

# tbv 4

Jaargang 25  
April 2017

Tijdschrift voor Bedrijfs- en  
Verzekeringsgeneeskunde

## SPECIAL KANKER EN WERK

Oncologische consulenten

Beoordeling door verzekeringsarts

Meetinstrumenten voor cognitieve  
symptomen en kwaliteit van werken

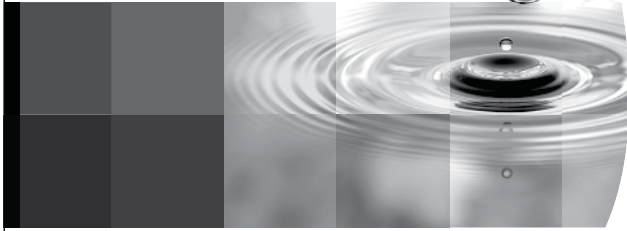
Interview met Ragna van Hummel,  
oprichter van Re-turn | Werkkracht  
bij kanker

Werkgerelateerde kanker

[www.tbv-online.nl](http://www.tbv-online.nl)

Stichting tot Bevordering der  
Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde  
Bohn Stafleu van Loghum

# We teach...



**VAN MENTAAL WERKVERMOGEN NAAR WERK**  
11 mei 2017, Utrecht

**BEDRIJFSARTS & CONSULENT ONCOLOGIE**  
15 mei, 12 juni, 4 en 25 september en 6 november 2017,  
Amsterdam/Utrecht

**INTERPRETATIE VAN  
LABORATORIUMUITSLAGEN BIJ KEURINGEN  
EN PERIODIEK MEDISCH ONDERZOEK**  
23 mei 2017, Utrecht

NIEUW

**CAPABILITY, DE BASIS VOOR DUURZAME  
INZETBAARHEID**  
12 en 19 juni 2017, Utrecht

**TOUR DE FRANCE:  
BEDRIJFSGEZONDHEIDZORG IN FRANKRIJK  
EN NEDERLAND**  
18 t/m 22 juni 2017, Orléans en omgeving van de Loire

**ANTIMICROBIËLE RESISTENTIE**  
20, 27 juni en 4 juli 2017, Utrecht

**MUZIEKGENEESKUNDE**  
28 juni, Utrecht

**SUMMERSCHOOL ARBEID & GEZONDHEID**  
16 t/m 18 augustus, Otterlo  
28 t/m 30 augustus, Otterlo

NIEUW

**ENGELSE TAAL VOOR DE BEDRIJFSARTS**  
5 en 19 september 2017, Utrecht

## ...en nóg 170 modulen!

Bekijk het volledige bij- en nascholingsaanbod op [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl). Of vraag de brochure aan.



**NSPOH**  
we teach health

De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.



## NIEUW OPLEIDING PRAKTIJKONDERSTEUNER BEDRIJFSARTS

- ✓ vanuit eigen expertise verantwoord en praktisch vormgeven aan taakdelegatie van de bedrijfsarts
- ✓ combinatie van theorie en praktijk
- ✓ 20 lesdagen
- ✓ 9 maanden 'training-on-the-job'
- ✓ passend bij nieuwe Arbowet
- ✓ volgens de leidraad *Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding* van NVAB
- ✓ aansluitend op maatschappelijke ontwikkelingen rondom preventie van verzuim, gezond werken en duurzame inzetbaarheid.

### VOORDEEL VOOR ORGANISATIE

- ✓ meer capaciteit bij tekort aan bedrijfsartsen
- ✓ bedrijfsarts: meer aandacht voor kerntaken

### PRAKTIJKONDERSTEUNER BEDRIJFSARTS

U heeft hbo-werk- en -denkniveau en een relevante werkplek met begeleiding door een bedrijfsarts.

### SCHRIJF NU IN!

Start in september 2017, kies uit twee locaties:

- Rotterdam [www.breederode.nl](http://www.breederode.nl)
- Utrecht [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl)
- Ook incompany!

### CONTACTPERSOON NSPOH

Erik Noordik  
opleider/adviseur  
030 810 05 00  
[e.noordik@nspoh.nl](mailto:e.noordik@nspoh.nl)



### CONTACTPERSOON BREEDERODE

Rob Kaasschieter  
programmaleider  
010 304 23 40  
[rkaasschieter@breederode.nl](mailto:rkaasschieter@breederode.nl)



**Breederode**  
Hogeschool

**NSPOH**  
we teach health

De NSPOH verzorgt opleidingen in de sociale geneeskunde, waaronder de opleiding tot bedrijfsarts. Breederode Hogeschool is onder andere bekend als opleider voor de praktijkondersteuner huisarts (POH).



# Van uitgang naar ingang

Wim Otto



Er is veel te doen op het gebied van kanker en werk. Zowel de Academiseringsdag van het VUMC als het A(N)IOS congres in het afgelopen najaar waren geheel aan dit thema gewijd. Bovendien stonden er maar liefst drie promoties met onderwerpen rond dit thema op stapel, namelijk die van Van Muijen, De Jong en Van Egmond. Het leek de redactie van TBV een goede aanleiding om een special aan kanker en werk te wijden.

In 2008 was ook een hele uitgave aan het thema kanker en werk gewijd (2008/7). De ontwikkelingen hebben sindsdien niet stilgestaan, zowel op klinisch als op sociaal-geneeskundig gebied. Ook daarom leek het de redactie een goed idee om met een 'update' te komen. Het thema blijkt echter inmiddels zo omvangrijk dat het onmogelijk is om 'alles' in één nummer te persen. Het onderwerp zal dus met enige regelmaat in dit tijdschrift terugkeren.

Zoals ook al in 2008 betoogd hebben we te maken met een groeiend fenomeen. De verwachting was destijds dat er in 2015 zo'n 35.000 nieuw gediagnosticeerde gevallen in de beroepsbevolking zouden zijn. Inmiddels staat de teller op (minimaal) 40.000. Hoewel het aandeel werkenden dat na diagnose en behandeling niet meer aan het werk komt niet lijkt te zijn gestegen – dat komt uit op een kwart tot een derde van de gevallen – is er in absolute zin dus wel een toename. Door verdere flexibilisering van de arbeidsmarkt kan het probleem nog groter worden – flexwerkers ontberen immers de bescherming die een vast arbeidscontract in beginsel biedt.

(Dreigend) verlies van werk en belemmeringen bij de terugkeer naar werk vormen dan ook de rode draad die door deze special heenloopt.

Was één van de aanleidingen voor het themanummer in 2008 nog het gesignaleerde onbegrip bij verzekeringsartsen voor klachten als vermoeidheid na kanker, inmiddels lijkt dit probleem voor een belangrijk deel uit de wereld, zoals uit het onderzoek van Van Muijen e.a. kan worden opgemaakt. Dat wil zeggen: vermoeidheid wordt niet meer genegeerd, maar nog steeds wel in een deel der gevallen als lastig te beoordelen klacht gezien. Opmerkelijke bevinding van dit onderzoek is dat verzekeringsartsen aangeven dat bestaande protocollen zelden antwoord

geven op vragen die zich bij de beoordeling van een werknemer na behandeling van kanker kunnen voordoen. Overigens is voor de beoordeling van cognitieve beperkingen inmiddels een gevalideerde checklist beschikbaar – zie daarvoor het artikel van Dorland e.a.

Zou de inzet van een verzekeringsarts consulent oncologie (VACO) kunnen helpen bij het beoordelen van de belastbaarheid in relatie tot klachten als vermoeidheid? In 2007 waren de verwachtingen over de inzet van een oncologisch specialist binnen de verzekeringsgeneeskunde nog hooggespannen. Klarenbeek maakt in zijn bijdrage op persoonlijke wijze de balans op en die is voor wat betreft zijn huidige consultrol niet onverdeeld positief. Gezien de kankerspecifieke aspecten die hij onderkent en de problemen die verzekeringsartsen nog steeds ondervinden bij de beoordeling van de belastbaarheid zou er voor de VACO toch een veel uitgesprokener rol moeten worden ingeruimd.

Iets beter lijkt het gesteld met de bedrijfsarts consulent oncologie (BACO). Nederland telt er een twintigtal, maar uitbreiding van hun inzet stagneert en dat is teleurstellend, aldus Oostveen e.a. in de Zeepkist van dit TBV. De BACO zou overal waar nodig een brugfunctie kunnen vervullen bij behoud en terugkeer naar werk.

Anno 2017 ligt de focus in de eerste plaats bij de problemen die mensen ondervinden bij de terugkeer naar werk en de mogelijke oplossingen daarvoor.

Bloemen geeft aan de hand van haar eigen ervaringen weer waar je zoal als werknemer tegenaan kunt lopen als je zo veel mogelijk aan het werk wilt blijven, ook tijdens de behandelingen. Zij is mild in haar oordeel over de spelers in het veld: iedereen heeft immers de beste bedoelingen? Zoals we weten kom je er niet met goede bedoelingen alleen.

Van Hummel is ook ervaringsdeskundige en heeft de door haar gesignaleerde behoefte aan kennis en kunde bij re-integratiebegeleiding rond kanker aangegrepen om een gespecialiseerd re-integratiebureau te beginnen. In het interview naast een uiteenzetting van de werkwijze van haar bedrijf, ook veel nuttige informatie voor de dagelijkse praktijk. Overigens is Van Hummel wat minder mild rich-

ting onze beroepsgroepen, in die zin dat zij voor zowel verzekerings- als bedrijfsartsen een duidelijke boodschap heeft. Die komt er in mijn visie op neer dat we, waar dat nodig is, meer moeten inzetten op een eigen visie en een actieve rol in het belang van de cliënt.

Ondanks de vooruitgang die is geboekt is er dus nog genoeg werk aan de winkel als het om begeleiden en beoordelen gaat. Maar zijn we er dan?

Een wezenlijk punt lijkt het zo vroeg mogelijk inzetten van revalidatiezorg. Het kan zorgen voor vermindering van latere zorgconsumptie en behoud van werkvermogen, aldus Bruinvels. Bij de politie heeft men hier goede ervaringen mee opgedaan, wat ertoe heeft geleid dat vanaf dit jaar Oncopol bij alle politie-eenheden wordt ingezet.

Tamminga e.a. betogen in hun artikel dat voor behoud van werk de kwaliteit van werken een belangrijke rol speelt. Zij beschrijven de ontwikkeling en evaluatie van een vragenlijst die tot doel heeft de kwaliteit van werken te meten. Deze vragenlijst kan in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk zowel op individueel als op groepsniveau worden ingezet. De uitkomsten van dergelijk vragenlijstonderzoek kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van werken te verbeteren en zo bijdragen aan het succes van re-integratietrajecten en aan het behoud van werk.

Allemaal goed nieuws maar het inventariserend onderzoek van De Boer e.a. laat zien dat er zowel aan werk-

nemers- als aan werkgeverskant nog vele problemen worden benoemd die belemmerend werken bij de re-integratie. Beide groepen zien een belangrijke rol weggelegd voor de bedrijfsarts.

Zoals ik eerder aangaf geldt voor een kwart tot een derde van de werknemers met kanker dat zij hun werk verliezen. Hoe vergaat het hen? Voor hen is er wel een uitgang, maar hoe kunnen zij de ingang naar werk terugvinden? Van Egmond onderzocht of een werkhervattingsinterventie hiertoe kon bijdragen, maar door implementatieproblemen – zelfs in de ‘laboratoriumsetting’ van een dergelijk onderzoek – kon een duidelijk effect niet worden aangetoond.

Er is de afgelopen jaren vaker onderzocht of gerichte interventies bijdragen aan terugkeer naar werk. Het beeld dat ik heb is dat deze interventies vooral op de werknemer zijn gericht en dat het veel inspanning kost om deze interventies goed uit te voeren. Het resultaat valt nogal eens tegen in vergelijking met de gebruikelijke werkwijze. Ik vraag mij dan ook af of we hiermee op het goede spoor zitten. Moeten we ons niet veel meer richten op de slechte toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor (onder andere) deze populatie en drempels bij werkgevers weg zien te nemen?

Van Egmond gaat hier in haar bijdrage uitgebreid op in en benoemt een groot aantal aspecten die aan werkgeverskant een rol (kunnen) spelen. Hoe we werkgevers het best daarbij kunnen ondersteunen moet volgens Van Egmond verder worden onderzocht. Misschien moeten we daar dan de komende jaren onze inspanningen op richten.

