden voor screening van werkenden die aan andere carcinogenen zijn blootgesteld. Te denken valt hierbij aan screening van benzeenwerkers (bloedcelmorfologie), werkers met aromatische aminen (urinecytologie) of PAK's en buitenwerk (huidinspectie).

Voor asbestwerkers bestaan veel mogelijkheden voor onderzoek, variërend van traditionele vormen als auscultatie en longfunctieonderzoek tot geavanceerde vormen zoals het maken van CT-scans en biochemische analyse van bronchoalveolaire lavage en bepaling van biomarkers als mesotheline. Maar is een screeningsprogramma voor de vroege opsporing van ziekten bij asbestwerkers te rechtvaardigen? Internationaal is hier veel discussie over. Er is consensus over de wetenschappelijke, ethische en maatschappelijke condities waaraan een screeningsprogramma moet voldoen:

1. *Screening moet gericht zijn op een belangrijke ziekte en de testmethode moet niet of minimaal invasief zijn en acceptabel voor de doelgroep.* Bij longziekten door asbest gaat het natuurlijk om belangrijke ziekten, dat is het punt niet. Of de doelgroep de testmethode acceptabel vindt, is wel een vraag: een longfunctieonderzoek en het maken van een röntgenfoto wordt wel gemakkelijk geaccepteerd, maar hoe zit het met de stralenbelasting (primum non nocere) en zijn mensen wel te motiveren

om 20–30 jaar regelmatig onderzocht te worden? Ook methoden zoals bronchoalveolaire lavage zullen niet gemakkelijk geaccepteerd worden bij blootgestelden zonder klachten.

2. *Het natuurlijk verloop van de ziekte moet door vroegtijdige ontdekking en behandeling gunstig beïnvloed worden, vergeleken met de situatie waarin patiënten zelf hulp inroepen vanwege bepaalde symptomen.* De mogelijkheden om mesothelioom succesvol te behandelen zijn uiterst beperkt en ook voor longkanker zijn de kansen op genezing gering. Dit is het belangrijkste argument tegen screening op longziekten bij asbestwerkers. Wellicht komen betere methoden voor vroegdiagnostiek en behandeling beschikbaar. Zo wordt onderzoek gedaan naar nieuwe biomarkers en worden mogelijkheden om chemotherapie via inhalatie in een pre-invasief stadium op effectiviteit onderzocht
3. *Er moet een zeker kosten-batenevenwicht zijn.* Een van de aspecten hiervan is dat identificatie van een groep die duidelijk at high risk is moeilijk gedefinieerd kan worden. De groep die een relatief lage blootstelling aan asbest heeft gehad en toch een zekere kans heeft om een mesothelioom te ontwikkelen is groot, waardoor de kosten om een case op te sporen bijzonder hoog worden. Zolang dit het eerder aankondigen van een vroege dood betekent, is dit niet te rechtvaardigen. Ook al wordt door voorstanders naar voren gebracht dat de antirookcampagne die gepaard gaat met deze screening, in deze context succesvol is.

Natuurlijk moet gezocht worden naar mogelijkheden om de dramatische toekomst die veel asbestwerkers tegemoet gaan, ten gunste te keren. Naast antirookcampagnes zou vroege opsporing en behandeling perspectief kunnen bieden. Er zijn thans echter onvoldoende argumenten, door de uiterst beperkte therapeutische mogelijkheden, om screeningsprogramma's bij asbestwerkers te rechtvaardigen.

TOT SLOT

Kanker door het werk is een emotioneel beladen onderwerp, waarbij de vragen soms lastig en niet altijd eenduidig te beantwoorden zijn. De angst voor claims en imagoschade maken het soms moeilijk om over dit onderwerp open met bedrijven te discussiëren. De rol van de bedrijfsarts moet hierbij allereerst zijn om het probleem te analyseren en counseling van de patiënt en advisering aan het bedrijf te geven. In het kader van risicocommunicatie is het soms aangewezen

voorlichting te organiseren en de regie te nemen bij het inschakelen van externe adviseurs. Dit artikel kan helpen bij de beantwoording van vragen over dit onderwerp en is ook bedoeld om te wijzen op de ondersteuning die vanuit het NCvB gegeven kan worden bij complexe vragen over kanker door werk.

LITERATUUR

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>.
2. Laan G van der, Monster AC, Wibowo AAE, Wolff FA de. Arbeidsgezondheidskundig onderzoek bij het werken met kankerverwekkende stoffen. Den Haag: ministerie SZW, SDU, 1994.
3. Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, red. Textbook of cancer epidemiology. New York: Oxford University Press, 2002.
4. Steenland K, Burnett C, Lalich N, et al. Dying for work: the magnitude of US mortality from selected causes of death associated with occupation. *Am J Ind Med* 2003; 43: 461-482.
5. World Health Organization. Prevention of occupational cancer. The Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter, Issue no 11 (2006): www.who.int/occupational_health/publications/newletter/gohnet11e.pdf.
6. Rushton L, Hutchings S, Brown T. The burden of cancer at work: estimation as the first step to prevention. *Occup Environ Med*, published online on January 31, 2008 as 10.1136/oem.2007.037002.
7. Preller L, Balder HF, Tielemans E, et al. Occupational lung cancer risks among men in the Netherlands. *Occup Environ Med* 2008; 65: 249-254.
8. Laan G van der, Pal TM, Weel ANH. Nachtdienst en mammapcarcinoom, reden tot interventie? Dilemma voor de bedrijfsarts. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2002; 10: 222-224.
9. Gezondheidsraad. Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband? Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publ. nr 2006/15.

PERSONALIA

G. van der Laan is klinisch arbeidsgeneeskundige bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel Instituut Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: g.vanderlaan@amc.uva.nl.

JURYRAPPORT TALMAPENNING 2008

Voor de Talmapenning 2008 waren zes publicaties door de auteur(s) kandidaat gesteld. Van vijf van deze zes publicaties was de (eerste) auteur een bedrijfsarts, van slechts één publicatie een verzekeringsarts. Bij één publicatie was er daarnaast nog een tweede bedrijfsgeneeskundige en bij twee publicaties een niet-geneeskundig geschoolde coauteur betrokken geweest. Een van de zes publicaties betrof een scriptie in het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige en bij vijf betrof het een artikel in het *TBV*. Van die laatste vijf waren overigens drie inzendingen van de hand van één en dezelfde (hoofd)auteur.

Het merendeel van de meedingende publicaties versloeg een eigen empirisch onderzoek (waarvoor ofwel dossieronderzoek en/of enquêteonderzoeken en/of literatuuronderzoek de bronnen waren); één publicatie was meer opiniërend van karakter.

De jury beoordeelde alle inzendingen zoals gebruikelijk onder andere op wetenschappelijke waarde, relevantie, originaliteit, vraagstelling, consistentie, nauwkeurigheid en presentatie. Dit resulteert dan in een kwalitatieve rangorde van ieder individueel jurylid. In deze beoordeling c.q. rangorde wegen met name de criteria wetenschappelijke waarde en verzekeringsgeneeskundige relevantie zwaar. Vervolgens gaat de jury met elkaar in beraad om de eigen rangordes met elkaar te vergelijken en een gezamenlijke definitieve

rangorde te bepalen. Ook hierin spelen met name de criteria wetenschappelijke waarde en verzekeringsgeneeskundige relevantie wederom zwaar.

Dit jaar heeft de jury als conclusie van dit beraad helaas moeten besluiten om géén winnaar aan te wijzen. In de loop der jaren heeft de jury zich aan de hand van haar ervaringen geleidelijk aan een beeld ontwikkeld van het niveau waaraan een (potentiële) prijswinnende publicatie moet voldoen. Hoewel de ingezonden publicaties op zichzelf zeker als verdienstelijk konden worden gekwalificeerd, schoten zij elk net tekort ten aanzien van dat door de jury aangehouden niveau. De tekortkoming betrof vrijwel steeds de relevantie voor de verzekeringsgeneeskunde, in enkele gevallen de wetenschappelijke waarde, en soms beide.

Uiteraard is het voor een jury geen eenvoudige en al helemaal geen aangename conclusie om te besluiten geen prijs uit te reiken. Met de ervaring van dit jaar in het achterhoofd zal de jury zich daarom, in samenspraak met het bestuur, nog eens terdege beraden op de criteria voor kandidaatstelling en uitverkiezing. Vooral het criterium 'relevantie voor de verzekeringsgeneeskunde' zou daarbij mogelijk aangescherpt kunnen worden, om teleurstellingen achteraf te voorkómen.