<b>hoofredactioneel</b>	Van uitgang naar ingang	147
<b>zeepkist</b>	Met kanker terug naar werk: dat kan beter	150
<b>onderzoek</b>	Ontwikkeling en evaluatie van een meetinstrument om kwaliteit van werken te meten van werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) <i>Sietske Tamminga, Merel de Jong, Angela de Boer, Monique Frings-Dresen</i>	153
	WIA-beoordeling na behandeling voor kanker; welke factoren weegt de verzekeringsarts? <i>Peter van Muijen, Saskia Duijts, Daniëlle Kornet-Van der Aa, Allard van der Beek, Han Anema</i>	158
	Kanker en werk: problemen van werknemer en werkgever <i>Angela de Boer, Marina Jonkers, Lenja Witlox, Sietske Tamminga, Monique Frings-Dresen</i>	164
<b>onderzoek in het kort</b>	De Cognitive Symptom Checklist-Work: een vragenlijst voor het meten van werkgerelateerde cognitieve symptomen <i>Heleen Dorland, Corné Roelen, Ans Smink, Adelita Ranchor, Femke Abma, Ute Bültmann</i>	170
<b>voor de praktijk</b>	Re-integratie bij kanker is topsport <i>Anjo Bloemen</i>	173
	Ervaringen van de verzekeringsarts consulent oncologie <i>Alfons Klarenbeek</i>	176
	Oncopol. Vroege oncologische arbeidsrevalidatie bij de politie <i>David Bruinvels, Daniëlle Bavelaar, Neil Aaronson</i>	178
<b>interview</b>	Ragna van Hummel: 'Poortwachter knelt bij kanker' <i>Rolf Blijleven, Kees Hertog, Wim Otto</i>	181
<b>proefschriftbespreking</b>	Martine van Egmond: Een perspectief op werkhervatting na kanker en baanverlies	187
<b>referaat</b>	Een model voor kanker en werk	190
	Werkhervatting na kanker in Duitsland	191
<b>beroepsziekten</b>	Werkgerelateerde kanker in maat en getal <i>Annet Lenderink, Bas Sorgdrager, Henk van der Molen</i>	192
<b>nieuws</b>	Richtlijn Kanker en Werk. Voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk	194
<b>van de verenigingen</b>	NVAB	195
	NVVG	197

# Met kanker terug naar werk: dat kan beter

## Werkenden met kanker moeten een beroep kunnen doen op de bedrijfsarts consulent oncologie (BACO)

Cobi Oostveen, Ton Jenner, Leo Elders

*Kanker is in plaats van een levensbedreigende aandoening één van de meest voorkomende chronische aandoeningen geworden.*

### De feiten

Jaarlijks worden circa 105.000 mensen geconfronteerd met de diagnose kanker. Het gaat daarbij om circa 45.000 werkenden, waarvan er naar schatting 17.000 werkzaam zijn in loondienst. De meeste (ex-)patiënten kunnen na behandeling weer aan het werk. Uit onderzoek blijkt dat veel (ex-)kankerpatiënten echter problemen ondervinden bij de terugkeer naar – en het behoud van – werk. In 2015 zijn er 4374 WIA-beoordelingen aangevraagd door werknemers met kanker. Daarvan kregen 1760 personen (40%) een IVA toegekend. De resterende 2614 personen belandden in de WGA (745: <35%, 696: 35-80% en 1173: 80-100%). (Bron: UWV 2015).

### Het belang van werk

Het hebben van werk is een belangrijke factor in onze maatschappij en in ons leven. We gaan later met pensioen en zijn langer actief. Naast een inkomen levert het hebben van werk waardering, sociale contacten, structuur, plezier en zingeving op. Het hebben van werk is een stimulerende en stabiliserende factor. De diagnose kanker verstoort dit evenwicht met een dreigend verlies van werk en arbeidsongeschiktheid tot gevolg. Terugkeer naar arbeid dient structureel meer aandacht te krijgen van de medisch specialistische zorg en moet ook als behandeldoel worden opgenomen in het klinische zorgplan van de kankerpatiënt. Als arbeid vroeg in het behandeltraject meer aandacht krijgt, bespoedigt dit de werkhervatting.<sup>1</sup>

### BACO als bruggenbouwer

De brug van kanker naar arbeid blijkt vaak lastig te nemen. Pink Ribbon en de NSPOH hebben in 2011 de opleiding 'Bedrijfsarts consulent oncologie' (BACO) opgezet. De BACO is als gespecialiseerde bedrijfsarts op het gebied van de oncologie werkzaam op het snijvlak van eerste

en tweede lijn, naast de klinisch arbeidsgeneeskundige die veelal alleen in de tweede lijn (kliniek) werkzaam is (Figuur 1). De inzet van de BACO in de zorg stagneert echter en dat is teleurstellend. Immers, vooral de BACO is de specialist als het gaat om de ondersteuning van werknemers met kanker naar werk, *"they bridge the gap"*.

In de kliniek is er vaak een gebrek aan kennis van en aandacht voor kanker en werk. Sinds een aantal jaren zijn BACO's werkzaam in enkele klinische centra en revalidatiecentra. Naast de klinisch werkzame BACO's zijn er ook een aantal van hen actief bij een arbodienst, als zelfstandig specialist of via een diagnostisch centrum. De doelgroep van BACO's is heel breed: werknemers in loondienst, ZZP'ers, werkzoekenden en werklozen. Zij zouden allemaal toegang moeten hebben tot deze specifieke ondersteuning gericht op de terugkeer naar werk. In de functie van oncologisch intermediair in de zorg adviseert de BACO kankerpatiënten en hun behandelaren (medisch specialist, eigen bedrijfsarts en huisarts) bij vragen en/of problemen op het gebied van (arbeids-)revalidatie, werkhervatting en behoud van werk. De BACO zorgt – als daar een indicatie voor is – vroegtijdig in het behandeltraject voor een goede communicatie tussen de eerste en tweede lijn, zodat herstel van de mogelijkheden tot het verrichten van werk als onderdeel van het behandelplan tijdig aandacht krijgt. In de kliniek vervult hij daarbij enerzijds de rol van een bedrijfsarts, die over meer kennis van de gevolgen van kanker voor het werk beschikt dan de leden van het multidisciplinair oncologisch team, als bedrijfsarts beschikt hij anderzijds over meer expertise op het gebied van de gevolgen van kanker (behandelingen) voor werk dan de algemeen bedrijfsarts. Een goede verankering van de BACO in de kliniek – als volwaardig lid van het oncologisch behandelteam – is daarbij onontbeerlijk. Natuurlijk blijft de vraag of de bedrijfsarts niet voldoende is toegerust om deze taak te vervullen. Als bijvoorbeeld een module 'kanker en arbeid' onderdeel zou zijn van de opleiding tot bedrijfsarts? Dat is zeker wenselijk in het licht van het stijgend aantal werkenden met kanker en de vergrijzing. Maar, de problematiek rond kanker en werk

is zo specifiek en onderhevig aan snel voortschrijdende ontwikkelingen, dat het schier onmogelijk is om deze als ‘algemeen’ bedrijfsarts op de voet te volgen. Dat maakt de BACO – als specialist op het terrein van kanker en werk – een belangrijke schakel in de keten van specialistische arbozorg.

**Richtlijnen en standaarden: de leidraad voor de BACO**

Vanaf 2009 kunnen bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen beschikken over de Blauwdruk Kanker en Werk (2009) en de multidisciplinaire richtlijn Oncologische Revalidatie (2011). Daarmee beschikken deze beroepsgroepen over tools om de zorg en aandacht voor werken na kanker te verbeteren. De nieuwe richtlijn Kanker en Werk van de NVAB (2017) besteedt specifiek aandacht aan enkele veel voorkomende gevolgen van kanker, die van invloed zijn op terugkeer naar en behoud van werk, zoals vermoeidheid, psychische- en cognitieve klachten. Deze laatste richtlijn bevat tevens mogelijke indicaties voor verwijzing naar een BACO.

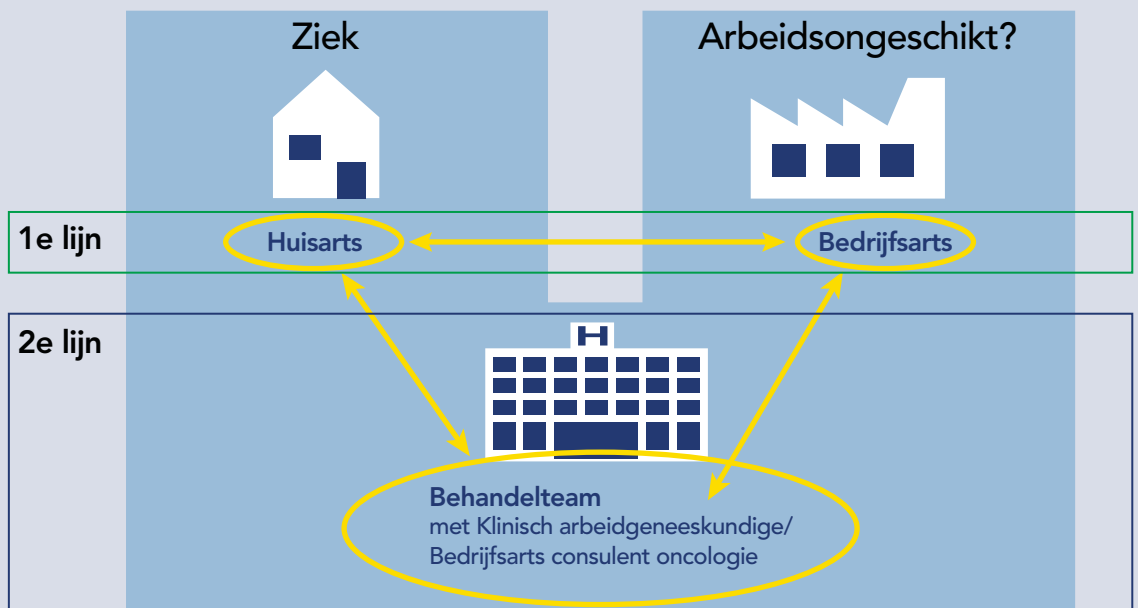
**De financiering**

Een punt van aandacht is de financiering. Net als de klinisch arbeidsgeneeskundige, die werkzaam is binnen de klinische setting en deel uitmaakt van het behandelteam, wordt de BACO niet gefinancierd door de zorgverzekeraar. Dit bemoeilijkt de verankering van de positie in kliniek en revalidatiecentrum. Immers, omdat het zorgstelsel de positie van de klinisch arbeidsgeneeskundige en de BACO niet erkent, is het bestaansrecht zeer ongewis. Maar ook in de Arbeidsomstandighedenwet die per 1-7-2017 wordt vernieuwd, wordt met geen

woord gerept over deze nieuwe professies. Daar waar de overheid enerzijds de mond vol heeft van innovaties in de zorg, laat zij het aan de andere kant afweten als het gaat om ondersteuning van deze noodzakelijke professionals. Bezien we de financiering van de arbozorg in Nederland, dan is die privaat. Bedrijfsartsen worden direct of indirect via de werkgevers betaald. Volgens de Arbobalans 2016 van TNO bedragen de werkgerelateerde kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg 8 miljard euro per jaar.<sup>2</sup> De zorgkosten voor de totale werkzame beroepsbevolking belopen 16,9 miljard euro. De kosten van de inzet van een klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) of een BACO in ziekenhuizen (prognose circa 100 binnen enkele jaren), 1 dag per week à 8 uur en 150 euro per uur, vormen slechts een fractie van deze kosten. Stel dat er 52 weken per jaar een bezetting nodig is van 1 professional per ziekenhuis 1 dag per week. Dat betekent dat de inzet uitkomt op 52 weken x 1200 euro per dag x 100 ziekenhuizen = 6,25 miljoen euro per jaar. Dit is verwaarloosbaar ten opzichte van de totale zorgkosten en ook die van de totale kosten van de arbozorg in Nederland die ongeveer 800 tot 900 miljoen bedragen. Daar tegenover staan dan ook nog de baten aan de kant van de sociale wetgeving door snellere werkhervatting, minder verzuim in de toekomst, hogere arbeidsproductiviteit. Aan de zorgkant zullen de kosten van zorgconsumptie afnemen, omdat iemand die werkt minder zorg consumeert. Het lijkt dus helemaal niet om de financiering te gaan, maar om onbekendheid met de soort zorg, de zorgprofessional en de plaats die deze zou moeten innemen in de zorg. Anders valt de terughoudendheid bij de politiek om de BACO en KAG toe te laten tot de kliniek niet uit te leggen.

**Figuur 1**

Het ideale zorgmodel voor werknemers met kanker



### Verwijzing naar de BACO

In ziekenhuizen en revalidatiecentra waar een BACO werkzaam is, kunnen patiënten vanuit het multidisciplinaire behandelteam een consult bij een BACO aangeboden krijgen. Ook kunnen ze verwezen worden door de medisch specialist, huisarts of eigen bedrijfsarts. De BACO adviseert en informeert de patiënt en met diens toestemming ook andere zorgprofessionals in de behandeling en begeleiding van de kankerpatiënt. De BACO kan de doelen ten aanzien van werk inbrengen in de behandeling van de medisch specialist en de re-integratiebegeleiding afstemmen met het behandelteam. Ook kan de BACO in overleg met huisarts en/of eigen bedrijfsarts interventies initiëren bij aanhoudende gezondheidsklachten of werkproblemen, zoals bijvoorbeeld bij chronische vermoeidheid, concentratieproblemen of noodzakelijke aanpassingen in de werksituatie. De BACO kan via de bedrijfsarts of arbodienst (of op indicatie rechtstreeks) de contacten met de werkgever onderhouden met als doel de kans op succesvolle terugkeer naar en behoud van eigen werk te vergroten. De BACO kan – waar nodig – ook in overleg treden met de (consulent) verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige om de patiënt te ondersteunen in de contacten met het UWV.

Een overzicht van de BACO's vindt u op de site van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA): <http://www.nvka.nl/baco/index.html>.

### De toekomst biedt kansen

Willen we in een vergrijzend Nederland meer zorg kunnen bieden aan de werkende mens met kanker, dan is ondersteuning op maat met heldere rollen voor de bedrijfsarts, de BACO en de klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie, in samenwerking met de werkgever en de curatieve sector noodzakelijk. Dit zijn voorwaarden om te komen tot een succesvolle werkhervatting en behoud van werk bij degene die geconfronteerd wordt met kanker. Het biedt kansen voor alle partijen met als grote winnaar de patiënt die de zorg krijgt die hij of zij verdient.

### Referenties

1. Mewes, Janne Charlotte (2016). Rehabilitation for cancer-survivors: cost-effectiveness and budget-impact. <http://doc.utwente.nl/99562/Thesis>.
2. Arbobalans 2016. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland, TNO Leiden.



# Ontwikkeling en evaluatie van een meetinstrument om kwaliteit van werken te meten van werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad)

Sietske Tamminga, Merel de Jong, Angela de Boer, Monique Frings-Dresen

## Samenvatting

Om werkhervatting en/of behoud van werk te bevorderen onder mensen die een diagnose kanker hebben (gehad) is er onderzoek gedaan naar hun ervaringen en beleving van de werksituatie, oftewel hun kwaliteit van werken. De kwaliteit van werken van werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) is beschreven en geëvalueerd met een nieuw ontwikkeld meetinstrument, de *Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors* (QWLQ-CS). Deze vragenlijst is ontwikkeld om de kwaliteit van werken te meten van mensen die een diagnose kanker hebben (gehad) en op enig moment in de afgelopen vier weken hebben gewerkt. Deze vragenlijst bestaat uit 23 vragen en is een valide en betrouwbaar meetinstrument voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk.

Door verbeterde screening en behandeling van kanker zijn in de afgelopen jaren de overlevingskansen van kanker toegenomen voor kinderen, adolescenten en volwassenen. Hierdoor neemt het aantal overlevenden van kanker in de werkende bevolking toe. Deze toename wordt versterkt door het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd aangezien de incidentie van kanker toeneemt naarmate men ouder wordt.

Uit onderzoek blijkt dat werk belangrijk kan zijn voor mensen die een diagnose kanker hebben (gehad).<sup>1</sup> Werk heeft persoonlijke en sociale waarde, is een mogelijkheid om te participeren in de maatschappij en draagt bij aan een betere financiële situatie.<sup>2</sup> Mensen die een diagnose kanker hebben (gehad) kunnen echter ook problemen ervaren

met betrekking tot werk. Zo hebben ze meer kans om werkloos te worden in vergelijking tot een 'gezonde' populatie,<sup>3</sup> en ze kunnen moeilijkheden ondervinden wanneer ze hun werk hervatten of blijven werken.<sup>4</sup> Het gaat hierbij om lichamelijke, cognitieve en psychologische gevolgen (zoals vermoeidheid, concentratieproblemen of neerslachtigheid) van de diagnose kanker en de behandeling die het uitvoeren van werk kunnen bemoeilijken op zowel de korte als de lange termijn.<sup>4</sup> De werksituatie van mensen met kanker wordt in onderzoek vaak beschreven aan de hand van uitkomstmaten zoals het al dan niet hebben van werk, verzuim (duur, percentage) en productiviteit. Deze beschrijvingen zeggen echter weinig over de ervaringen en beleving van mensen die een diagnose kanker hebben (gehad) in de werksituatie, oftewel hun kwaliteit van werken. Eerder onderzoek onder de algemene werkpopulatie heeft aangetoond dat een slechte kwaliteit van werken kan leiden tot het opzeggen van hun baan<sup>5,6</sup> en dat interventieprogramma's in organisaties die gericht zijn op kwaliteit van werken ook kwaliteit van leven positief beïnvloeden.<sup>7</sup> Om werkhervatting en behoud van werk te bevorderen onder werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) is het daarom van belang om kwaliteit van werken te kunnen meten met een valide en betrouwbaar meetinstrument om op basis daarvan gerichte interventies in te kunnen zetten om werk uitval te voorkomen.

Aangezien er nog geen meetinstrument voor kwaliteit van werken specifiek voor deze doelgroep bestond, is een instrument ontwikkeld in de vorm van een vragenlijst. Deze vragenlijst is ontwikkeld om de kwaliteit van werken te meten van mensen die op enig moment in de afgelopen vier weken hebben gewerkt (Figuur 1). Het doel van het onderzoek is het beschrijven van de ontwikkeling van de vragenlijst en het nagaan van verbanden tussen kwaliteit van werken en gezondheids- en werkgerelateerde variabelen.<sup>8</sup>

Dr. S.J. Tamminga is postdoc onderzoeker bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Dr. M. de Jong was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam. Heden werkzaam bij het Medisch Expertise Centrum Sitagre, Amsterdam.

Dr. A.G.E.M. de Boer is UHD en PI bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen is hoogleraar, PI en afdelingshoofd bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Correspondentieadres:

s.j.tamminga@amc.uva.nl

### Ontwikkeling en evaluatie vragenlijst

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst werden vier fases doorlopen. Fase 1 bestond uit het verzamelen van aspecten die de kwaliteit van werken beïnvloeden. Uit een literatuuronderzoek over terugkeer naar werk en behoud van werk bij werkenden met een fysiek chronische aandoening werden in totaal 73 aspecten gedestilleerd. Om te verifiëren welke van deze aspecten specifiek voor werkenden met de diagnose kanker belangrijk waren, werden er drie focusgroepen georganiseerd met werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) en één focusgroep met zes bedrijfsartsconsulenten oncologie. Tot slot werden 11 werkgevers, leidinggevenden en andere organisatie-medewerkers (bv. HR-medewerkers) geïnterviewd. Op basis van de aspecten uit de literatuur, de focusgroepen en de interviews werden 222 aspecten geïdentificeerd die de kwaliteit van werken mogelijk beïnvloeden.<sup>9</sup> De 222 aspecten werden voorgelegd aan 20 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad). Op basis hiervan werden 44 aspecten geschrapt die niet relevant bleken te zijn. In fase 2 werden de 178 overgebleven aspecten vertaald naar 102 vragen en werden antwoordcategorieën geformuleerd wat leidde tot de eerste versie van de kwaliteit van werken vragenlijst, de Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors (QWLQ-CS). In de derde fase werd de QWLQ-CS getest onder 19 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) om te onderzoeken of de vragen relevant, aanvaardbaar en begrijpelijk waren. Hieruit bleek dat een aantal vragen geherformuleerd moesten worden. In fase 4 zijn er twee veldstudies uitgevoerd. De eerste veldstudie werd uitgevoerd om het aantal vragen in de QWLQ-CS te verminderen en om de subschalen vast te stellen. Hiervoor werd de vragenlijst afgenomen bij 302 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad). De respondenten werden geworven via ziekenhuizen, een patiëntenvereniging en een online platform (kanker.nl). Na analyse van de 302 ingevulde vragenlijsten, werd de definitieve versie van de QWLQ-CS ingekort tot 23 vragen en werden er vijf subschalen geformuleerd: 1) betekenis

van werk, 2) beleving van de eigen werksituatie, 3) sfeer in de werkomgeving, 4) begrip en erkenning vanuit de organisatie, en 5) problemen ten gevolge van de gezondheidssituatie (Tabel 1).

Tijdens de tweede veldstudie werden twee meet-eigenschappen van de QWLQ-CS onderzocht, namelijk validiteit en betrouwbaarheid. Hiervoor werd een nieuwe groep van 130 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) geworven via dezelfde methode als bij veldstudie 1. De validiteit werd op twee manieren bepaald. De eerste manier was om de samenhang tussen de QWLQ-CS en bestaande vergelijkbare vragenlijsten bij 130 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) vast te stellen. Hiertoe vulden 130 werkenden zowel de QWLQ-CS in als de COPSOQ<sup>10</sup>, RTW-SE<sup>11</sup>, en de SF-36.<sup>12</sup> Deze vragenlijsten hebben een andere insteek maar meten een vergelijkbaar construct (i.e. betekenis van werk, werkgerelateerde eigeneffectiviteit en rol beperkingen). De tweede manier om validiteit vast te stellen was om 45 werkenden zonder een lichamelijke/mentale beperking in het werk de QWLQ-CS in te laten vullen, zodat we deze scores konden vergelijken met de 130 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad). De resultaten laten zien dat de werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) een statistisch significant lagere kwaliteit van werken hadden dan de werkenden zonder een diagnose kanker ( $75 \pm 10$  versus  $78 \pm 11$ ). Dit gold voor de totaalscore op de QWLQ-CS en voor de subschaal 'problemen ten gevolge van de gezondheidssituatie' ( $57 \pm 24$  versus  $81 \pm 16$ ), maar niet voor de overige vier subschalen: 'betekenis van werk' ( $80 \pm 14$  versus  $81 \pm 18$ ), 'beleving van de eigen werksituatie' ( $81 \pm 10$  versus  $79 \pm 11$ ), 'sfeer in de werkomgeving' ( $81 \pm 11$  versus  $80 \pm 13$ ), 'begrip en erkenning vanuit de organisatie' ( $75 \pm 14$  versus  $72 \pm 16$ ). Een verklaring hiervoor is dat deze vier subschalen bestaan uit generieke vragen over kwaliteit van werken die ook relevant zijn voor werkenden zonder de diagnose kanker.

Om de betrouwbaarheid te testen vulde een subgroep van werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad)

**Tabel 1**

Resultaten van veldstudie 1. Totale score en subschaal scores op de QWLQ-CS (gestandaardiseerde score loopt van 0 tot 100)

Subschaal	Aantal vragen	Sample	Gemiddelde $\pm$ SD	Mediaan	Spreiding
1 Betekenis van werk	4	302	$83 \pm 14$	80	25 – 100
2 Beleving van de eigen werksituatie	5	301	$83 \pm 15$	84	24 – 100
3 Sfeer in de werkomgeving	5	291	$81 \pm 15$	80	8 – 100
4 Begrip en erkenning vanuit de organisatie	5	264	$75 \pm 19$	80	0 – 100
5 Problemen ten gevolge van de gezondheidssituatie	4	294	$49 \pm 27$	45	0 – 100
Totale score QWLQ-CS	23	301*	$75 \pm 12$	76	30 – 100

\* Een deelnemer had <50% van de vragen beantwoord waardoor de totale score niet berekend kon worden en daarom in de analyse niet kon worden meegenomen.

**Figuur 1**

Kwaliteit van werken vragenlijst voor werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) (QWLQ-CS).

Kwaliteit van werken vragenlijst voor werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad)							
<b>INSTRUCTIE voor werknemers</b>							
Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen en beleving in uw werk in de afgelopen 4 weken. Voor het invullen van de vragenlijst is het daarom belangrijk dat u op enig moment in de afgelopen 4 weken heeft gewerkt.							
De vragenlijst bestaat uit vragen waarmee u het eens of oneens kunt zijn. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u niet zeker weet hoe u een vraag moet beantwoorden, geef dan het best mogelijke antwoord en sla de vraag niet over. Alle antwoorden die u op de vragen geeft worden vertrouwelijk behandeld, en de resultaten worden anoniem verwerkt.							
De vragen gaan over uw huidige werksituatie, probeer de vragen dus te beantwoorden over de afgelopen 4 weken. Als u meer dan één baan heeft, beantwoord dan de vragen voor de baan waaraan u de meeste uren besteedt.							
<b>INSTRUCTIE voor zelfstandig ondernemers</b>							
Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen en beleving in uw werk in de afgelopen 4 weken. Voor het invullen van de vragenlijst is het daarom belangrijk dat u op enig moment in de afgelopen 4 weken heeft gewerkt.							
De vragenlijst bestaat uit vragen waarmee u het eens of oneens kunt zijn. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u niet zeker weet hoe u een vraag moet beantwoorden, geef dan het best mogelijke antwoord en sla de vraag niet over. Alle antwoorden die u op de vragen geeft worden vertrouwelijk behandeld, en de resultaten worden anoniem verwerkt.							
De vragen gaan over uw huidige werksituatie, probeer de vragen dus te beantwoorden over de afgelopen 4 weken. Als u meer dan één baan heeft, beantwoord dan de vragen voor de baan waaraan u de meeste uren besteedt.							
Het kan voorkomen dat de vraag niet op u van toepassing is, bijvoorbeeld omdat u geen leidinggevende hebt. U kunt dan gebruik maken van de antwoordcategorie 'niet van toepassing' (n.v.t.).							
<b>Geef a.u.b. over de afgelopen 4 weken aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen. Kruis a.u.b. één keuze per stelling aan.</b>							
		Helemaal oneens	Oneens	Een beetje oneens	Een beetje eens	Eens	Helemaal eens
De volgende vragen gaan over de betekenis van werk							
1.	Werken geeft mij structuur in het leven						
2.	Ik denk dat het goed is om te werken						
3.	Ik vind dat mijn werk mij een doel in het leven geeft						
4.	Ik vind mijn werk belangrijk						

de vragenlijst twee keer in; bij de start van het onderzoek en na vier weken. Enkel de deelnemers die aangaven dat er in de afgelopen vier weken geen grote verandering had plaatsgevonden in hun gezondheid of werk werden meegenomen in de analyses. De *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) en *Standard Error of Measurement* (SEM) werden bepaald. De QWLQ-CS bleek betrouwbaar op groepsniveau.

**Kwaliteit van werken en samenhang met andere factoren**

Tijdens de eerste veldstudie is de kwaliteit van werken van 302 werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) geëvalueerd aan de hand van de QWLQ-CS. Daarbij is ook gekeken of er verbanden waren tussen kwaliteit van werken en gezondheids- en werkgerelateerde variabelen.<sup>13</sup> De gestandaardiseerde score op de QWLQ-CS liep van 0-100 waarbij een hogere score een betere kwaliteit van werken betekende. De gemiddelde score van de werkenden die een diagnose kanker hebben

(gehad) was 75 [standaarddeviatie: 12]. Gezondheidsgerelateerde variabelen, zoals behandeling met chemotherapie en het hebben van één of meerdere co-morbiditeit, bleken geassocieerd met een lagere kwaliteit van werken. Werkgerelateerde variabelen zoals het hebben van zwaar lichamelijk werk, het niet hebben van een leidinggevende functie, het werken van een gedeeltelijk aantal uren van de arbeidsovereenkomst en een laag inkomen hingen allemaal samen met een lagere kwaliteit van werken. Een opvallende uitkomst was dat mentaal zwaar werk niet gerelateerd was aan een lagere kwaliteit van werken.

**Relevantie voor de praktijk**

De QWLQ-CS kan in de klinische en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk door verschillende professionals (zoals bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en ergotherapeuten) worden gebruikt om bewustzijn te creëren voor de ervaringen en percepties in de werksituatie van mensen die een diagnose kanker hebben (gehad),

Figuur 1 Vervolg.