*Namens de Talmajury,
P. van der Putten, secretaris*

Oncologieproject Hengelo:

Tweede beoordeling van oncologische patiënten door een specialist-verzekeringsarts

A.G.M. Klarenbeek, M.L.A. Broekhuizen

Na de beschrijving van het Oncologieproject Hengelo presenteren de auteurs een casus van een oncologische cliënt bij wie een specialist-verzekeringsarts een tweede beoordeling heeft uitgevoerd. Ten slotte bespreken zij hun ervaringen binnen dit project.

HET ONCOLOGIEPROJECT HENGELO

Dit project berust op een samenwerking tussen de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Uitgangspunt is het gezamenlijke standpunt dat de beoordeling van vermoeidheid na kanker een lastig probleem is dat bijzondere aandacht verdient. Het tempo van kennisontwikkeling in de oncologie is zo hoog dat het voor de gemiddelde verzekeringarts lastig is om op de hoogte te blijven van de moderne oncologische behandelmethoden en hun impact op het dagelijks leven en werken. Vanuit de afdeling Sociaal Medische Zaken (SMZ) van UWV is geopperd dat verzekeringartsen de mogelijkheid tot specialisatie moeten krijgen. De oncologie is een van de specialismen die hiervoor in aanmerking komen.

Doel van het project is het verbeteren van de kwaliteit van de claimbeoordeling en het integreren van de behandeling, begeleiding en beoordeling van oncologische patiënten.

In Hengelo hebben drie verzekeringartsen zich geschoold in de oncologie. Eind maart 2007 hebben zij de basiscursus oncologie gevolgd die de Nederlandse Vereniging voor Oncologie jaarlijks organiseert. In deze cursus van één week, bestemd voor artsen en wetenschappelijk onderzoekers, komen de nieuwste ontwikkelingen binnen de oncologie aan de orde. Na de basiscursus hebben de verzekeringartsen enkele dagen meegelopen met chirurg-oncologen, radiotherapeuten en internist-oncologen, en interdisciplinaire patiëntbesprekingen bijgewoond.

Na dit scholingsprogramma kregen de andere Hengelose verzekeringartsen de kans om consulten te vragen aan de specialist-verzekering-

artsen. Op deze manier konden deze laatste oncologische expertise opbouwen.

Medio september 2007 ging een haalbaarheidsonderzoek van start met als vraagstelling: Is het zinvol om een verzekeringarts te specialiseren? Als onderzoeksmethode koos men een tweede beoordeling die plaatsvond door een specialist-verzekeringarts. Deze werd vergeleken met de beoordeling die was uitgevoerd door de primaire verzekeringarts. Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (een samenwerking tussen AMC, UWV en VUmc).

Tijdens een kick-off meeting met alle verzekeringartsen werd een aantal werkafspraken gemaakt. Elke verzekeringarts die met een oncologische cliënt werd geconfronteerd, overlegde de casus altijd met de specialist-verzekeringarts. Tijdens dit consult bepaalde men samen of deze cliënt een kandidaat was voor een tweede beoordeling. De criteria voor een tweede beoordeling moesten in de loop van de tijd duidelijk worden. Vooraf is gesteld dat hierin de ernst van de ziekte een belangrijke rol speelde.

De specialist-verzekeringarts benaderde de cliënt telefonisch, en verzocht om diens medewerking voor een tweede beoordeling. Het tweede onderzoek verschilde van het eerste onderzoek in die zin, dat cliënt bij de uitnodiging gevraagd werd de gevalideerde CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)¹ en de gevalideerde CIS (checklist individuele spankracht)^{2,3} in te vullen en mee te nemen naar het onderzoek. Het onderzoek werd verder uitgevoerd alsof het een eerste onderzoek betrof. De vragenlijsten werden later afzonderlijk onderzocht op bruikbaarheid bij het bepalen van de mate van vermoeidheid bij oncologische problematiek.

Na de tweede beoordeling overlegden primaire verzekeringarts en specialist-verzekeringarts opnieuw. Bij een verschil van mening over de belastbaarheid werden de argumenten gewogen. Uiteindelijk was het oordeel van de specialist-verzekeringarts leidend.

CASUSBESPREKING: MEVR. H.

Mevr. H., 53 jaar, werkte op het moment van ziekmelding als baliemedewerkster/telefoniste voor 20 uur per week bij een thuiszorginstelling. Sedert 19-12-2005 was zij daar werkzaam op contractbasis, nadat zij onder druk van haar oorspronkelijke werkgever ontslag had genomen. Zij had er namelijk over geklaagd dat zij met administratief werk (dat haar oorspronkelijke werkgever haar had aangeboden omdat zij door rugklachten haar eigen werk niet meer aan kon) minder verdiende dan in haar oorspronkelijke functie.

Op 1-3-2006 meldde zij zich ziek, nadat zij een afwijking in de rechterborst had ontdekt. Op de echo en röntgenfoto waren aanwijzingen voor maligniteit. Er waren vergrote lymfeklieren in de rechteroksel. Op 1-3-2006 volgde een borstamputatie van de rechtermamma waarbij ook de lymfeklieren in de rechteroksel werden verwijderd. Van de 18 lymfeklieren waren er 9 positief. De tumor was 4-6 cm groot. Er vond daarom een adjuvante chemotherapeutische behandeling plaats met een curatieve opzet.

Mevr. H. kreeg 25x bestraling en vervolgens 5x chemotherapie. De laatste behandeling was op 25-8-2006. Zij had van de bestralingen weinig last, maar kreeg bij de chemokuren klachten van haaruitval en vermoeidheid. Bij onderzoeken nadien waren er geen aanwijzingen voor recidief of uitzaaiing gevonden.

Mevr. H. is vanaf april 2006 tevens onder psychiatrische behandeling omdat zij niet meer wilde leven. De psychiater sprak van een dysthyme stoornis en schreef medicatie voor. In 2006 stelde een reumatoloog bovendien artrose vast en gaf hiervoor medicatie.

Eind november 2007 werd mevr. H. door de primaire verzekeringsarts gezien. De tumor werd op basis van de anamnese geklasseerd in stadium IIB/IIIA en laat conform het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker van de Gezondheidsraad een schatting toe.

Mevr. H. gaf aan dat zij in het geheel niet kon werken door klachten van vermoeidheid en concentratieproblemen, evenals klachten van rechterarm, pols en borst. Zij gaf aan rechtshandig te zijn. Zij was van mening dat de klachten door de kanker werden veroorzaakt. De primaire verzekeringsarts was het niet met haar eens. Zomer 2007 had zij tijdelijk ander administratief werk (niet achter de balie) bij de thuiszorgorganisatie hervat. Dat werk was in verband

met werkaanbodvermindering gestopt. Zij kon een groot deel van haar huishouden doen en was van plan om vrijwilligerswerk te gaan doen. Die feiten pasten niet bij een volledige arbeidsongeschiktheid. Daarnaast pasten de observaties tijdens het gesprek niet bij de geclaimde klachten. Lichamelijk onderzoek liet geen bewegingsbeperkingen van het locomotore apparaat zien. Er was geen sprake van lymfoedeem van de dominante rechterarm. Mevr. H. oogde niet vermoeid en er waren geen aanwijzingen voor geheugen- of concentratieproblemen.

De primaire verzekeringsarts concludeerde dat er sprake was van ziekte met gevolgen voor het arbeidsvermogen: een behandelde maligniteit met behandelingschade en een dysthyme stoornis. Deze laatste kon worden aangepakt met een gestructureerde dagindeling, voldoende lichaamsbeweging en voldoende sociale contacten, met voortzetting van werk en hobby's. Hij ondersteunde het plan om vrijwilligerswerk te gaan doen. Mevr. H. zou halve dagen kunnen werken in fysiek lichte arbeid zonder continue hoge werkdruk of hoog handelingstempo. Deze beoordeling sloot aan bij de werkhervatting in de zomer van 2007.

Na deze beoordeling was er geen sprake van complicaties in de zin van bezwaar of beroep. Mevr. H. voldeed aan de criteria van dit project voor een tweede beoordeling. Het tweede onderzoek vond drie weken later plaats. Mevr. H. gaf aan er niet zeker van te zijn of zij zou kunnen werken. Zij wilde dat wel graag proberen, maar meende tijd nodig te hebben om op te bouwen. Zij noemde dezelfde claimklachten als bij het eerste onderzoek. Voor wat betreft de behandeling waren er geen veranderingen. In tegenstelling tot bij het primaire onderzoek meende zij dat haar vermoeidheid samenhang met de dysthyme stoornis. Zij had veel meege-

- De claimbeoordeling bij personen met kanker wint aan kwaliteit door een tweede beoordeling door een specialist-verzekeringsarts die geschoold is in de oncologie.
- De cliënten die een tweede beoordeling hebben ondergaan, zijn daarover zeer tevreden.
- De tweede beoordeling leidt in de regel tot een betere onderbouwing en versteviging van het eerste oordeel.

maakt in haar leven en noemde een aantal ernstige psychotrauma's. Zij was na de kanker veranderd. Zij was veel sneller boos dan voorheen, maar ook onzekerder, en kwam minder goed op voor zichzelf. Ze zou wel graag weer een betaalde baan willen, maar wie zou haar nog willen aannemen?