Kwaliteit van werken vragenlijst voor werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) (vervolgd)								
Geef a.u.b. over de afgelopen 4 weken aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen. Kruis a.u.b. één keuze per stelling aan.								
		Helemaal oneens	Oneens	Een beetje oneens	Een beetje eens	Eens	Helemaal eens	(n.v.t.)
<b>De volgende vragen gaan over de beleving van uw eigen werksituatie</b>								
5.	Ik doe mijn werk goed							
6.	Ik ben zelfverzekerd in mijn werk							
7.	Ik ben geschikt voor mijn werk							
8.	Ik heb de regie over mijn werkzaamheden in handen							
9.	Ik voel mij machteloos in mijn werk							
<b>De volgende vragen gaan over de sfeer in uw werkomgeving</b> <i>Indien de stelling niet is voorgekomen in uw werksituatie als zelfstandig ondernemer, geef dan 'n.v.t.' aan (niet van toepassing)</i>								
10.	Ik voel een positieve sfeer in mijn werkomgeving							
11.	Ik heb het gevoel dat ik serieus word genomen door de mensen in mijn werkomgeving							
12.	Ik ben tevreden met mijn werk							
13.	Ik heb goede relaties met mijn collega's							
14.	Ik voel mij waardevol voor mijn collega's							
<b>De volgende vragen gaan over begrip en erkenning vanuit uw organisatie</b> <i>Indien de stelling niet is voorgekomen in uw werksituatie als zelfstandig ondernemer, geef dan 'n.v.t.' aan (niet van toepassing)</i>								
15.	Mijn leidinggevende heeft begrip voor mijn gezondheidssituatie en mogelijke klachten							
16.	Ik heb een goede relatie met mijn leidinggevende							
17.	Ik vind dat werknemers met gezondheidsklachten binnen mijn organisatie goed worden behandeld							
18.	Ik ben tevreden met de secundaire arbeidsvoorwaarden die mijn werkgever biedt							
19.	Ik ben tevreden met mijn huidige inkomen							

en om na te gaan welke problemen zij tegenkomen in hun werk. De QWLQ-CS kan goed gebruikt worden om het gesprek aan te gaan over kwaliteit van werken en eventuele mogelijkheden tot verbetering. Hierbij kan gedacht worden aan gebruikelijke interventies zoals psycho-educatie, lichamelijke training of coaching. Daarnaast kan de QWLQ-CS in organisaties gebruikt worden om de kwaliteit van werken van groepen werknemers met een diagnose kanker te monitoren en te evalueren. Hierbij kunnen de uitkomsten aanleiding geven tot het verbeteren van kwaliteit van werken door middel van beleid en interventies, waarmee het succes van trajecten om terug te keren naar het werk of het behouden van werk wordt bevorderd.

### Conclusie

De QWLQ-CS is een valide en betrouwbaar meetinstrument dat gebruikt kan worden in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk om de kwaliteit van werken te meten bij werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad).

Het proefschrift kan worden opgevraagd via het secretariaat van het Coronel Instituut voor Arbeid en gezondheid, afdeling van het AMC ([coronel@amc.nl](mailto:coronel@amc.nl)) of elektronisch worden opgevraagd via <http://dare.uva.nl/search?identifier=e21da75d-72e4-4020-9a91-e5f01d8db4f8>.



**Figuur 1** Vervolg.

Kwaliteit van werken vragenlijst voor werkenden die een diagnose kanker hebben (gehad) (vervolgd)								
Geef a.u.b. over de afgelopen 4 weken aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen. Kruis a.u.b. één keuze per stelling aan.								
		Helemaal oneens	Oneens	Een beetje oneens	Een beetje eens	Eens	Helemaal eens	
<b>De volgende vragen gaan over problemen ten gevolge van uw gezondheidssituatie</b>								
20.	Door mijn gezondheidssituatie heb ik problemen in mijn werk met vermoeidheid en/of energietekort							
21.	Ik word beperkt in mijn werk door mijn gezondheidssituatie							
22.	Door mijn gezondheidssituatie heb ik weinig vertrouwen in mijn eigen lichaam							
23.	Door mijn gezondheidssituatie voel ik mij onzeker over de toekomst							

**Instructies voor het berekenen van de QWLQ-CS totaalscore en subschaal scores**

De scores op de items beginnen met 1 in de meest linker antwoordcategorie, en voor elke categorie verder naar rechts wordt er 1 punt bij opgeteld (helemaal oneens = 1, oneens = 2, een beetje oneens = 3, een beetje eens = 4, eens = 5, helemaal eens = 6. Voor de antwoordcategorie 'Niet van toepassing' (n.v.t.) wordt geen score toegekend. Dit item wordt gezien als missend.

Minstens 50% van de items moeten worden beantwoord om de score te kunnen berekenen.

De volgende items moeten worden gespiegeld alvorens de score wordt berekend: 9, 20, 21, 22, 23.

Berekenen van de gestandaardiseerde score.

**Formule: (ruwe schaalscore – minimum ruwe scores/scorerange) x 100**

Ruwe schaalscore: somming van scores op de items.

Minimum ruwe scores: laagst mogelijke score die kan worden behaald; zijnde 23 keer helemaal mee oneens.

Scorerange: verschil tussen de laagst en hoogst mogelijke score die kan worden behaald.

De gestandaardiseerde score loopt van 0-100.

**Literatuur**

- Peteet JR. Cancer and the meaning of work. Gen Hosp Psychiat 2000; 22.
- Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. Scand J Caring Sci 2013; 27: 267-74.
- Boer AG de, Taskila T, Ojajarvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA 2009; 301: 753-62.
- Duijts SF, Egmond MP van, Spelten E, et al. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. Psychooncology 2014; 23: 481-92.
- Mosadeghrad AM. Quality of working life: an antecedent to employee turnover intention. Int J Health Policy Manag 2013; 1: 43-50.
- Lee YW, Dai YT, Park CG, McCreary LL. Predicting Quality of Work Life on nurses' intention to leave. J Nurs Scholarsh 2013; 45: 160-8.
- Narehan H, Hairunnisa M, Norfadzillah RA, Freziarella L. The Effect of Quality of Work Life (QWL) Programs on Quality of Life (QOL) among Employees at Multinational Companies in Malaysia. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2014; 112: 24-34.
- Jong M de. 2016. Quality of Working Life of cancer survivors. Development and evaluation of a measurement instrument. Thesis, Universiteit van Amsterdam. <http://dare.uva.nl/search?identifier=e21da75d-72e4-4020-9a91-e5f01d8db4f8>.
- Jong M de, Tamminga SJ, Boer AG de, Frings-Dresen MH. Quality of working life of cancer survivors: development of a cancer-specific questionnaire. J Cancer Surviv 2016; 10: 394-405.
- Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand J Work Environ Health 2005; 31: 438-49.
- Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. Work Stress 2010; 24: 359-75.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-83.
- Jong M de, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Boer AG de. Quality of Working Life of cancer survivors: associations with health- and work-related variables. Supportive Care in Cancer. 2016; doi: 10.1007/s00520-016-3549-8.

# WIA-beoordeling na behandeling voor kanker; welke factoren weegt de verzekeringsarts?

Peter van Muijen, Saskia Duijts, Daniëlle Kornet-Van der Aa, Allard van der Beek, Han Anema

## Samenvatting

Bij een WIA-aanvraag kan de beoordeling van de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker complex zijn. Met dit onderzoek werd op kwalitatieve wijze onderzocht welke factoren verzekeringsartsen betrekken bij de beoordeling van deze werknemers. Er werden drie groepsinterviews gehouden waarbij vooraf vastgestelde onderwerpen werden besproken. De data werden geanalyseerd volgens de methode van de thematische analyse. Verzekeringsartsen blijken zich verantwoordelijk te voelen voor een goede beoordeling, waarbij zowel medische als niet-medische factoren worden betrokken. Verzekeringsgeneeskundige protocollen worden echter niet altijd gebruikt en meer aandacht hiervoor kan een uniforme werkwijze versterken. Een voorspelmodel, gebaseerd op de beste combinatie van gegevens, om een mogelijke uitkomst in de toekomst te voorspellen, kan de verzekeringsarts eveneens ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid. Om verzekeringsartsen vertrouwd te maken met een dergelijk model lijkt een implementatiestrategie gewenst.

## WIA-beoordeling, Vermoeidheid bij kanker

Jaarlijks worden in Europa 3,5 miljoen nieuwe gevallen van kanker gemeld<sup>1</sup>, waarvan de helft bij personen in de werkende leeftijd (15-64 jaar).<sup>2</sup> In Nederland betreft het jaarlijks ongeveer 40.000 werknemers. Recente ontwikkelingen in de behandeling van kanker hebben echter geleid tot een verbeterde overleving, zowel in Europa als in Nederland.<sup>1,3</sup> Dit heeft mede bijgedragen aan een toename van het aantal werknemers die na het afronden van de behandeling weer aan het werk wil. De meerderheid van deze werknemers slaagt er daadwerkelijk in om binnen 18 maanden na de

eerste ziektedag weer terug te keren in werk.<sup>4,5</sup> Desondanks kunnen beperkingen van functionele mogelijkheden terugkeer naar werk blokkeren of bemoeilijken, en mede als gevolg van aanhoudende klachten gerelateerd aan de behandeling, hebben deze werknemers een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid.<sup>5</sup>

Indien een werknemer na ziekmelding niet in staat is te hervatten in eigen werk kan een WIA-uitkering worden aangevraagd. De rol van de verzekeringsarts hierbij is om de belastbaarheid en functionele mogelijkheden van de werknemer met kanker te omschrijven. Op basis van deze functionele mogelijkheden duidt een arbeidsdeskundige de aanwezige functies en berekent hij/zij het loonverlies. Indien dit meer dan 35% is, komt een werknemer in aanmerking voor een uitkering.<sup>6</sup> Arbeidsongeschiktheid is niet alleen gerelateerd aan medische factoren, ook organisatorische, juridische en sociale factoren spelen hierbij een rol.<sup>7,8</sup> Deze factoren, zowel medische als niet-medische, leiden tot een complex besluitvormingsproces, waarna uiteindelijk een uitspraak over de belastbaarheid volgt.<sup>9</sup> Bij de beoordeling van de belastbaarheid kan een verzekeringsarts gebruik maken van diverse bronnen, zoals anamnese en lichamelijk onderzoek, medische informatie van derden, en gegevens uit het reïntegratieverslag.<sup>10</sup> Eerdere studies hebben aangetoond dat verzekeringsartsen met name gebruik maken van informatie die verstrekt wordt door de werknemer en het spreekuurcontact dient hierbij als een belangrijke gegevensbron.<sup>11,12</sup> Het oordeel inzake de belastbaarheid van de werknemer berust dan ook voor een groot deel op informatie die door hem of haar verstrekt wordt. Hierbij kan het zijn dat de verzekeringsarts een zekere voorkeur heeft met betrekking tot de onderwerpen welke hij/zij betreft bij de beoordeling van de belastbaarheid, en met name deze punten aan de orde stelt. De uitkomst van de beoordeling is dientengevolge

P. van Muijen, S. Duijts, D. Kornet-Van der Aa, A. van der Beek, H. Anema zijn werkzaam bij Afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO+ instituut, VU medisch centrum, Amsterdam. En tevens bij Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VUmc, Amsterdam.

P. van Muijen, A. van der Beek, H. Anema zijn daarnaast werkzaam bij Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, VUmc, Amsterdam.

S. Duijts is daarnaast werkzaam bij Nederlands Kanker Instituut, afdeling Psychosociaal onderzoek en Epidemiologie.

Correspondentieadres:

p.vanmuijen@vumc.nl

mede gekleurd door de invulling, die de individuele verzekeringsarts aan zijn of haar rol geeft.<sup>13</sup> Om verzekeringsartsen te ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid zijn in de afgelopen jaren diverse verzekeringsgeneeskundige protocollen beschikbaar gekomen.<sup>14</sup> Met betrekking tot kanker zijn de protocollen voor borstkanker en darmkanker geïmplementeerd en deze kunnen ondersteuning bieden bij het beoordelen van klachten, zoals kankergerelateerde vermoeidheid en/of problemen met de aandacht, het concentratievermogen of geheugen. Echter, of en in welke situaties verzekeringsartsen deze protocollen gebruiken of van toegevoegde waarde zien bij de beoordeling van functionele mogelijkheden van werknemers met kanker, is niet bekend. Derhalve is het doel van deze studie om onderzoek te doen naar de ervaringen van verzekeringsartsen bij het beoordelen van de belastbaarheid van werknemers met kanker. Meer specifiek beoogt dit onderzoek (1) factoren te identificeren die verzekeringsartsen belangrijk vinden bij het beoordelen van de belastbaarheid, en van vermoeidheid in het bijzonder, (2) het gebruik van de protocollen borstkanker en darmkanker te inventariseren, (3) de behoefte aan een voorspelmodel te peilen (een instrument gebaseerd op de beste combinatie van gegevens om een mogelijke uitkomst in de toekomst te voorspellen, en de verzekeringsarts kan ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid). Het onderzoek beoogt hiermee verbeterpunten in kaart te brengen met betrekking tot de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van werknemers met kanker die een aanvraag voor de WIA indienen.

### Methoden

- Design, populatie en procedure: het betreft een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van groepsinterviews (focusgroepen). Verzekeringsartsen werkzaam op twee UWV kantoren werden verdeeld over drie groepen en namen deel aan één van de drie interviews die in januari en februari 2014 werden afgenomen.
- Onderwerpen: in totaal werden vijf onderwerpen aan de orde gesteld: (1) algemene ervaringen van verzekeringsartsen met betrekking tot de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij kankerpatiënten; (2) de beoordeling van vermoeidheid bij kanker; (3) het gebruik van de functionele mogelijkheden lijst (FML) bij kanker; (4) het gebruik van verzekeringsgeneeskundige protocollen bij kanker; (5) behoefte en verwachtingen met betrekking tot een voorspelmodel bij kanker, wat de verzekeringsarts beoogt te ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid.

- Analyse: de interviews werden opgenomen waarna transcriptie met aansluitend analyse van de gegevens met Atlas.ti 5.2 software volgde. Hierbij werd de methode van de thematische analyse toegepast die zes stappen volgt.<sup>15</sup> In stap 1 werden de transcripten bestudeerd en voorzien van steekwoorden, in stap 2 werden voorlopige coderingen aan data toegekend. In stap 3 werden voorlopige coderingen samengevoegd en omgezet naar definitieve coderingen. Samen-gevoegd tot voorlopige thema's werden deze in stap 4 besproken. Hierbij werd geëvalueerd of de thema's de oorspronkelijk toegekende codes afdoende representerden en gespiegeld aan de gehele dataset. In stap 5 volgde discussie van de resultaten van de analyse en op basis van consensus werden thema's bijgesteld. In de zesde stap zijn de resultaten gerapporteerd.