De specialist-verzekeringsarts hechtte meer gewicht aan de dysthyme stoornis als oorzaak voor de beperkingen. Het lichamelijk onderzoek was conform het eerste onderzoek. Hij beschouwde de klachten van mevr. H. vooral als een stemmingsprobleem en zag geen reden om specifieke beperkingen van het concentratievermogen aan te geven. Net als de primaire verzekeringsarts concludeerde hij tot arbeidsgeschiktheid voor halve dagen, licht armsparend werk, waarbij zij zowel de linkerhand als de rechterarm zou kunnen ontzien. Verder werd zij in staat geacht te werken zonder hoge tijdsdruk en tempodruk. Hij was het met mevr. H. eens dat er tijd nodig is om de belastbaarheid op te bouwen. Hij ging er echter vanuit dat zij die tijd in het re-integratietraject ook zou krijgen, en hield er daarom bij het opstellen van de functionele mogelijkhedenlijst (FML) geen rekening mee.

Er was een klein verschil tussen de FML van de beide beoordelaars. Het betrof details die geen consequenties voor de schatting hadden.

Geconfronteerd met de tweede beoordeling begreep de primaire verzekeringsarts nu beter waarom de psychiater de diagnose dysthyme stoornis stelde. Deze diagnose benadrukte zowel de gestelde beperkingen, als de visie dat mevr. H. gebaat was bij werkhervatting.

Twee maanden later waren de armklachten toegenomen. Bij nader onderzoek werd daarvoor geen duidelijke verklaring gevonden. Er was geen sprake van evident lymfoedeem. Het vrijwilligerswerk op school was niet doorgaan. Toen duidelijk werd, dat mevr. H. geen WIA-uitkering kreeg en naar betaald werk moest solliciteren, achtte men het niet zinvol haar ook nog als vrijwilliger in te zetten. Zij had recent een intake bij de WSW gehad. Zij hoopte dat zij zo toch aan het werk zou kunnen komen. Zij gaf aan dat zij het tweede onderzoek niet als belastend had ervaren. Zij vond het prima dat er nog eens naar haar situatie was gekeken, maar meende niet dat dit meerwaarde had gehad.

EVALUATIE

De casus van mevr. H. is typerend voor de ervaringen met het oncologieproject. Onderstaand volgt een overzicht van de bevindingen tot nu toe. Echter, wegens de kleine aantallen betreft het een opsomming van waarnemingen. Definitieve conclusies kunnen mogelijk in de toekomst worden gedefinieerd nadat het volledige onderzoek is voltooid.

- De specialist-verzekeringsarts benaderde iedere cliënt op dezelfde wijze.
- Alle cliënten werden door de specialist-verzekeringsarts telefonisch voor het onderzoek uitgenodigd, waarbij de achtergronden van het onderzoek werden uitgelegd. Geen enkele cliënt weigerde om mee te doen.
- De anamnese liet zien dat er bij een aantal cliënten een lichte verschuiving van inzicht en standpunt was opgetreden.
- De stagering van de tumor geschiedde op anamnestiche gronden conform het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker. Meestal had de bedrijfsarts geen informatie opgevraagd. Na twee jaar arbeidsgeschiktheid werd dat als opmerkelijk aangeduid.
- De casus die tot nu toe door de specialist-verzekeringsarts zijn behandeld, kwamen inhoudelijk overeen. Vermoeidheid speelde als claimklacht bij alle oncologische cliënten die tot nu toe gezien zijn. Dat heeft uiteraard met de indicatiestelling te maken. In de periode van oktober 2007 tot februari 2008 gaven slechts 2 van de 72 besproken cliënten aan dat ze niet vermoeid zijn.
- Vermoeidheid ging vaak gepaard met concentratieproblemen. In de beoordeling werd dat niet zwaar meegewogen, omdat de concentratieproblemen niet geobjectiveerd konden worden. Bij de meeste tweede beoordelingen werd comorbiditeit, bijkomende psychosociale problematiek (waaronder problemen met het werk) of restverschijnselen van de behandeling (bijv. een onvolledig herstelde polyneuropathie) gezien.
- Het collegiale overleg voorafgaand en na afloop van een tweede beoordeling werd als positief ervaren en gaf verdieping en nuancering op. Er was sprake van een leerproces, zowel bij de specialist-verzekeringsarts als bij de andere verzekeringsartsen. De inhoud van het collegiale overleg veranderde in de loop van de tijd. Het resultaat van de beoordeling (de FML) van de specialist-verzekeringsarts verschilde niet wezenlijk van de FML van de primaire verzekeringsarts.
- De cliënten kregen allen een kopie van het

medisch onderzoeksverslag toegestuurd en werden 1-2 weken later door de specialist-verzekeringarts gebeld. Uit de reacties van de cliënten is naar voren gekomen, dat zij positief oordeelden over het experiment vooral omdat zij vonden dat de door hen ervaren problematiek serieus werd onderzocht.

LITERATUUR

1. Bouma J, Ranchor AV, Sanderman R, Sonderen E van. Het meten van symptomen van depressie met de CESD. Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1995.
2. Bültmann U, Vries M de, Beurskens AJ, et al. Measurement of prolonged fatigue in the working population: determination of a cutoff point for the checklist individual strength. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 411-416.

3. Servaes P, Gielissen MF, Verhagen S, Bleijenberg G. The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 787-795.

PERSONALIA

Drs. Alfons G.M. Klarenbeek is verzekeringarts bij UWV Hengelo.

Dr. Monique L.A. Broekhuizen is verzekeringarts, senior onderzoeker bij Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. A.G.M. Klarenbeek, UWV Hengelo, Postbus 86, 7550 AB Hengelo.

E-mail: alfons.klarenbeek@uwv.nl.

PROEFSCHRIFTBESPREKING

Rehabilitation in cancer: Training and talking?

Effects of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioural therapy.

Anne May. Universiteit van Utrecht, november 2007, ISBN 978 90 396 4718 8.

Het doel van dit proefschrift was om te onderzoeken of bij kankerpatiënten de fysieke fitheid en kwaliteit van leven toeneemt door fysieke training te combineren met cognitieve gedragstherapie.

Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van gegevens uit het OncoRev-project: een samenwerkingsproject van de universitaire ziekenhuizen van Utrecht, Rotterdam en Maastricht en het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland Groningen. De deelnemers waren verwezen door huisarts of specialist en hadden hun primaire kankerbehandeling minimaal 3 maanden voor het begin van dit onderzoek afgerond.

In de periode tussen februari 2004 en februari 2007 werden 209 deelnemers verdeeld in drie groepen. De ene groep kreeg fysieke training aangeboden, de andere groep fysieke training met cognitieve gedragstherapie en de derde groep, de controlegroep, bestond uit mensen die op de wachtlijst stonden. De fysieke training bestond uit 12 weken tweemaal per week 2 uur per sessie, de cognitieve gedragstherapie was aanvullend eenmaal per week 2 uur per sessie.

Uit de resultaten bleek dat de kwaliteit van leven, de maximale inspanningscapaciteit, spierkracht en fysieke activiteit toenamen in beide groepen, door de extra cognitieve gedragstherapie werd de effectiviteit op korte termijn en op langere termijn niet verhoogd (9 maanden). De fysieke training zelf was al behoorlijk gericht op zelfredzaamheid, waardoor het effect van cognitieve gedragstherapie wellicht relatief weinig extra effect had.

Daarnaast is onderzocht in hoeverre het trainen in een groep toegevoegde waarde heeft naast de fysieke training op zich. Groepscohesie werd gemeten met behulp van vragenlijsten waarin de band van de deelnemer met de groep als geheel, de band met individuele groepsleden, de samenwerking en de instrumentele waarde werd uitgevraagd. Deelnemers die hoger scoorden op samenwerking, gaven eveneens een hogere score op kwaliteit van leven en beter fysiek functioneren tijdens de interventie. Bij mannen leidde het ook tot verminderde vermoeidheid. Bij vrouwen was de kwaliteit van leven na de interventie afgenomen als ze een sterke band met andere groepsleden rapporteerden, een resultaat dat niet werd verwacht. De auteur geeft mogelijke verklaringen; mijns inziens is de belangrijke conclusie dat groepscohesie van invloed lijkt op het resultaat van de interventie maar dat de onderliggende mechanismen nader onderzoek verdienen.

Er werd in dit onderzoek geen vergelijking gemaakt met kankerpatiënten die zelf een individueel traject volgden waardoor de vraag of trainen in een groep toegevoegde waarde heeft, niet is te beantwoorden.

Het is een proefschrift van grote klasse. De onderzoeksopzet, vragen en antwoorden zijn op duidelijke manier weergegeven, terwijl tegelijkertijd ook kritisch naar de resultaten wordt gekeken. Met name de laatste hoofdstukken over groepscohesie dagen uit tot nader onderzoek.

Rulanda van Kruysbergen

INTERVIEW

Terugkeer naar werk door de ogen van twee kankerpatiënten

L.M. Maes

Paul en Anne hebben allebei recent kanker gehad, hij lymfklierkanker en zij borstkanker. Na de behandelingen hebben ze geprobeerd om terug te keren naar hun oude baan. Zowel Paul als Anne (35) waren ontzettend gemotiveerd om te werken. Maar succesvol terugkeren naar je oude baan na kanker hangt niet enkel af van motivatie en wilskracht. De aard van je werk, je werkgever, collega's en bedrijfsarts kunnen een beslissende rol spelen bij het succes van re-integratie. Paul kon uiteindelijk succesvol re-integreren bij zijn werkgever in een nieuwe functie, maar Anne is het nooit gelukt om terug te keren. Zij werd na 2 jaar ziekte ontslagen.*

Paul werkt als personeelsmanager op een mbo-school. 'Mijn werkgever is altijd heel betrokken geweest. Ik had al eens eerder kanker gehad en toen ben ik volledig gere-integreerd in mijn oude functie als adjunct-directeur op deze school. Ik werkte weer fulltime en had eigenlijk nergens last van. De tweede keer dat ik kanker kreeg, in 2001, was totaal anders. Na de behandeling kampte ik met veel meer gevolgen. Uiteindelijk ben ik slechts gedeeltelijk gere-integreerd. Omdat ik mijn oude functie niet parttime kon uitvoeren, ben ik naar mijn huidige functie als personeelsmanager doorgestroomd. Bovendien kreeg ik de vrijheid om mijn werk zelf in te delen. Als ik een minder goede dag had, kon ik thuisblijven en vervolgens een andere dag in de plaats komen. Als ik die vrijheid niet had gehad was de re-integratie een stuk vervelender gelopen, maar ik durf niet te zeggen dat het me dan niet gelukt was. Mijn werkgever had natuurlijk het voordeel dat hij daar rekening mee kon houden. Bovendien werk ik daar al meer dan 25 jaar, ze kennen me.'

'Daar zat voor mij het probleem, ik had geen enorme staat van dienst toen ik ziek werd,' zegt Anne. 'Ik was net afgestudeerd en werkte anderhalf jaar voor een commercieel bedrijf met dui-

zenden werknemers. Ik was ICT-consultant en werd uitgezonden op projecten bij klanten. Na mijn behandelingen kon ik onmogelijk in deze functie re-integreren. Als je voor klanten werkt moet je 100 procent inzetbaar zijn voor minimaal veertig uur per week. Klanten verwachten perfectie, daar betalen ze voor.

Met de bedrijfsarts sprak ik af dat ik zou beginnen met een administratieve functie op het hoofdkantoor. Ik kampte echter met zoveel gevolgen van de behandelingen, waaronder 35 bestralingen, dat ik me de tweede dag al moest ziekmelden. Dat was op zich niet zo gek, de meeste gevolgen van radiotherapie steken pas een paar maanden na de behandeling de kop op. Ik kreeg ontzettend last van lymfoedeem en werd hiervoor drie keer per week behandeld. Administratief werk was toen niet meer mogelijk. Uiteindelijk ben ik ontslagen. Bedrijfsreorganisatie. Rond diezelfde periode kreeg ik mijn arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Omdat ik nog zoveel gevolgen had van de behandelingen en er op dat moment een onderzoek liep naar een mogelijke botuitzaaiing, ben ik volledig arbeidsongeschikt verklaard. Inmiddels heb ik wel een aankondigingbrief voor de herbeoordeling ontvangen, maar tot nu toe ben ik nog niet opgeroepen. Gelukkig want eerlijk gezegd ben ik wel bang voor die herbeoordeling. Ik heb inmiddels een re-integratietraject gevolgd, maar ik heb niet het idee dat ik nu rijp ben voor de arbeidsmarkt. Ondertussen heb ik een gat in mijn CV van vijf jaar. Ik heb de pech dat ik kanker kreeg in een vergevorderd stadium – er werd aanvankelijk een verkeerde diagnose gesteld – waardoor ik zware behandelingen kreeg met nare effecten. Ik vind het heel moeilijk om een werkgever nu te overtuigen dat hij mij moet aannemen.'

GEVOLGEN VAN KANKER

Paul: 'Als ik een hele dag gewerkt heb, ben ik afgedraaid. Als ik thuiskom, ga ik eerst slapen. Als ik dat niet doe, val ik vanzelf in slaap. Ik probeer mijn dag zo in te delen dat ik het volhoud. Aanvankelijk heb ik geprobeerd om vier dagen van vijf uur te werken. Uiteindelijk werd dat telkens zeven uur, want er is altijd nog iets te doen, nog één collega die je wil spreken. De bedrijfsarts

* Zowel Paul en Anne hebben deelgenomen aan de focusgroep ter voorbereiding van de Blauwdruk Kanker en Werk.

heeft toen voorgesteld om drie keer zeven uur te werken.

Inmiddels ben ik gewend aan de vermoeidheid. Toch kan ik nog af en toe best wel boos worden als ik merk dat ik niet meer kan wat ik vroeger kon. Zomaar tussendoor iets doen, lukt niet meer. Ik heb het een plaats gegeven, maar accepteren kost me veel moeite. Wat ik nog veel erger vind, is dat mijn geheugen niet meer goed functioneert. Ik heb last van een zogeheten "chemo-brain". Het is iets waar ik nog niet zo lang last van heb, maar het heeft een behoorlijk effect op mijn werk. Er worden dingen van me gevraagd die ik vervolgens weer vergeet. Het is net alsof het kwartje wat later valt. En soms ben ik iets echt volslagen vergeten. Zo gebeurt het wel eens dat ik iemand een e-mail stuur en dan nadien merk dat ik die e-mail eerder ook al verstuurd heb. Ondertussen heb ik een heleboel trucjes om hiermee om te gaan. Ik maak overal aantekeningen van, ik bewaar alle e-mails, ik stuur memo's naar mezelf. Het levert extra druk op en ik vraag me af of ik dit werk op dit niveau kan volhouden.'

Anne: 'Na de chemo bleef ik ongeveer een halfjaar last hebben van geheugenproblemen. Het gebeurde toen wel vaker dat ik met de fiets naar de stad ging en vervolgens helemaal niet meer wist waar ik mijn fiets neergezet had. Dat voelt ontzettend raar. Ik heb er nu nog steeds last van, maar het verschil is dat die informatie nu wel terugkomt. Alleen duurt het heel lang voor het laatste in mijn hoofd opengaat.

Ik worstel nog steeds met de vermoeidheid, lymfoedeem en andere gevolgen. Ik heb geen baan en geen kinderen; door de hormoonbehandelingen ben ik onvruchtbaar. In principe moet ik enkel het huishouden regelen en toch lukt dat me niet altijd.

Toen ik kanker kreeg, was ik een jonge hond en nu voel ik me een oude vrouw. Ik ben het niet, maar door alle behandelingen voel ik me wel zo. Vooral door de hormoonbehandeling. Die is ontzettend zwaar en duurt nu al vijf jaar. Waarschijnlijk ben ik er nog wel een paar jaar mee bezig. Je krijgt het lichaam van een oude vrouw na de overgang met alle klachten erbij. Ik heb niet meer het gevoel dat ik er zomaar eens tegenaan ga op de arbeidsmarkt. Ik was toen een twintiger en nu, ja wat ben ik nu. Voor mijn gevoel zit ik in een leeftijdsloze fase. Ik denk vaak, als ik eindelijk klaar ben met die behandelingen, dan ga ik weer leven. Maar dat slaat natuurlijk nergens op, want ik leef nu en ik weet ook dat die behandelingen misschien nooit stoppen.'