### Resultaten

#### Kenmerken deelnemers

In totaal namen 29 verzekeringsartsen, in de leeftijd van 28 tot 64 jaar, deel aan de interviews. Het betrof 16 mannen en 13 vrouwen, van wie vier in opleiding tot verzekeringsarts, en bij wie de werkervaring varieerde van twee tot 39 jaar.

#### Algemene ervaringen van de verzekeringsartsen

Met betrekking tot de algemene ervaringen werden drie thema's onderkend, namelijk (1) het perspectief van de werknemer, (2) het perspectief van de verzekeringsarts en, (3) medische factoren (Tabel 1). Met betrekking tot het perspectief van de werknemer vonden de verzekeringsartsen participatie in werk en deelname aan het maatschappelijk verkeer een belangrijk punt. Ook een door werknemers ervaren gewijzigde betekenis van werk als gevolg van diagnose en behandeling werd gerapporteerd als relevant thema. Ruimte tussen een, door de werknemer gepresenteerde, subjectieve beleving en de, bij onderzoek door de verzekeringsarts vastgestelde, objectieve gegevens werd ervaren als een dilemma. Met betrekking tot het perspectief van de verzekeringsarts rapporteerden deze dat zij zich verantwoordelijk voelen de belastbaarheid goed te beoordelen. Hierbij houden zij rekening met behoeften en barrières die de werknemer ten aanzien van werkhervatting ervaart. De beoordeling van duurzaamheid werd soms als lastig ervaren, bijvoorbeeld indien een werknemer frequent verzuim bij werkhervatting heeft. Met betrekking tot medische factoren werd opgemerkt dat kankerpatiënten een heterogene groep vormen waarbij diagnose, prognose, de gevolgde behandeling en eventuele bijverschijnselen altijd werden betrokken bij de beoordeling en waarbij metastasering en een hoge ziektelast vaak leiden tot een duurzame volledige arbeidsongeschiktheid. De verzekeringsartsen werd tevens gevraagd welke factoren belangrijk worden gevonden met betrekking tot werkhervat-

Tabel 1 Onderwerpen, thema's en quotes

Onderwerpen	Thema's	Quotes
Algemene ervaringen van verzekeringsartsen	Perspectief van de werknemer	"Werk is minder belangrijk geworden." "Men staat anders in het leven, ze vinden andere dingen belangrijker."
	Perspectief van de verzekeringsarts	"Laat ik het zo zeggen, je wilt wel het goede doen."
	Medische factoren	"Soms zie je mensen met metastasen die graag willen werken, maar eerlijk gezegd hiertoe niet in staat zijn maar dit ook niet inzien. Dat vind ik moeilijk."
Vermoeidheid bij kanker	Algemene ervaring met betrekking tot de beoordeling van vermoeidheid	"We zien allemaal vrouwen die ondanks succesvolle behandeling voor borstkanker nog steeds vermoeidheidsklachten melden. Tsja, wat doe je dan?"
	Factoren die met werknemer worden besproken worden	"Als ze een intensieve behandeling hebben gehad ben ik wel geneigd hierin mee te gaan." "Dus ja, je overweegt het stadium, de behandeling en medicatie."
	De waardering van vermoeidheidsklachten	"Als je de indruk hebt dat iemand goed gemotiveerd is maar toch aangeeft dat verdere opbouw in werk niet lukt, ben je eerder geneigd dit te accepteren."
Functionele mogelijkheden lijst	Algemene toepasbaarheid van de FML	"Met de FML kun je eigenlijk alles omschrijven." "Soms zijn klachten moeilijk te vertalen, ik bedoel, vermoeidheid kan ook een effect hebben op het cognitief functioneren."
	Factoren gerelateerd aan een arbeidsduurbepanking	"Ik denk dat de ziekte de belangrijkste factor is waar je rekening mee moet houden. Je moet wel een objectief uitgangspunt hebben om een reële beperking in arbeidsduur aan te kunnen nemen."
Protocollen	Positieve mening	"Ik vind dat het een goede basis is. Beide protocollen (borstkanker en darmkanker) bevatten veel informatie, die ook overzichtelijk is weergegeven wat ik handig vind." "Ik vind het wel een voordeel, volg gewoon de stappen, lees de tekst, vink je punten af en vorm je oordeel."
	Negatieve mening	"Ik vind ze gedateerd en daarom gebruik ik ze nauwelijks." "Het is niet altijd van toepassing, en als je ervoor kiest het protocol niet te volgen heb je extra werk om je motieven nader toe te lichten." "Het houdt op bij de vertaalslag naar arbeidsgeschiktheid."
Voorspelmodel	Algemene vereisten van het model	"Het moet makkelijk te gebruiken zijn, toegevoegde waarde hebben en betrouwbaar zijn." "Het moet een gevalideerde lijst zijn."
	Invloed van het model op de dagelijkse praktijk	"Een voorspelmodel kan niet alleen voor ons maar ook voor de specialist nuttig zijn." "Het zou ook voor een bedrijfsarts nuttig kunnen zijn, eventueel kunnen leiden tot een interventie en daarmee werkhervatting kunnen bevorderen."

ting ná twee jaar verzuim. Genoemde factoren konden na analyse worden ingedeeld als gerelateerd aan de persoon, de ziekte, het werk en de omgeving (Tabel 2). Persoonsgebonden factoren konden hierbij verder worden onderverdeeld in sociodemografische, lichamelijke of psychologische factoren, zoals leeftijd, fysieke conditie en coping.

### Vermoeidheid bij kanker

Bij dit onderwerp werden drie thema's onderkend, namelijk (1) algemene ervaring met betrekking tot de beoordeling van vermoeidheid, (2) de factoren die hierbij gewoonlijk worden uitgevraagd, en (3) de weging van deze factoren. Als eerste werd gerapporteerd dat ver-

moeidheid moeilijk te beoordelen is, met name indien een werknemer ondanks succesvolle behandeling aanhoudende vermoeidheidsklachten meldt. Ook de ervaring dat werknemers met een zelfde diagnose en behandeling een grote spreiding in vermoeidheidsklachten hebben, maakt beoordeling soms lastig.

Bij de beoordeling van vermoeidheid werden gewoonlijk factoren gerelateerd aan de ziekte, de persoon of de omgeving betrokken (Tabel 3). De impact die vermoeidheid op het dagelijks functioneren thuis of in werk heeft, kreeg hierbij met name aandacht. Bij de beoordeling van vermoeidheid werd tevens informatie van derden, zoals de huisarts of specialist betrokken.



Het derde thema betrof de wijze waarop de factoren gewogen werden. Als eerste verzamelden en wogen verzekeringsartsen medische factoren, zoals de diagnose en stagering, die vermoeidheid kunnen verklaren. Indien medische factoren minder uitgesproken waren, werd meer belang gehecht aan niet-medische of omgevingsfactoren, zoals het sociaal functioneren (in vrijetijdsbesteding of hobby's) of persoonlijk functioneren (zoals in de ouderrol). Het gewicht van deze factoren werd met name afgeleid uit motivatie en herstelgedrag. Indien een werknemer zeer gemotiveerd was om te hervatten en bijvoorbeeld moeite deed om de conditie te verbeteren met sport of oefeningen maar desondanks vermoeidheid meldde als barrière van werkhervatting, werd dit eerder als plausibel gezien.

**Gebruik van de functionele mogelijkheden lijst bij kanker**

Twee thema's werden bij dit onderwerp geïdentificeerd, namelijk de algemene toepasbaarheid van de FML en factoren gerelateerd aan een arbeidsduurbepanking. De verzekeringsartsen vonden dat de FML voldoende mogelijkheden bood om de actuele functionele mogelijkheden te omschrijven, zeker met betrekking tot lichamelijke beperkingen, maar minder geschikt was om cognitieve beperkingen te omschrijven, en niet goed gebruikt kon worden om werkhervatting te monitoren. Soms werd de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsaanvraag, gelet de uitkomst van de arbeidsdeskundige beoordeling, als niet passend bij de eigen visie ervaren.

Medische factoren werden met name genoemd als onderbouwing voor een arbeidsduurbepanking. Persoon-

lijke of werkgerelateerde factoren werden van minder belang geacht. Echter, indien een werknemer die in deeltijd in een hervattingstraject werkte een verdere beperking in arbeidsduur bepleitte, werd in de beoordeling met name aandacht gegeven aan de werklust, het dagelijks functioneren (waaronder activiteitsniveau en dagvulling), en kwaliteit van leven. Naast arbeidsparticipatie vonden verzekeringsartsen de mogelijkheid om naast arbeid tevens deel te kunnen nemen aan overige activiteiten binnen- of buitenshuis, eveneens van belang én wenselijk.

**Gebruik van verzekeringsgeneeskundige protocollen**

Gebruik van protocollen werd zowel positief als negatief ervaren. Verzekeringsartsen zagen de protocollen bijvoorbeeld als bron van nuttige informatie die tevens op gestructureerde wijze een format bieden en die als ondersteunend werden ervaren met betrekking tot de beoordeling van de belastbaarheid. Anderzijds werden de protocollen als niet up-to-date, aspecifiek, te algemeen, en het gebruik als (te) tijdsintensief ervaren. Tevens werd genoemd dat de protocollen tekortschieten bij het interpreteren en vertalen van verzamelde gegevens (afkomstig van werknemer, werkgever of zorgprofessional) naar een omschrijving van functionele mogelijkheden.

**Voorspelmodel**

Twee thema's bleken bij dit onderwerp van belang, namelijk (1) algemene vereisten van het model en (2) de invloed van het model op de dagelijkse praktijk. Als algemene vereisten werden genoemd: een eenvoudig

**Tabel 2**

Factoren van belang met betrekking tot werkhervatting ná twee jaar verzuim\*

Persoon			Ziekte	Werk	Omgeving
Socio-demografische factoren	Lichamelijke factoren	Psychologische factoren	Tumor type	Aard dienstverband	Steun van partner
Leeftijd	Lichamelijke conditie	Verwachtingen	Prognose	Tevredenheid met werk	Steun van collega's
Burgerlijke staat	Beperkingen	Cognities	Bijverschijnselen	Werkbelasting	Steun van werkgever
Inkomen	Dagelijkse activiteiten	Motivatie	Uitgebreidheid ziekte	Verlies van werk	Steun van behandelaar
Sociaal-economische klasse	Sociale activiteiten	Perceptie	Co-morbiditeit	Werk in ploegen	Steun in algemene zin
	Welzijn	Coping	Depressie	Re-integratie activiteiten	Economie
		Angst voor recidief	Behandelingsregime	Werkstress	Arbeidsmarkt
		Psychosociale stress	Verlengde behandeling	Omvang bedrijf	
		Betekenis van werk	Hormoon behandeling	Zwaar werk	
		Kennis	Vermoeidheid		

\*Zoals genoemd door deelnemers; afhankelijk van de richting zijn factoren positief of negatief geassocieerd met werkhervatting.

**Tabel 3**

Factoren van belang met betrekking tot vermoeidheid ná twee jaar verzuim\*

Persoon	Ziekte	Omgeving
Dagelijkse activiteiten	Diagnose	Sociale activiteiten
Herstel behoefte	Prognose	Sociale steun
Behoeftte aan slaap/rust	Metastasering	Reïntegratietraject
Slaap/rust gedrag	Aard van therapie	Informatie van derden
Herstel gedrag	Co-morbiditeit	
Pre-morbide niveau van functioneren	Medicatie	
Betekenis van werk	Coping	
Motivatie	Ziektegedrag	
	Revalidatie	
	Beloop van vermoeidheidsklachten	

\*Zoals genoemd door deelnemers; afhankelijk van de richting zijn factoren positief of negatief geassocieerd met vermoeidheid.

ontwerp en dito toepassing welke weinig tijd vergt. Het model zou tevens toegevoegde waarde moeten hebben met betrekking tot de beoordeling, en betrouwbaar en valide moeten zijn. Met betrekking tot de dagelijkse praktijk werd de invloed op (1) communicatie met de werknemer, (2) het professioneel handelen en autonomie, en (3) overige partijen, zoals zorgverlener en juridisch adviseur besproken. Zo werd het gebruik van een voorspelmodel in een bezwaarprocedure genoemd, bijvoorbeeld indien het model de uitkomst van de beoordeling zou tegenspreken.

**Discussie**

**Belangrijkste bevindingen**

Verzekeringsartsen voelen zich verantwoordelijk om de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker zo goed mogelijk in kaart te brengen. Hierbij schenken zij met name aandacht aan medische factoren, maar ook niet-medische factoren worden betrokken in de beoordeling, waarbij de bestaande verzekeringsgeneeskundige protocollen niet altijd gebruikt worden.