COLLEGA'S

Paul: 'Toen ik net weer begon met werken stond ik nog onder strenge controle. Donderdag was mijn vrije dag waarop ik meestal de afspraak met mijn specialist plande. Het gebeurde wel eens dat mijn specialist me onmiddellijk na die afspraak een aantal dagen liet opnemen. Dat is niet prettig. Het is niet zo dat ik me dan schuldig voel, maar je voelt je op z'n minst gezegd wel lullig. Je kan er niets aan doen, maar je moet toch telkens weer een beroep doen op je collega's om je afwezigheid op te vangen. Ik ben mijn collega's toen enorm gaan waarderen. Het was zo prettig om te merken dat ze daar niet moeilijk over deden. Het vergt toch behoorlijk wat flexibiliteit van je collega's. Ik heb het er wel eens over gehad met ze. Voor hen kwam mijn gezondheid op de eerste plaats. Ze hadden ook het gevoel dat ik enkel afwezig was als het echt niet anders kon. En op momenten dat het goed ging, was ik ook niet te beroerd om wat extra te werken. Die basis van vertrouwen is heel prettig.'

Anne: 'Ik heb dat echt gemist. Tijdens mijn studie werkte ik in een muziekzaak. Daar had ik echte collega's. Als er wat was, leefde iedereen met elkaar mee. Als ik daar nog gewerkt had, was het heel anders gelopen. Toen ik borstkanker kreeg, werkte ik voor mijn werkgever bij externe klanten. De werknemers bij die klanten waren mijn collega's, maar dat zijn toch geen echte collega's. Ik had geen team rond me waarop ik kon terugvallen, geen collega's waarmee ik tijdens mijn behandelingen contact kon houden.'

DE BEDRIJFSARTS

Paul: 'Als je ziek bent is het juist ontzettend belangrijk om contact te kunnen houden met je werk en daar, als dat mogelijk is, ook heen te gaan. Contact was voor mij een belangrijke stimulant om weer te gaan werken. Een bedrijfsarts kan daarbij een rol spelen. Bovendien vind ik dat een bedrijfsarts de werkgever moet doordringen van het feit dat hij zijn best moet doen om een situatie te creëren waarin iemand kan terugkeren. Al met al vind ik dat een bedrijfsarts een proactieve rol moet vervullen. Zelf ben je ziek, de bedrijfsarts is een deskundige die je kan stimuleren om stappen te zetten die je alleen niet kan zetten. Een bedrijfsarts moet niet enkel uitgaan van wat jij wil en denkt te kunnen, hij moet ook een stukje perspectief bieden. Zeker op het moment dat je ziek bent, is het belangrijk dat iemand met jou naar mogelijkheden zoekt. Mijn eerste bedrijfsarts, eind jaren 80, was veel te afwachtend. Ik was ziek en zou misschien nooit

meer terugkomen. Gelukkig dachten mijn twee latere bedrijfsartsen daar niet zo over.'

Anne: 'Toen ik ziek werd, is er veel gebeurd waar ik geen invloed op had. Er is een plan van aanpak opgesteld dat ik nooit gezien heb. Ik vond dat mijn bedrijfsarts mij hierbij veel meer had kunnen betrekken. Zelf ken je niet alle regeltjes en wetten. Als je dan kanker krijgt, heb je niet de energie om dat allemaal uit te zoeken. Een bedrijfsarts of een verzuimconsulent zou hierin het voortouw moeten nemen. Ik heb niet het gevoel dat ik toen goed geïnformeerd ben. Bovendien heeft mijn bedrijfsarts nooit contact opgenomen met mijn behandelend arts terwijl hij onvoldoende wist over de impact van de behandelingen.'

Paul: 'Als dat nodig is, verwacht ik van een bedrijfsarts wel dat hij contact opneemt met de behandelend arts. Als alles goed verloopt, is daar geen reden toe, maar als de bedrijfsarts een andere mening heeft dan de patiënt, kan het zinvol zijn. Een bedrijfsarts kent vaak wel de grote lijnen maar niet alle aspecten. Een behandelend arts kan dan meer duidelijkheid geven. Bij kanker is dat heel belangrijk, er zijn zoveel vormen, gevolgen en behandelingen. Door die kennis te verzamelen kan een bedrijfsarts meer maatwerk bieden bij de begeleiding naar werk.'

WERKEN

Paul: 'Als je weer gaat werken, merk je wel dat er eisen aan je gesteld worden. Je moet mee in een bepaald ritme. Anderen bepalen ook deels je werktempo. Dat vereist veel meer van je dan als je alles zelf kan bepalen. Dat is ook goed want hierdoor merk je dat je soms meer kan dan je zelf denkt aan te kunnen.'

Anne: 'Je kan inderdaad soms boven jezelf uitgetild worden. Je haalt een niveau dat je anders nooit zou halen. Alleen omdat iets van je verwacht wordt, lukt het je ook om dat te doen. Als

ik iets gedaan heb waarvan ik dacht dat ik het nooit zou kunnen, merk ik wel dat ik daarna extra moet herstellen. Toch is het goed.'

Paul: 'Precies, af en toe moet je die grens juist opzoeken. Je kan er beter af en toe overheen gaan, dan iets niet doen omdat je denkt dat het toch niet zal lukken. Als je minder gaat doen, ga je tegen steeds meer dingen opzien.

Als je langdurig ziek bent, wordt werk een vorm van zingeving. Je bent zo gewend dat je iets doet, dat je iets betekent. Toen ik door de kanker langere tijd niet kon werken, ging dat heel erg knagen. Je vraagt je na elke dag af wat je nu eigenlijk gedaan hebt. Daar kun je echt ongelukkig van worden.'

Anne: 'Dat klopt. Momenteel doe ik enkel het huishouden. Dat kost energie maar je krijgt er niets voor terug. Je bent zo gewend om van alles te doen en plots ben je dat kwijt. Ik mis vooral het contact met collega's. Ik probeer nu via vrijwilligerswerk een deel zingeving te vinden, uiteindelijk wil ik ook graag weer werken. Maar dan wel iets wat ik echt graag doe. Ik denk erover om binnenkort een IRO* aan te vragen. Muziek is mijn passie en ik zou het fantastisch vinden om later muziekles te geven.'

PERSONALIA

L.M. (Laurence) Maes is beleidsmedewerker maatschappelijke participatie bij Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Laurence Maes, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Postbus 8152, 3503 RD Utrecht.

E-mail: l.maes@nfk.nl.

* Individuele Re-integratie Overeenkomst: een budget om zelf het re-integratietraject te bepalen.

AGENDA

Voor meer cursussen en congressen, zie eerdere nummers van TBV en www.tbv-online.nl.

Start donderdag 25 september Masterclass integrale aanpak van arbeid en gezondheid. Met nieuwe inzichten, methoden en praktijkervaringen rondom gezondheidsmanagement; combineert theorie en praktijk, waarbij u een eigen casus inbrengt; op locatie en in samenwerking met gastbedrijven; 6 modules verspreid over een jaar, met een afsluiting in het buitenland. Inlichtingen: Baart en Raaijmakers, tel. 033 465 4235, www.baart-raaijmakers.nl > cursus en congres > masterclass.

**Dinsdag 11 november Problematisch midde-
lengtebruik, verslaving en werk.** Zesde TBV-congres. Locatie: de Heerlijkheid van Ermelo. Inlichtingen: congressen@bsl.nl.

Dinsdag 11 november t/m vrijdag 14 november International Sleep Medicine Course. Zowel basale als klinische aspecten van slaap-waakregulatie en slaapstoornissen worden behandeld.

De cursus is bedoeld voor medisch specialisten die beroepshalve te maken hebben of zullen krijgen met slaapproblemen en slaapstoornissen. Locatie: Congrescentrum Leeuwenhorst in Noordwijkerhout. Inlichtingen: www.nswo.nl of ismc@nswo.nl.

Donderdag 18 juni en vrijdag 19 juni 2009 Conferentie 'Worker@Risk'. Vooraankondiging. Viering 50^e verjaardag van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC Amsterdam. De eerste dag is gericht op iedereen die betrokken is bij het arbobeleid; centraal staat de arbozorg in Nederland en internationaal; de tweede dag op bedrijf- en verzekeringsartsen en andere arbodeskundigen; centraal staan de verschillende risicogroepen onder de werknemers, met aandacht voor verhoogde gevoeligheid en verhoogde belasting en voor richtlijnen m.b.t. deze groepen. Locatie: AMC, Amsterdam. Inlichtingen: Yvonne Bulten, 020 5667081 of y.bulten@amc.nl.

TBV IN OUTLINE

EDITORIAL

Working after cancer: contented employees?