**Interpretatie van bevindingen**

Dat verzekeringsartsen bij de beoordeling van de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker met name aandacht schenken aan medische factoren is niet verrassend. Het sluit aan bij de strekking van het schattingsbesluit; arbeidsongeschiktheid kan aan de orde zijn indien sprake is van een causaal verband tussen ziekte/gebrek én functionele mogelijkheden. Onze resultaten sluiten in dit kader aan bij een eerdere studie naar factoren die verzekeringsartsen betrekken bij een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.<sup>17</sup> In deze studie vonden auteurs dat verzekeringsartsen met name medische factoren en factoren gerelateerd aan participatie (zowel in werk als in sociaal functioneren) betrokken

bij de beoordeling van de belastbaarheid. Naast medische factoren vonden wij dat verzekeringsartsen tevens persoonlijke-, werkgerelateerde- en omgevingsfactoren bij de beoordeling betrokken (zoals de dagelijkse activiteiten, verkeisen en steun van collega's) hetgeen aansluit bij bevindingen van eerder onderzoek naar belemmerende en faciliterende factoren van werkhervatting bij werknemers met langdurig verzuim.<sup>10</sup> Verder bleek dat moeilijk te objectiveren klachten, zoals stress- of vermoeidheidsklachten, de verzekeringsarts voor een dilemma kunnen stellen. Na twee jaar ziekteverzuim is de causaliteit tussen klachten en ziekte niet altijd evident, om welke reden de verzekeringsarts bijvoorbeeld in het reïntegratieverslag zoekt naar niet-medische factoren die kunnen bijdragen aan een consistent feitencomplex, op grond waarvan de belastbaarheid kan worden omschreven.<sup>16</sup>

In eerdere studies zijn factoren die verzekeringsartsen bij werkhervatting in overweging nemen (zoals de ziekte, het werk, de omgeving of de persoon) geïdentificeerd en de resultaten van onze studie sluiten hierbij aan.<sup>4,10,17,18</sup> Wellicht biedt dit een verklaring voor het beperkt gebruik van de protocollen borstkanker en darmkanker; ook bij de beoordeling van werknemers na behandeling voor kanker wegen verzekeringsartsen gewoonlijk de factoren die zij in de dagelijkse praktijk sowieso ter discussie stellen en niet gekoppeld zijn aan een specifieke diagnose. Het kan ook zijn dat protocollen worden gezien als (te) beperkend ten aanzien van de professionele autonomie.<sup>19</sup> Verder werd door de verzekeringsartsen aangegeven dat het volgen van de protocollen zelden antwoord geeft op de vragen die zich bij de beoordeling van een werknemer na behandeling met kanker kunnen voordoen. Het volgen van protocollen kan echter bijdragen aan een uniforme gevalsbehandeling en in dit opzicht is gebruik van protocollen gewenst en dient dit gestimuleerd te worden.

### Summary

Work disability assessment of cancer survivors can be complex. This qualitative study aims to investigate aspects insurance physicians (IPs) consider in assessing work disability of cancer survivors, their experiences related to the use of guidelines and their needs related to the use of a prediction rule that targets to support work disability assessments. Three consecutive focus group interviews were held, using a predetermined topic list. The interviews were analysed using thematic analysis. IPs reported to feel responsible for correct assessment of cancer survivors' work disability. Medical and non-medical factors were considered. Adherence to guidelines that aim to support IPs in the assessment was diverse. There seems to be a need to enhance guideline adherence in order to support the work disability assessment of cancer survivors. Regarding the introduction of a prediction rule, in order to support work disability assessment of cancer survivors, development of an implementation strategy should be considered.

Naast het commentaar ten aanzien van het gebruik van de protocollen waren de verzekeringartsen ook kritisch met betrekking tot de toepasbaarheid van een voorspelmodel, een instrument wat de verzekeringarts beoogt te ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid. In dit opzicht is het aannemelijk dat voor wat betreft acceptatie van een dergelijk model dezelfde factoren een rol spelen, die maken dat protocollen wel of niet toegepast worden. Hierbij spelen naast het format tevens attitude en eigen effectiviteit van de verzekeringarts een rol.<sup>19,20</sup>

### Sterkte-zwakteanalyse

Sterke punten uit dit onderzoek zijn dat er gebruik werd gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij een aantal van tevoren opgestelde onderwerpen werd gebruikt en de uitkomst van het eerste diende als vertrekpunt voor het volgende interview. Alle (vijf) onderwerpen werden gedurende de drie groepsinterviews besproken, waarbij

uiteindelijk geen andere dan reeds bekende gegevens verkregen werden en datasaturatie werd bereikt. Tevens was met betrekking tot sekse, leeftijd en ervaring sprake van een heterogene groep deelnemers, hetgeen leidde tot uitwisseling van een breed spectrum van meningen. Een zwakte van de studie is dat deze betrekking heeft op de Nederlandse sociale zekerheid, waardoor generalisatie van resultaten met betrekking tot de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in andere landen, beperkt is.

### Conclusie

Tot slot kan gesteld worden dat verzekeringartsen overwegend medische factoren betrekken bij het oordeel inzake de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker. In mindere mate worden niet-medische factoren gerelateerd aan de persoon, het werk of de omgeving gebruikt. De laatste genoemde factoren krijgen meer belang toegekend indien medische factoren minder uitgesproken zijn.

### Aanbevelingen voor de praktijk

- Bij een WIA-beoordeling na behandeling voor kanker dienen zowel medische als niet-medische factoren besproken te worden;
- het gebruik van verzekeringsgeneeskundige protocollen is hierbij van belang;
- bij de introductie van een nieuw protocol of voorspelmodel lijkt een implementatiestrategie gewenst.

Dit artikel is eerder verschenen onder de titel "Work disability assessment of cancer survivors; insurance physicians' perspectives" in *Occupational Medicine* 2015; 65: 558-63.

Literatuur is op aanvraag verkrijgbaar bij de redactie, TBVredactie@bsl.nl.

### Aandachtspunt

Het betreft een kwalitatieve studie naar factoren welke verzekeringartsen betrekken bij de WIA-beoordeling van werknemers met kanker.

# Kanker en werk: problemen van werknemer en werkgever

Angela de Boer, Marina Jonkers, Lenja Witlox, Sietske Tamminga, Monique Frings-Dresen

## Samenvatting

Doel van dit onderzoek is te inventariseren tegen welke problemen in het werk werknemer en werkgever aanlopen wanneer een werknemer kanker krijgt. Daarnaast te onderzoeken welke oplossing zij gekozen hebben en waar werknemer en werkgever (specifiek) behoefte aan hebben. In het onderzoek is een literatuurstudie gedaan en zijn focusgroepen met werknemers en interviews met werkgevers uitgevoerd. Werknemers hebben bovenal behoefte aan begrip, ondersteuning en meer kennis over kanker en werk op de werkvloer. In samenwerking met de werkgever en bedrijfsarts willen zij een plan van aanpak op maat met oog voor de langetermijneffecten van de diagnose en behandeling. Werkgevers willen meer ondersteuning van de bedrijfsarts of van een externe deskundige voor henzelf en voor de werknemer. Ook is er behoefte aan minder strakke regelgeving waarin flexibiliteit en maatwerk mogelijk zijn. Tot slot hebben werkgevers behoefte aan adequate informatie over de re-integratiemogelijkheden en aan financiële compensatie.

## Kanker, Werk, Werknemer, Werkgever, Focusgroepen, Interviews, Kwalitatief onderzoek

Het aantal mensen met een diagnose van kanker in de Nederlandse samenleving neemt al decennialang toe. Jaarlijks zijn er 30.000 – 40.000 werknemers bij wie een diagnose van kanker wordt gesteld.<sup>1</sup> Een lichtpunt is dat de overlevingskansen van een diagnose van kanker steeds beter worden.<sup>2</sup> Er zijn dan ook steeds meer mensen op de arbeidsmarkt in Nederland die een diagnose van kanker hebben of hebben gehad. Daarbij speelt ook een rol dat werknemers langer blijven doorwerken na hun 65e jaar en dat kanker vaker voorkomt onder ouderen.<sup>2</sup>

Het merendeel van de werknemers keert na de behandeling van kanker terug naar het werk of blijft doorwerken tijdens de behandeling.<sup>2</sup> Dit is een positieve ontwikkeling want het voortzetten of hervatten van werk zorgt voor de terugkeer naar een 'normale' situatie en heeft een positief effect op de gezondheid, het medische en functionele herstel, en de financiële situatie van een werknemer.<sup>3</sup>

Ondanks deze positieve ontwikkelingen is bekend dat de re-integratie van werknemers met een diagnose van kanker niet altijd goed verloopt. Dat kan te maken hebben met de fysieke en psychische gevolgen van de behandeling, maar ook met kenmerken van het werk, een veranderde visie op het werk en de invloed van collega's, leidinggevenden en (bedrijfs)artsen.<sup>3</sup> Het risico om ontslagen te worden is 1,4 keer groter bij werknemers die een diagnose van kanker hebben gehad dan bij gezonde werknemers.<sup>4</sup> Lang niet altijd is duidelijk welke problemen bij de werkgever en werknemer hebben meegespeeld. Wel staat vast dat werkgevers belangrijk zijn voor het slagen van het re-integratieproces. Er is dan ook behoefte aan inzicht in- en overzicht van knelpunten die werknemers en werkgevers tegenkomen in de praktijk, oplossingen die zij vinden en behoeften die zij hebben bij de re-integratie na een diagnose van kanker.

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft om bovengenoemde redenen opdracht gegeven aan het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid in het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam om de problemen die werknemers en werkgevers in de praktijk tegenkomen in kaart te brengen\*. Doel van dit onderzoek is om ten eerste boven water te krijgen tegen welke problemen werknemer en werkgever aanlopen in het werk als een werknemer kanker krijgt, vervolgens welke oplossing zij gekozen hebben en tot slot waar de werkgever en werknemer (specifiek) behoefte

Dr. A.G.E.M. de Boer is UHD en PI bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Dr. M.D. Jonkers is sociaal wetenschapper en was als onderzoeker werkzaam bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, ten tijde van dit onderzoek.

L. Witlox is sociaal wetenschapper en was als onderzoeker werkzaam bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, ten tijde van dit onderzoek.

Dr. S.J. Tamminga is postdoc onderzoeker bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen is hoogleraar, PI en afdelingshoofd bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Amsterdam.

Correspondentieadres:  
a.g.deboer@amc.nl



aan hebben. Ook is achterhaald of werkgevers de ondervonden problemen en oplossingen specifiek vinden voor de re-integratie na een diagnose van kanker.

\*In een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 10-07-2015 betreffende Kanker en Werk, schrijft de minister dat hij samen met betrokken partijen de wenselijkheid en mogelijkheid van het treffen van maatregelen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktpositie van (ex)kankerpatiënten zal verkennen.

**Tabel 1**

Achtergronden werknemers focusgroepen (n=12)

Karakteristieken	Aantal (%)
<b>Algemeen</b>	
Vrouw	7 (58%)
Leeftijd (gemiddelde aantal jaar)	51,4
Burgerlijke staat	
Gehuwd	9 (75%)
Samenwonend	1 (8,3%)
Gescheiden	1 (8,3%)
Weduwe/weduwenaar	1 (8,3%)
Kostwinner	
Enige kostwinner	6 (60,0%)
Gedeeltelijke kostwinner	4 (40,0%)
Geboorteland	
Nederland	11 (91,7%)
Ander westers land	1 (8,3%)
<b>Gezondheid</b>	
Aantal diagnoses	
1 diagnose	10 (83,3%)
2 diagnoses	2 (16,7%)
Tijd sinds meest recente diagnose	
Minder dan 1 jaar geleden	1 (8,3%)
1-5 jaar geleden	5 (41,7%)
Meer dan 5 jaar geleden	6 (50,0%)
Chemotherapie	4 (33,3%)
Chirurgie	11 (91,7%)
Hormoontherapie	4 (33,3%)
Radiotherapie	6 (50,0%)
Immunotherapie	1 (8,3%)
Behandeling kanker momenteel	2 (16,7%)
Laatste behandeling	
Minder dan 1 jaar geleden	5 (41,7%)
1-5 jaar geleden	4 (33,3%)
Meer dan 5 jaar geleden	2 (16,7%)
Missing	2 (16,7%)
Andere lichamelijke aandoeningen	3 (25%)

Karakteristieken	Aantal (%)
<b>Werkgerelateerd</b>	
Opleidingsniveau	
Laag	1 (8,3%)
Middel	5 (41,7%)
Hoog	6 (50,0%)
Tijd in functie (jaar)	12,9
Soort Dienstverband	
Vast	8 (66,7%)
Tijdelijk	2 (16,7%)
Zelfstandig ondernemer	1 (8,3%)
Missing	1 (8,3%)
Verandering in werkgever	
Zelfde werkgever	9 (75,0%)
Andere werkgever	3 (25,0%)
Omvang huidige aanstelling	
36 uur of meer	5 (41,7%)
12-35 uur	6 (50,0%)
Minder dan 12 uur	1 (8,3%)
Verandering omvang werk	6 (50,0%)
Ontvangst WIA-uitkering	
35 tot 80% afgekeurd	3 (25,0%)
Geen WIA	9 (75,0%)
Bruto maandinkomen	
€1000.00 of minder	1 (8,3%)
€1001.00 - €2000.00	2 (16,7%)
€2001.00 - €3000.00	2 (16,7%)
€3001.00 - €4000.00	1 (8,3%)
€4001.00 of meer	3 (25,0%)
Onbekend	3 (25,0%)

**Tabel 2** Achtergronden 5 werkgevers semigestructureerde interviews

Karakteristieken	Aantal
Geslacht vrouw	5
Leeftijd (gemiddeld aantal jaren)	50
Kenmerken organisatie	
Productiebedrijf	1
Schoonmaakbedrijf	1
Re-integratiebedrijf (voor mensen op afstand van arbeidsmarkt)	1
ROC/onderwijsinstelling zorg	1
Zorg- en welzijnsinstelling	1
Omvang organisatie	
200-500 werknemers	2
1000-30.000 werknemers	3
Functie in organisatie	
HR-adviseur	3
Opleidingsmanager/leidinggevende	1
Manager financiën/leidinggevende	1
Ervaring met re-integratie werknemers met een diagnose van kanker	
Eerste ervaring 1 werknemer	2
Eerdere ervaring meer dan 4 werknemers	3

## Methode

### Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek gericht op de praktijk. De onderzoeksvragen en -methoden hebben een inventariserend en explorerend karakter. Het onderzoek is opgezet in twee deelonderzoeken. In een eerste deelonderzoek worden de perspectieven van werknemers onderzocht ten aanzien van de re-integratie nadat bij hen een diagnose van kanker is vastgesteld. Het tweede deelonderzoek onderzoekt de perspectieven van werkgevers. In beide deelonderzoeken zijn een literatuurstudie gedaan en zijn eerdere focusgroepen met werknemers en interviews met werkgevers geheranalyseerd en nieuwe focusgroepen en interviews uitgevoerd.

### Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek zijn wetenschappelijke artikelen verzameld over het thema kanker en werk. Er is gezocht in de elektronische databases van PubMed en Embase. Daarnaast is er naar 'grijze' literatuur gezocht. Ook is gericht gekeken op websites van kennisinstututen, belangen- en lotgenotenorganisaties rond kanker en werk, en organisaties die werknemers en werkgevers ondersteunen.

## Focusgroepen en interviews

### Werknemers

Uit eerder onderzoek<sup>3</sup> van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid zijn er 13 interviews geselecteerd met werknemers voor heranalyse. Aan dit onderzoek hebben vrouwen deelgenomen die behandeld zijn voor borstkanker. In een individueel semigestructureerd interview is hun gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren bij de terugkeer naar werk en naar mogelijke oplossingen. Vervolgens zijn er 2 focusgroepen met werknemers met een diagnose van kanker georganiseerd waarvoor 49 deelnemers zijn benaderd. De selectie was doelgericht op grond van heterogene kenmerken (*purposefully selected sampling*): man, vrouw, verschillende leeftijden, verschillende typen kanker, verschillende opleidingsachtergronden en verschillend type werk. Aan de focusgroepen hebben 12 deelnemers deelgenomen (Tabel 1). Eén groep bestond uit 3 mannen en 3 vrouwen en de andere uit 4 mannen en 2 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar. De meeste deelnemers waren gehuwd (75%), hoog opgeleid (50%) en met een vast dienstverband (67%).

Er is door de onderzoekers gebruik gemaakt van een topic/vragenlijst die vooraf was opgesteld in overleg met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid om de focusgroep inhoudelijk richting te geven. De vragen waren gebaseerd op de vraagstellingen in dit onderzoek en de topics op de bevindingen uit literatuuronderzoek en heranalyse van de 13 interviews. De focusgroepen zijn digitaal opgenomen en letterlijk uitgetikt.

### Werkgevers

Voor de heranalyse van interviews met werkgevers is geput uit eerder onderzoek van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid waarin 11 werkgevers uit middelgrote en grote bedrijven in een individueel semigestructureerd interview gevraagd is naar factoren die van invloed zijn op werkhervatting van werknemers met een diagnose van kanker.<sup>5</sup> Vervolgens hebben met 5 werkgevers individuele semigestructureerde interviews plaatsgevonden (telefonisch of vis-à-vis) (Tabel 2). Voor de werving van werkgevers is gebruik gemaakt van de werkgroep Kanker & Werk van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Aan deze werkgroep nemen onder meer verschillende vertegenwoordigers deel van belangenorganisaties voor patiënten en werknemers met een diagnose van kanker en organisaties die werkgevers vertegenwoordigen. De 5 werkgevers waren allen vrouw, van wie er 2 ervaring hadden met één werknemer met de diagnose kanker en 3 met meer dan 4 werknemers. De duur van de interviews varieerde tussen de 45 tot 80 minuten. Zij zijn digitaal vastgelegd en letterlijk uitgetikt.

### Analyse

Voor de verwerking en analyse van interviews uit het eerdere onderzoek, de focusgroepen met de werknemers

en interviews met de werkgevers is gebruik gemaakt van MAXODA, een analyseprogramma voor kwalitatieve onderzoeksdata.<sup>6</sup> Er zijn codes toegekend die zijn afgeleid uit het literatuuronderzoek en die zijn ingedeeld in een coderingsboom. De codes zijn onderverdeeld in categorieën die betrekking hebben op de re-integratie en bekend zijn uit eerder onderzoek: persoonsgerelateerde-, ziektegerelateerde-, werkgerelateerde-factoren en factoren in de werkomgeving.<sup>3,5</sup>

## Resultaten

### Werknemers

Werknemers hebben problemen met het herkrijgen van controle en balans in het leven en om werk daar een hernieuwde plaats in te geven. Vaak is het moeilijk om grenzen te stellen en van baan te veranderen. Werknemers ervaren (tijdelijke) beperkingen in hun werk door gezondheidsklachten als gevolg van de ziekte en behandeling. Het ontbreekt aan geschikte werkaanpassingen op de werkvloer en is er geen goed plan van aanpak dat aansluit op het ziekteverloop en de mogelijkheden van werknemers. Ook is er angst voor baanverlies, gedwongen overplaatsing naar een mindere functie en gedwongen ontslag. Werknemers missen vooral steun, begrip en interesse op de werkvloer van leidinggevenden en collega's, ook op de lange termijn na de re-integratie. Geïnterviewde werknemers geven aan over het algemeen weinig ondersteuning van de bedrijfsarts te ervaren.

Veel werknemers vinden zelf oplossingen om de problemen het hoofd te bieden. Zij zijn erg gemotiveerd om het werk te hervatten, nemen initiatief in het onderhouden van contact, hebben een open communicatie met de werkgever, collega's en bedrijfsarts, en stellen hun verwachtingen bij over de re-integratie. Veel werknemers hebben psychosociale hulp bij het verwerkingsproces en het vinden van een nieuwe balans tussen privé en werk. Soms vinden zij een andere baan die beter past. Werknemers nemen bij voorkeur de regie in eigen hand in de re-integratie, in het plan van aanpak en bij de uitvoering van werkaanpassingen. Soms organiseren werknemers gespecialiseerde begeleiding bij de re-integratie waar de werkvloer bij betrokken wordt.

Werknemers hebben verschillende behoeften. Allereerst willen zij werk een hernieuwde plaats geven in het leven. Soms is er de wens om het werk voort te zetten tijdens de behandeling. Veel werknemers hebben behoefte aan (ervarings)deskundige begeleiding om controle terug te krijgen in het leven en advies bij de re-integratie. Ook is er behoefte aan een vertrouwensrelatie met de werkgever, geschikte werkaanpassingen en steun van de werkgever bij het vinden van ander werk.

Werknemers hebben bovenal behoefte aan begrip, ondersteuning en meer kennis over kanker en werk op de werkvloer. In samenwerking met de werkgever en bedrijfsarts willen zij een plan van aanpak op maat met oog voor de langetermijneffecten van de diagnose en behandeling.

### Werkgevers

Werkgevers zijn vaak onzeker over het onderhouden van contact met de werknemer die een diagnose van kanker heeft. Daarnaast hebben zij moeite met het krijgen van realistische en betrouwbare informatie omtrent het verloop en de prognose van de ziekte. Het lukt werkgevers niet altijd om geschikte en gewenste werkaanpassingen te regelen of terugkeer naar de functie.

Werkgevers missen soms ondersteuning en richtlijnen bij de re-integratie. Daarnaast zijn er werkgevers die problemen ondervinden met de regelgeving die volgens hen niet aansluit op het ziekteverloop bij een diagnose van kanker en de re-integratiemogelijkheden van de werknemer. Ook zijn er problemen op de lange termijn met het voorkomen van terugval. HR-managers ervaren problemen met leidinggevenden die het contact en de begeleiding uit de weg gaan. Ook zijn leidinggevenden vaak niet goed betrokken bij het plan van aanpak en hebben zij moeite met de uitvoering in de praktijk.

Werkgevers vinden ook oplossingen. Sommigen zetten bewust in op een open communicatie met de werknemer om wederzijdse verwachtingen af te stemmen. Zij houden betrokkenheid vast door oprechte interesse, het informeren van de zieke werknemer over ontwikkelingen op het werk en stemmen de mate en wijze van contact af op de behoefte van de werknemer. Werkgevers stimuleren en faciliteren de eigen regie van werknemers in het re-integratieproces door het geven van informatie en het invoeren van extra deskundige ondersteuning bij het re-integratieproces. Veel werkgevers stellen een plan van aanpak op met een langzame opbouw, realistische doelen, realiseerbare werkaanpassingen en gaan flexibel om met ondersteunende richtlijnen en regels.

Sommige werkgevers stimuleren dat er een sociaal veilige werkomgeving is door het informeren van collega's over ontwikkelingen rond de werknemer en de re-integratie en te zorgen dat er informatie beschikbaar is via brochures en bieden individuele steun aan onzekere collega's. Competenties van leidinggevenden worden vergroot door het bieden van informatie, richtlijnen en begeleiding. Ook is een oplossing om samenwerking met de bedrijfsarts te verbeteren door adviezen te bespreken en gezamenlijk overleg te organiseren met HR-adviseurs, leidinggevende en de werknemer. Werkgevers hebben behoefte aan contact en een goede vertrouwensrelatie met de werknemer. Zij willen een werknemer die zich

verantwoordelijk voelt voor de re-integratie, een open constructieve houding heeft en goede communicatievaardigheden.

HR-adviseurs en leidinggevendenden willen meer ondersteuning van de bedrijfsarts of van een externe deskundige voor henzelf en voor de werknemer. Ook is er behoefte aan minder strakke regelgeving rond de Wet verbetering poortwachter waarin flexibiliteit en maatwerk mogelijk zijn. Daarnaast hebben werkgevers behoefte aan adequate informatie over de re-integratiemogelijkheden gericht op volledige werkhervatting en aan financiële compensatie die stimuleert om de werknemer in dienst te houden. Tot slot is er behoefte aan een competente leidinggevende die een goede communicatie heeft met de werknemer en het re-integratieproces in goede banen leidt.

Er zijn enkele aspecten die volgens werkgevers specifiek zijn voor problemen en oplossingen bij de re-integratie van werknemers met een diagnose van kanker. Allereerst zijn er de onvoorspelbaarheid en grilligheid van het verloop van de re-integratie, onderlinge verschillen tussen werknemers met een diagnose van kanker, onzekerheid over de prognose en risico op terugval in verzuim. Daarnaast is er op de werkvloer nog een taboe rond een diagnose van kanker, ook doordat de ernst van de ziekte vaak confronterend is voor collega's, en zijn er vooroordelen door onbekendheid over kanker en werk.

## Discussie

### Belangrijkste resultaten

Voor *werknemers* is het grootste dilemma wanneer zij worden geconfronteerd met een diagnose van kanker hoe zij hun leven kunnen hervatten zodat zij controle terugkrijgen over het leven waarin werk weer een belangrijke en zinvolle plaats heeft en er balans is met hun privéleven. Aan de ene kant is het van belang dat de werknemer fysieke en psychische (ervaren) gezondheid terugkrijgt, anderzijds is er noodzaak om zelfredzaamheid te behouden op verschillende levensdomeinen waarvan werk (inkomen) en zingeving belangrijke domeinen zijn.

Wanneer *werkgevers* te maken krijgen met een werknemer met een diagnose van kanker, is één van de grootste dilemma's dat zij een balans moeten vinden tussen belangen van de organisatie en de behoeften en mogelijkheden van de individuele werknemer. Aan de ene kant is er een verantwoordelijkheid dat het werk doorgaat en de financiële gevolgen beperkt blijven, terwijl aan de andere kant het van belang is dat zij begrip en geduld tonen en ruimte geven aan de werknemer om het werk en de arbeidsrelatie te kunnen hervatten. Werkgevers moeten dus verschillende rollen op zich nemen.<sup>7</sup> Daarnaast is het van belang dat zij voldoen aan de eisen van de Wet verbetering poortwachter.

### Aandachtspunten

- Communicatie: wederzijdse openheid en vertrouwen met inachtneming van privacywetgeving.
- Deskundigheidsvergroting bij de organisatie en werknemer over kanker en werk en de lange-termijngevolgen.
- Samenwerking tussen werknemer, bedrijfsarts, HR-adviseur en leidinggevende.
- Deskundige (externe) begeleiding en ondersteuning voor zowel de werknemer als de werkgever, waaronder ook financiële steun.
- Plan van aanpak dat flexibel en maatwerk is en waarin rekening wordt gehouden met het grillige verloop van de re-integratie.

### Interpretatie

Werknemers en werkgevers hebben verschillende posities en belangen in het proces van re-integratie en komen in de praktijk dan ook verschillende problemen tegen. Daar sluit bij aan dat zij verschillende oplossingen vinden en behoeften hebben.

*Werknemers* willen niet altijd intensief contact met het werk na de diagnose maar willen zich soms juist meer terugtrekken en de tijd nemen voor de verwerking, ook willen zij niet altijd het werk uitgebreid informeren over de diagnose en prognose. Het probleem van *werkgevers* is hoe zij het persoonlijke contact kunnen onderhouden met de werknemer en informatie kunnen verkrijgen over de diagnose, werkhervatting en ondersteuningsbehoeften zonder te veel het privéleven van de werknemer binnen te dringen en met inachtneming van de privacywetgeving. *Werknemers* worden geconfronteerd met (tijdelijke) arbeidsbeperkingen als gevolg van de diagnose en behandeling en hebben aanpassingen nodig om het werk te kunnen hervatten. Een knelpunt waar zij tegenaan lopen is dat de juiste kennis niet altijd aanwezig is over re-integratie bij een diagnose van kanker. *Werkgevers* hebben het probleem dat zij de juiste werkaanpassingen niet altijd kunnen bieden en dat zij moeten voldoen aan regelgeving rond de re-integratie waar het ziekte- en herstelproces en verwachtingen van de werknemer niet altijd goed op aansluiten.

### Sterktes en zwakten

De sterkte van dit onderzoek is het samenbrengen van zowel de visie van de werknemer als van de werkgever. Een ander sterk punt is het gebruik van verschillende vormen van onderzoek: literatuuronderzoek, focusgroepen en interviews. Beperking van dit onderzoek is generaliseerbaarheid van de resultaten. Omdat dit onderzoek kwalitatief en exploratief onderzoek betreft, kunnen de resultaten niet worden geëxtrapoleerd naar de gehele populatie werknemers met een diagnose kanker of

### Summary

The aim of this study is to identify problems at the workplace which employees and employers experience when an employee is diagnosed with cancer. Next, to describe which solutions they have chosen and, finally, what the (specific) needs of employer and employee are. A literature review was performed and focus groups were conducted with employees and interviews with employers. Employees, above all, need understanding, support, and more knowledge about cancer and work in the workplace. In cooperation with the employer and occupational physician they want a tailored return to work plan with a focus on long-term effects of diagnosis and treatment. Employers want more support from the occupational physician or an external expert for themselves and for their employee. Also, there is a need for less rigid legal regulations with more flexibility and customization. In addition, employers need adequate information on reintegration opportunities and financial compensation.

werkgevers van wie een werknemer de diagnose kanker heeft gehad.