A.N.H. Weel, I. van Zanten-Przybysz,
R.G.P.M. van Kruysbergen

'Do you think it right that cancer patients after reassessment are not content with the reassessment and the insurance physician's attitude?' Hannie van Leeuwen of the Dutch Federation of Cancer Patient Organisations (NFK), also member of the Dutch Upper Chamber, asked the participants of the 2006 TBV congress.

What was the background of this question? The NFK had organised a reporting campaign in 2005. There were nearly 750 respondents.

The majority of these respondents criticised the reassessment. Their critical remarks were mainly aimed at the insurance physician and are summarized as follows: having had cancer a large group of people suffer from fatigue which interferes with their daily functioning. Many insurance physicians completely ignore this fatigue in their reassessment. Reintegration procedures are laborious or are altogether absent. There is inadequate information available concerning reintegration.

It is all too easy to dismiss these results as biased because of respondent selection. The results do

give a strong signal. Employees with cancer feel misunderstood, especially concerning their fatigue complaints. Fatigue after cancer is an extreme form of tiredness. It occurs suddenly, is extreme and resembles exhaustion. The recovery period is longer than normal.

How do occupational physicians interpret their role in the social-medical counselling of employees with cancer? Do they get involved in time? Or do companies and 'case-managers' still harbour the misconception that the 'really ill' do not have to visit the occupational health physician? That would constitute a missed opportunity for reintegration.

This issue of *TBV* is dedicated to cancer and work. The prevalence of employees who have or have had cancer will increase in the coming decades. Caused by an increase in the incidence of forms of cancer that are already prevalent, such as breast cancer, by more effective treatment modalities and longer survival times. An ageing working population, that also works longer, is also a contributing factor. Cancer increasingly resembles disorders like diabetes, COPD and cardiovascular diseases. Complete recovery is a realistic possibility, but persistent fatigue will be the dominant impression. Perhaps to the annoyance of the occupational or insurance physician, who

can not get it under control. But especially to the dismay of the patient. As Karin Bodewes writes in her column: 'Give me energy and I'll be done with regulations, I do not need society to breathe down my neck.'

So what now? Is there no possibility for insurance physicians and occupational physicians to contribute to a solution?

Fortunately there is. It is being given a lot of attention. The Oncology Project Hengelo offers an attractive prospect to the insurance physician, but also makes high demands on the professionalism of the insurance physician concerned. There are also initiatives where the occupational physician joins the oncologist during chemotherapy and radiotherapy and participates in the observations and discussions about treatment and recovery. A first step in the direction of integrated care.

Things can also take a different turn. Some patients exit from the treatment and recovery process as different persons. They no longer want to return to their former way of living and working. But they do want to participate through meaningful activities. Volunteer work could be an option. But is that an economically realisable option? Policy makers philosophize about a *second labour market* for people with a chronic disorder, but there is not yet sufficient political support in the Netherlands.

When there is 35% or more long-term incapacity to work after the qualifying period, the IVA (Income Provision Scheme Fully Disabled) is the next step. But with a substantial number of cancer patients with a long and complicated course of treatments the stable end-state will not yet have been achieved and there can still be many positive changes. Thus patients still undergoing treatment do not belong in the IVA, but rather in the WGA (Return to Work Scheme Partially Disabled), especially because of the possibility of increasing capacity and return to work. Fortunately fatigue following cancer can be treated. As long as treatment continues, the WGA can act as an umbrella.

ARTICLES

Cancer in the working population: numbers and trends

J.L.P. Kuijpers

This article gives an overview of the numbers and trends until 2015 for cancer patients in the

working population in the Netherlands. In 2003 the incidence of cancer in the working population was 276/100,000 per year for men and 293/100,000 per year for women, in total 28,500 new tumours. In men cancer of the lungs and prostate, colorectal tumours and melanomas are most prevalent, in women cancer of the breasts, lungs, colorectal tumours and melanomas. Prevalence is relatively high in the working population: 1 in 79 men (1.3%) and 1 in 38 women (2.6%) knew of an earlier diagnosis of cancer in 2005, in total 191,500 persons. Cancer in children <15 years is rare: 400 new cases per year. The chances of survival are good, but about three-quarters suffers from lasting impairments or chronic disorders. The incidence and survival of cancer in children will rise slightly in the next decade. In the period 2000–2015 the incidence of cancer in men of 15–64 years will remain stable, in women there will be an increase mainly due to breast cancer. It is expected that the incidence of stomach cancer and lung cancer will only decrease for men and especially the incidence of breast cancer will rise considerably. The prevalence for men will rise with 57% and for women with 97%. The number of persons to return to the workplace after cancer treatment will show a marked increase in the next decade. Attention for influencing risk factors remains necessary.

Return to work with cancer: a scientific foundation

I. van Zanten-Przybysz, A.G.E.M. de Boer, E.E. ten Berge, A.L.J. Uitterhoeve, M. Bannink, B.C.M. Gijsen, G. Vreugdenhil

This article investigates the predicting factors in the return to work. The return to work and the preservation of economic independence is important for cancer patients, but especially the long-term effects of cancer and treatment cause problems.

The occupational health physician can promote a successful reintegration by giving sufficient attention and having sufficient knowledge about the medical problems including gender-specific aspects of cancer and differences in the experience and need of care, with an active approach and communication with the attending physicians. The general practitioner and specialist can have more active roles in the return-to-work process. A supporting working environment is also important.

Rehabilitation has a positive effect on the quality of life and the physical and psychological functioning of cancer patients, and can play a positive

role when there are factors interfering with work or with stagnation in the return-to-work.

Return to work after treatment for cancer: experiences of patients and supervisors

A.G.E.M. de Boer, I. van Zanten-Przybysz,
L.M. Maes, M.H.W. Frings-Dresen

This study explores the experiences of patients and supervisors concerning return-to-work after diagnosis and treatment of cancer. Three focus groups were organised: one with seven cancer patients (average age 51 years) and two with three supervisors each (average age 49 years). Most important themes to the patients were: con-

tact with and support from colleagues and supervisors, the occupational physician's advice and expertise, advice given by other physicians, knowledge of the late effects of cancer. For the supervisors the main themes were: their own and the occupational physician's role in the return-to-work process, the return-to-work and work adjustments, and communication with all those involved.

Working cancer patients generally experienced support from colleagues and supervisors. Limited communication between patients, supervisors, occupational health physicians, insurance physicians, general practitioners and specialists was considered an important obstacle in the return-to-work process.

VERENIGINGSNIEUWS



Secretariaatsbureau NVAB

Els van der Putten
Postbus 1594
5602 BN Eindhoven
T (040) 2481322
F (040) 2480711
E-mail: secretariaatsbureau@nvab-online.nl
Internet:
<http://www.nvab-online.nl>

HET ELEKTRONISCH SOCIAAL MEDISCH DOSSIER – ESMD

Internet is een onderdeel van het dagelijkse leven geworden; ook voor patiënten. Steeds meer zijn ze online en maken actief gebruik van alle mogelijkheden. Via zoekmachines wordt nieuwe informatie gevonden, op Hyves worden nieuwe vrienden gemaakt en lotgenoten ontmoet, met hun eigen weblog vertellen ze over hun ervaringen en gesprekken worden gevoerd via MSN, Twitter of zelfs op het Support for Healing Island in de virtuele omgeving Second Life. De patiënten worden daarin steeds meer zorgconsumenten. Zij bepalen waar ze hun informatie halen, waar en wie ze ontmoeten en wat ze zelf aan anderen vertellen. Deze 'toekomstige' zorgconsumenten zijn klanten van zorgverleners. Tijdens het HIMSS-congres in Orlando afgelopen februari lanceerde internetreus Google de mogelijkheid om medische gegevens online te beheren en te delen met artsen. Het bedrijf volgt met Google Health andere Amerikaanse aanbieders van zulke elektronische patiëntdossiers (EPD), zoals WebMD,

Microsoft en Revolution Health. In de online toepassing kunnen gebruikers een elektronisch profiel bijhouden met medische informatie en vervolgens hebben ze de mogelijkheid hun profiel te delen met artsen en andere behandelaren. Het gebruik van ICT in de zorg is de afgelopen jaren enorm toegenomen. De kwaliteit van de zorgverlening is hierdoor in veel opzichten verbeterd. Maar het kan nog beter, vooral in de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling. Daarom werken het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), CIBG en National ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) samen aan de invoering van een landelijk elektronisch patiëntdossier (EPD). De ministerraad heeft op voorstel van minister Klink ingestemd met het wetsvoorstel voor een landelijk elektronisch patiëntdossier (EPD). Bij algemene maatregel van bestuur wordt vervolgens geregeld welke zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren wanneer en hoe de gegevens van hun patiënten aan het EPD toevoegen. Het wetsvoorstel zal naar verwachting op 1 januari 2009 in werking treden. Het landelijk EPD moet alle gegevens gaan bevatten die van belang zijn voor de behandeling van een patiënt waarbij behandelaren alleen de voor hen relevante gegevens uit een gedeeld patiëntdossier te zien krijgen. De rol van patiënt als zorgconsument is hierin nog beperkt.

Dezelfde patiënt, die ook werknemer is, zal zich in het kader van verzuimbegeleiding, re-integratie en periodieke medische onderzoeken ook steeds meer als zorgconsument gaan gedragen. De doelmatigheid, kwaliteit en continuïteit in de sociaal-medische zorg zal ook gewaarborgd moe-

ten worden om aan de eisen te kunnen blijven voldoen. Ook hier is informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en bedrijfsartsen onderling essentieel. Tot op heden zijn de bedrijfsartsen niet betrokken bij de ontwikkeling van het EPD en blijft toekomstige deelname nog een groot vraagteken. De beroepsgroep kan zich profileren door zelf de basis te leggen voor een landelijk Elektronisch Sociaal Medisch Dossier (ESMD). Het doel van het ESMD is identiek aan het EPD, het veilig en snel uitwisselen van sociaal-medische relevante informatie om de doelmatigheid en kwaliteit in de sociaal-medische zorg te verbeteren. De technische 'taal' voor berichtenuitwisseling van het EPD dient hiervoor als basis gebruikt te worden. Een mogelijke toekomstige aansluiting van het ESMD op het EPD is hierdoor technisch eenvoudig te realiseren. Er wordt door de werkgroep ESMD van de NVAB thans hard gewerkt aan een architectuurvisie om dit van de grond te krijgen. De werkgroep zal zich tevens inzetten om vanuit de positie van de bedrijfsarts binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te participeren in overlegorganen over het EPD om een mogelijke aansluiting te kunnen realiseren. De werkgroep streeft hierbij naar een tevreden werknemers die recht hebben op kwalitatief hoogwaardige sociaal-medische adviezen en waarbij zij als zorgconsumenten over de mogelijkheid beschikken hun profiel te delen met artsen en andere behandelaren.

*Marc Ligthart, NVAB-bestuur
Portefeuillehouder IT*

AGENDA

05-11-2008	NVAB-najaarsALV, Utrecht
01-04-2009	NVAB-voorjaarsALV, Utrecht
14/15-5-2009	BG-dagen, Arnhem
04-11-2009	NVAB-najaarsALV, Utrecht



Secretariaatsbureau NVVG

Mw. D.J. Balk
Postbus 166
4190 CD Geldermalsen
T (0345) 503768
F (0345) 503346
E-mail: info@nvv.nl
Website: www.nvv.nl

PRIJS DE DAG NIET VOOR HET AVOND IS...

De verzekeringsgeneeskundige protocollen van de Gezondheidsraad zijn (bijna) allemaal geïmplementeerd en de NVVG heeft er zes het licht

doen zien. De NVVG werkt aan de volgende vijf en de eerste ervaringen met protocollen zijn in de praktijk opgedaan. Het is zinvol een tussenbalans op te maken vanuit de NVVG. Ons vak heeft de wind mee: niet alleen zijn er de protocollen, ook wordt stevig gewerkt aan de wetenschappelijke onderbouwing van ons vak vanuit vooral het KCVG, TNO en UMCG. In het verlengde van het advies 'Beoordelen, Behandelen en Begeleiden' van de Gezondheidsraad wordt ook gestart met multidisciplinaire richtlijnen en de aspecten arbeid en beoordelen van functionele mogelijkheden en ook wordt bij UWV en NVVG de aanloop genomen naar mediprudentie. Bij het EUMASS-congres in juni in Praag trokken de Nederlandse bijdragen over deze ontwikkelingen veel belangstelling. Ook is er vraag naar om de Nederlandse producten breed toegankelijk te maken. In lange tijd is ons vak niet zo in beweging geweest!

De NVVG prijst zich gelukkig met het feit dat de ontwikkeling van het vak eindelijk en zo stevig wordt opgepakt. Ook is de NVVG bijzonder blij dat de beroepsvereniging zo'n expliciete rol heeft: zowel de protocollen als de mediprudentie worden getrokken vanuit de NVVG en bij alle eerder genoemde ontwikkelingen heeft de NVVG de gelegenheid gehad de mening van de professionals naar voren te brengen. De NVVG heeft de mening van de professionals gevonden in de bijdragen van veel leden aan ontwikkelgroepen en in onderzoek. Diverse commissies en het bestuur zelf hebben zich frequent gebogen over de vraag wat in een bepaald geval voor de professie de meest gewenste ontwikkeling zou zijn. Ook heeft de NVVG ledenpeilingen gedaan naar relevante aspecten van de beroepsuitoefening.

Betekent dat dat we stevig voor de wind varen en de haven in zicht is? Ons vak van claimbeoordeling is een controversieel vak en het zou een klein wonder zijn als er volstreekte unanimititeit zou zijn over al deze vraagstukken. Dat is dan ook niet aan de hand, nieuwe oplossingen roepen nieuwe problemen op. We noemen een aantal knelpunten en zullen vervolgens aangeven hoe we die denken aan te pakken, hopelijk weer met veel inbreng van leden.

Het meest zichtbare product wordt op dit moment gevormd door de verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen zijn onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen en de Gezondheidsraad, en later de NVVG, streefde na de protocollen evidence te laten bevatten die er maar zeer gedeeltelijk bleek te zijn. Met name op het aspect van het beoordelen van de functionele mogelijk-

heden is de evidence schaars. De aanbevelingen zijn daar dan ook nogal algemeen gesteld en voor een groot deel gebaseerd op expert consensus. Dit geldt voor alle protocollen maar het geldt specifiek voor het protocol CVS. Vanuit verschillende kanten zijn signalen gegeven dat dit protocol te weinig, dan wel inadequate aanbevelingen bevat als het gaat om de functionele mogelijkheden. Die signalen zijn niet unaniem maar ze worden wel goed gehoord door de NVVG. Aan de andere kant is er ruimte voor de verzekeringsarts om de protocollen toe te passen in het individuele geval en de verzekeringsarts kan er gemotiveerd van afwijken als dat nodig is. Dat niet alle problemen, zeker bij CVS, met een protocol zijn opgelost hoeft niet te verbazen. Als uit de ervaring blijkt dat er echt verkeerde dingen in staan, zullen we die eruit moeten halen en vervangen door iets beters. Als de richtlijn CVS van het CBO verschijnt, hebben we mogelijk een goed moment om verbeteringen door te voeren. Vóór die tijd moeten we wel goed de knelpunten kennen. Leden zijn welkom om die te melden!

Dan de mediprudentie. Er bestaat bij een aantal leden scepsis over de mediprudentie. Eigenlijk is dat nog een beetje vroeg omdat niemand nog goed weet hoe mediprudentie eruit gaat zien en hoe zij gaat functioneren. Komend najaar hebben we ruimte om met UWV verder te verkennen. We onderzoeken dan hoe casuïstiek uit de praktijk, voorzien van deskundig commentaar, gestalte kan krijgen en ijkpunten kan gaan vormen voor de uitvoering. Het is een lange weg geweest om daar te komen en nog zijn we niet halverwege. Het idee om de uitvoering ook een ander houvast te geven dan diagnosegerichte protocollen spreekt de NVVG nog steeds zeer aan. Het past heel goed bij het juridische karakter dat ons werk veel meer kenmerkt dan dat van onze curatieve collega's.

De multidisciplinaire richtlijnen, ook wel 3B-richtlijnen, zijn inmiddels opgestart en in toeneemende mate worden verzekeringsartsen gevraagd om aan het aspect arbeid en beoordelen van functioneren invulling te geven. Het is moeilijk en belangrijk missiewerk om de behandelaars op een goede manier mee te krijgen. Om dat te ondersteunen heeft het VgI, samen met onder andere CBO en NVAB, een blauwdruk Partici-

peren in Richtlijnen opgesteld welke nu wordt getest in de praktijk. Op de site van het VgI is deze te raadplegen en kunt u commentaar leveren.

In de richting van de curatieve behandelaars en de bedrijfsartsen worden veel verbindingen gemaakt in al deze richtlijnen!

Daarmee komen we aan een ander knelpunt: de bemensing van dit alles. Om al deze verzoeken tot verzekeringsgeneeskundige inbreng uit te voeren zijn tientallen verzekeringsartsen nodig. Enthousiaste collega's worden steeds gezocht en het moet gezegd dat daar meer ruimte voor is dan reacties, tot nu toe. Het tijdbeslag is beperkt maar niet te verwaarlozen en met UWV is centraal afgesproken dat daarvoor in principe ruimte is. De beslissing valt echter niet centraal maar regionaal en helaas horen we regelmatig dat een verzekeringsarts geen tijd krijgt om in een richtlijntraject mee te draaien. UWV heeft een grote doelstelling om productie te maken en dat staat op gespannen voet met het enigermate vrijspelen van de productiemedewerkers, in casu de verzekeringsartsen.

Dit klemt temeer omdat de NVVG nog wel meer activiteiten noodzakelijk acht. Het visiteren van collega's is een kwaliteitsinstrument dat in de verzekeringsgeneeskunde nog niet wordt toegepast maar de NVVG wil daar wel naartoe. De mediprudentie wordt nu binnen het domein van de WIA verkend maar de NVVG wil zoets ook voor allerlei andere typen beoordelingen, bijvoorbeeld in de private sfeer. De inbreng van cliënten in de richtlijnontwikkeling is een thema dat verder uitwerking verdient en meer in het algemeen is het goed als we de rol van de cliënten in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, inclusief de beoordeling, moderniseren. Het aankomende protocol Herstelgedrag is al een stap in die richting. Om dit alles te realiseren is inbreng van de leden nodig, zowel ideeën als inspanning, en ook aanvullende fondsen. Over dit alles is de NVVG in gesprek met onder andere SZW en UWV. Binnenkort zullen we weer een peiling houden onder de leden over de ervaren problemen en behoeften.

Fred van Duijn, voorzitter

Wout de Boer, directeur

BELANGRIJKE DATA 2008

Ledenvergadering:

I Woensdagmiddag 15 oktober

TIJDSCHRIFT VOOR BEDRIJFS- EN**VERZEKERINGSGENEESKUNDE**

**Uitgave van de Stichting tot Bevordering der
Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, met
medewerking van de NVVG en de NVAB.**

REDACTIE

N.H.Th. (Nico) Croon (hoofdredacteur)
A.N.H. (André) Weel (Kwaliteitsbureau NVAB)
(plv. hoofdredacteur)
J.R. (Han) Anema (VUmc, Amsterdam)
J.J.M. (Jan) Besseling (TNO Arbeid)
A.P. (Annelie) Bisschops (BMD Akers)
C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem)
W. (Wim) van der Hoek (RIVM, Bilthoven)
F.H.W. (Frank) Jungbauer (Universitair
Medisch Centrum Groningen)
R.G.P.M. (Rulanda) van Kruysbergen
(Arbo Unie Almelo)
D.J. (Dick) van Putten (TNO Arbeid)
B. (Bas) Sorgdrager (NCvB)
H. (Haije) Wind (Kenniscentrum
Verzekeringsgeneeskunde, AMC, Amsterdam)

EINDREDACTIE

Ampersand, Ria Appelman

REDACTIEADRES

Bohn Stafleu van Loghum, t.a.v. José Huijden
Postbus 246, 3990 GA Houten
E-mail: TBVredactie@bsl.nl

BASISONTWERP

Frederik Helfrich, Deventer

VORMGEVING

Intro Scan- en Digitaliseringsburo, Heerhugowaard

ADVERTENTIEACQUISITIE

Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon: (030) 638 37 12

ABONNEMENTEN

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum,
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegeven en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt één maal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswijziging met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum. Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten): particulieren Nederland € 95,00; voor leden van de NVVG en NVAB geldt een ledenprijs. Losse nummers € 12,40. Prijswijzigingen voorbehouden. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. TBV verschijnt tien maal per jaar.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden. Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze verenigingen.

AUTEURSRECHT

Overname van artikelen uitsluitend met schriftelijke toestemming van auteur, redactie en uitgever, mits duidelijk de bron wordt vermeld.

ISSN 0929-600X

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

HO
PRINT

WENKEN VOOR AUTEURS*Inzenden kopij*

Lever uw tekst elektronisch aan bij TBVredactie@bsl.nl. Gebruik afzonderlijke pagina's voor de titelpagina, de samenvatting, de summary, de tabellen en/of figuren, en de literatuurlijst. Zet uw naam, titulatuur en correspondentieadres eveneens op een apart blad. Lever tevens een paar aandachtspunten en minimaal drie trefwoorden ten behoeve van het jaarlijkse register bij uw artikel. Geef in uw aanbiedingsbrief aan voor welke rubriek uw bijdrage is bedoeld, wat volgens u de relevantie van uw artikel is voor de lezersgroep, en sluit eventuele toestemmingen en verklaringen bij.

Rubriek Onderzoek

Beperk het aantal woorden voor een onderzoeksartikel tot 3000 inclusief literatuurverwijzingen en noten (maximaal twintig verwijzingen), exclusief figuren, tabellen en/of grafieken. De redactie kan besluiten hier in voorkomend geval vanaf te wijken. De samenvatting van een onderzoeksartikel (circa 150 woorden) dient achtereenvolgens te bevatten: (1) onderwerp, (2) doel van het onderzoek, (3) soort onderzoek, (4) resultaten en (5) conclusie en beschouwingen. Aantal woorden van de Engelse samenvatting van uw onderzoeksartikel voor de rubriek 'TBV in outline': 150 woorden.

Rubriek Opinie en Voor de Praktijk

Beperk het aantal woorden voor een opiniërend artikel tot 2000 woorden inclusief literatuurverwijzingen en noten (maximaal tien verwijzingen). De samenvatting van een artikel in de rubriek Opinie (circa 100 woorden) dient achtereenvolgens te bevatten: (1) onderwerp, (2) doel en opzet, (3) conclusie en beschouwingen. In de rubriek 'Voor de Praktijk' (ook maximaal 2000 woorden) worden opgenomen onderwerpen die van direct belang zijn voor het dagelijks handelen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk, voor zover deze (nog) niet als algemeen geaccepteerde uitvoeringspraktijk toegankelijk zijn in gangbare tekst- en handboeken. Als basiseis wordt gesteld dat de voorgestane praktijkvoering deugdelijk beargumenteerd is.

Overige rubrieken

De lengte van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Arts en Wet: 1500 woorden; Praktijkperikel: 350 woorden; Congresverslag: 600 woorden; Referaat: 600 woorden; Boekbespreking: 350 woorden; Lezersforum: 350 woorden; Signaal: 700 woorden of 500 woorden + figuur/tabel.

Tabellen, grafieken, figuren en foto's

Geef in uw tekst duidelijk aan waar tabellen/grafieken moeten worden geplaatst. Zet de tabellen/grafieken alsmede de getallen behorende bij een grafiek op een apart blad. Geef elke tabel/grafiek een eigen opschrift/titel (zo kort mogelijk) en gebruik geen verticale lijnen. Houd bij een getekende grafiek rekening met behoorlijke verkleining in het tijdschrift. Lever figuren en foto's aan in minimaal 300 dpi.

Literatuurlijst

Hanteer voor uw literatuurverwijzingen en eindnoten de officiële Vancouverstijl. Elke verwijzing krijgt een apart nummer en een nieuwe regel: nummer; namen en voorletters van alle auteurs (bij meer dan drie auteurs, alleen de eerste drie, daarna: et al.). Volledige titel van de publicatie. De naam van het tijdschrift in de standaardafkorting. Jaartal; deelnummer: eerste en laatste pagina. Als u meermalen naar dezelfde bron verwijst, telt de eerste verwijzing.

Algemeen

Door inzending verklaart een auteur dat hij het recht van publicatie aan het tijdschrift overdraagt. Wordt een stuk afgewezen, dan valt dit recht weer aan hem terug. De auteur garandeert dat de door hem ingezonden kopij niet elders aangeboden, geaccepteerd of gepubliceerd is. Tevens garandeert hij dat in de kopij genoemde personen toestemming hebben gegeven voor publicatie van reeds eerder gepubliceerd materiaal (tekst, grafieken, foto's). De auteur verklaart zich tot slot bij inzending akkoord met redactionele beoordeling en bewerking door het tijdschrift. De redactie heeft het recht artikelen en andere kopij redactioneel te (doen) bewerken.

Tot slot dient de auteur te vermelden of er belangenconflicten zijn (financieel en andere) – dit dient bij voorkeur bij de aanbieding van het artikel vermeld te worden, hij dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd en bij al het gesubsidieerde onderzoek een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de onderzoekers/auteurs bij het onderzoek, de analyse en de publicatie.