### Consequenties voor de praktijk

Werkgevers en werknemers hebben naast verschillende problemen en oplossingen ook gemeenschappelijke behoeften. Vanuit die gemeenschappelijkheid zijn er enkele aandachtspunten voor het verbeteren van de praktijk: behoefte aan een ervaren gedeelde verantwoordelijkheid voor de betrokkenheid bij de werkhervatting; een goede communicatie met wederzijdse openheid en vertrouwen met inachtneming van de privacywetgeving, en deskundigheidsvergroting in de organisatie en bij de werknemer over kanker en werk en de langetermijngevolgen.

Het verbeteren van de samenwerking tussen werknemer, werkgever en bedrijfsarts is van groot belang, met een flexibel en realistisch plan van aanpak op maat waarin rekening wordt gehouden met het grillige verloop van de re-integratie en deskundige ondersteuning en begeleiding van de werknemer en werkgever.

Ook is er behoefte bij leidinggevendenden aan goede samenwerking met de bedrijfsarts om belastbaarheid en sturing van de werkhervatting in te kunnen schatten. Daarnaast willen werkgevers dat de bedrijfsarts meer kennis heeft over specifieke aspecten bij de re-integratie bij kanker en dat zij een meer begeleidende en stimulerende rol op zich nemen .

### Conclusie

*Werknemers* komen na een diagnose van kanker problemen tegen bij de re-integratie met: de verwerking en het hervinden van de balans tussen het privéleven en werk, gezondheidsklachten bij de werkhervatting, het plan van aanpak en werkaanpassingen, steun van collega's en leidinggevende op de werkvloer, en de begeleiding door de bedrijfsarts en behandelend arts. *Werkgevers* komen problemen tegen bij de re-integratie van werknemers na een diagnose van kanker met het onderhouden van contact met de werknemer en vasthouden van betrokkenheid, persoonlijke factoren van de werknemer die zich terugtrekt, het niet kunnen realiseren van het re-integratieplan en werkaanpassingen, het moeten voldoen aan regelgeving die in de beleving van werkgevers niet aansluit, en het missen van deskundig advies van de bedrijfsarts. Zowel werknemers als werkgevers geven aan behoefte te hebben aan deskundige en begripvolle ondersteuning bij het oplossen van deze problemen door de bedrijfsarts.

### Financiële ondersteuning

Dit onderzoek is in opdracht en met financiering van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) uitgevoerd. Het rapport is op te vragen bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid via coronel@amc.nl.

### Literatuur

1. Kuijpers JLP. Kanker in de beroepsbevolking: aantallen en trends. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2008; 11: 281-285.
2. Boer AGEM de, Taskila TK, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Review). Cochrane Database Syst Rev 2015; 25; 9: CD007569.
3. Tamminga SJ, Boer AG de, Verbeek JH, et al. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process-a qualitative study. Scandinavian journal of work, environment & health 2012; 38: 144-154.
4. Boer AGEM de, Taskila T, Ojajarvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA 2009; 301: 753-762.
5. Jong M de, Tamminga SJ, Boer AG de, et al. Quality of working life of cancer survivors: development of a cancer-specific questionnaire. Journal of Cancer Survivorship 2016; 10: 394-405.
6. Lucassen PLBJ, TC Olde-Hartman (2007). Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
7. Tiedtke C, Donceel P, Knops L, et al. Supporting return-to-work in the face of legislation: stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. Journal of occupational rehabilitation 2012; 22: 241-251.



# De Cognitive Symptom Checklist-Work: een vragenlijst voor het meten van werkgerelateerde cognitieve symptomen

Heleen Dorland, Corné Roelen, Ans Smink, Adelita Ranchor, Femke Abma, Ute Bültmann

Hoewel meer dan de helft van de kankerpatiënten binnen 6 maanden na de diagnose kanker het werk hervat<sup>1</sup> ervaart een groot deel van hen problemen met cognitief functioneren op het werk. Deze cognitieve symptomen kunnen veroorzaakt worden door de tumor, maar kunnen ook het resultaat zijn van de behandeling daarvan.<sup>2</sup> Omdat eerder onderzoek laat zien dat het hebben van cognitieve symptomen kan samenhangen met werkfunctioneren, productiviteit en duurzame inzetbaarheid<sup>3-8</sup>, is het belangrijk om de werkgerelateerde cognitieve symptomen van kankerpatiënten in kaart te brengen.

Tot voor kort was er geen Nederlandstalig meetinstrument beschikbaar om cognitieve symptomen op het werk te meten. Daarom werd besloten een

Engelstalige vragenlijst<sup>9</sup> te vertalen en aan te passen aan de Nederlandse context. Deze vragenlijst, de 'Cognitive Symptom Checklist-Work, Dutch Version' (CSC-W DV), bestaat uit 19 vragen die betrekking hebben op mogelijke cognitieve symptomen die iemand kan ervaren bij het uitvoeren van zijn of haar werktaken (zie Tabel 1). Hoe hoger iemand op de vragenlijst scoort, hoe meer cognitieve problemen hij ervaart bij de uitvoering van het werk.

Het volledige artikel is gepubliceerd in het Journal of Cancer Survivorship. Dorland HF, Abma FI, Roelen CA, Smink A, Feuerstein M, Amick BC, Ranchor AV, Bültmann U. The Cognitive Symptom Checklist-Work in cancer patients is related with work functioning, fatigue and depressive symptoms: a validation study. J Cancer Surviv 2016; 10: 545-552. doi: 10.1007/s11764-015-0500-9. De vragenlijst is vrij beschikbaar en kan worden opgevraagd bij Heleen Dorland.

Voor het testen van de vragenlijst werd deze voorgelegd aan kankerpatiënten die deelnamen aan de *Work Life After Cancer* (WOLICA) studie. Kankerpatiënten konden aan dit onderzoek deelnemen als zij tussen 18-65 jaar waren en als zij in de afgelopen drie maanden voor minimaal

H. Dorland, F. Abma, U. Bültmann zijn werkzaam bij Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Gezondheidswetenschappen.

C. Roelen is werkzaam bij Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Gezondheidswetenschappen. En bij HumanCapitalCare, Enschede.

A. Smink, A. Ranchor zijn werkzaam bij Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Gezondheidspsychologie.

Correspondentieadres:

[h.f.dorland@umcg.nl](mailto:h.f.dorland@umcg.nl)

**Tabel 1**

Enkele vragen uit de Cognitive Symptom Checklist-Work, Dutch Version

De onderstaande uitspraken beschrijven problemen die u eventueel op uw werk kunt ervaren. Kruis het hokje aan bij het antwoord dat op u van toepassing is. Kruis het hokje 'Niet van toepassing op mijn werk' alleen aan als de vraag iets beschrijft wat geen deel uitmaakt van uw werk.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd	N.v.t. op mijn werk
Ik heb moeite om me te herinneren wat ik van plan was op te schrijven.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite om me dingen te herinneren die iemand mij gevraagd heeft te doen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite om de gang van zaken te volgen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite om stappen zo te ordenen dat de belangrijkste stappen eerst gedaan worden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

**Tabel 2**

Vooraf opgestelde hypothesen, gebaseerd op de literatuur

Hypothese 1	Kankerpatiënten die laag werkfunctioneren rapporteren, ervaren meer cognitieve symptomen dan kankerpatiënten die hoog werkfunctioneren rapporteren.
Hypothese 2	Kankerpatiënten die een hoge mate van vermoeidheid rapporteren, ervaren meer cognitieve symptomen dan kankerpatiënten die een lage mate van vermoeidheid rapporteren.
Hypothese 3	Kankerpatiënten die een hoge mate van depressieve symptomen rapporteren, ervaren meer cognitieve symptomen dan kankerpatiënten die een lage mate van depressieve symptomen rapporteren.
Hypothese 4	Kankerpatiënten die hun gezondheid als 'laag' rapporteren, ervaren meer cognitieve symptomen dan kankerpatiënten die hun gezondheid als 'hoog' rapporteren.

12 uur per week waren teruggekeerd naar betaald werk tijdens of na de behandeling voor kanker. Verder moesten zij vóór de diagnose kanker minimaal één jaar betaald gewerkt hebben en in staat zijn een Nederlandse vragenlijst in te vullen. Patiënten met recidiverende kanker en kankerpatiënten die palliatief behandeld werden, waren uitgesloten van het onderzoek. Voorafgaand aan het testen van de vragenlijst werden 4 hypothesen opgesteld (zie Tabel 2). Dit werd gedaan om daarna te kunnen onderzoeken of de vragenlijst in staat was om bestaande verbanden tussen cognitieve symptomen, werkfunctioneren, vermoeidheid, depressieve klachten en ervaren gezondheid weer te geven.

De CSC-W DV werd ingevuld door 341 (94%) van de 364 deelnemers aan de WOLICA-studie. Het merendeel van de deelnemers was hoger opgeleid en was werkzaam in een 'non-manuele' functie. De deelnemers (61% vrouw) waren gemiddeld 50.6 jaar oud. De meeste deelnemers werden gediagnosticeerd met borstkanker (45%) of darmkanker (12%). Op het moment dat de vragenlijst

werd ingevuld, hadden de deelnemers gemiddeld elf maanden geleden de diagnose gekregen en 70% van de deelnemers had de behandeling afgerond. De deelnemers waren gemiddeld sinds twee maanden teruggekeerd op het werk en zij werkten gemiddeld 17 uur per week. Uit analyses bleek dat de 19 vragen een goede betrouwbaarheid hadden (Cronbach's alpha = 0.95). Drie van de vier hypothesen werden bevestigd (zie Tabel 3), waaruit een goede constructvaliditeit kan worden geconcludeerd.

In het hoofdstuk Cognitieve problemen van de nieuwe NVAB richtlijn Kanker & Werk, is de CSC-W DV opgenomen in het onderdeel diagnostiek. De richtlijn beveelt bedrijfsartsen aan de CSC-W DV te gebruiken bij kankerpatiënten waarbij het vermoeden speelt van cognitieve problemen. Uit verder onderzoek van de WOLICA-studie blijkt dat een hoge score op de CSC-W DV een belangrijke voorspeller is van slecht werkfunctioneren (aangeboden voor publicatie). Voor bedrijfsartsen is het relevant om werkgerelateerde cognitieve symptomen in kaart te brengen met de CSC-W DV als kankerpatiënten zijn begonnen

**Tabel 3**

Hypothese toetsing: vergelijken van de gemiddelden (n=341)

Variable	CSC-W DV, M (SD)	P-value
Werkfunctioneren (WRFQ 2.0) (n=318) Hoog (n=93, 29%) Midden (n=111, 35%) Laag (n=114, 36%)	14.1 (10.8) 24.2 (13.1) 35.4 (15.0)	<0.001*
Vermoeidheid (CIS) (n=340) Laag (n=114, 34%) Midden (n=113, 33%) Hoog (n=113, 33%)	20.8 (13.9) 26.3 (15.8) 28.5 (16.6)	0.001**
Depressieve symptomen (PHQ-9) (n=341) Laag (n=301, 88%) Hoog (n=40, 12%)	23.2 (14.7) 39.6 (16.2)	<0.001
Ervaren gezondheid (SF-36) (n=335) Hoog (n=256, 76%) Laag (n=79, 24%)	24.5 (14.8) 27.5 (18.4)	0.14

CSC-W DV, Cognitive Symptom Checklist-Work, Dutch Version; WRFQ 2.0, Work Role Functioning Questionnaire; CIS, Checklist Individual Strength; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; SF-1, Short-Form 36.

\*Significante verschillen tussen alle groepen.

\*\*Geen significante verschillen tussen de midden en hoge vermoeidheidsgroep.

met re-integratie. De CSC-W DV geeft niet alleen een globale inschatting van welke patiënten problemen zullen hebben (of krijgen) met werkfunctioneren. De CSC-W DV geeft ook aan met welke werktaken de patiënt problemen ervaart. De bedrijfsarts kan dan gerichte adviezen geven aan de patiënt en zijn werkgever om het werk aan te passen aan de ervaren cognitieve beperkingen. Dit kan bijdragen aan een succesvolle en duurzame re-integratie van kankerpatiënten in werk.

#### Literatuur

1. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109-30.
2. Denlinger CS, Ligibel JA, Are M, et al. Survivorship: cognitive function, version 1.2014. *J Natl Compr Canc Netw* 2014; 12: 976-86.
3. Dorland HF, Abma FI, Roelen CA, et al. Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. *Support Care Cancer* 2016; 24: 261-6.
4. Boykoff N, Moieni M, Subramanian SK. Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *J Cancer Surviv* 2009; 3: 223-32.
5. Wefel JS, Lenzi R, Theriault RL, et al. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer* 2004; 100: 2292-9.
6. Calvio L, Peugeot M, Bruns GL, et al. Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. *J Occup Environ Med* 2010; 52: 219-27.
7. Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, et al. Employment outcomes of men treated for prostate cancer. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 958-65.
8. Feuerstein M, Todd B, Moskowitz M, et al. Work in cancer survivors: a model for practice and research. *J Cancer Surviv* 2010; 4: 415-37.
9. Ottati A, Feuerstein M. Brief self-report measure of work-related cognitive limitations in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 262-73.

# Re-integratie bij kanker is topsport

Anjo Bloemen



In januari 2011 kreeg ik de diagnose borstkanker. Een lang en zwaar behandeltraject volgde. Re-integreren was verre van gemakkelijk. Ik heb me in die tijd vaak eenzaam en onbegrepen gevoeld.

Dit is de reden dat ik mij ben gaan inzetten als ervaringsdeskundige ambassadeur bij NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties). Binnen deze koepel zijn twintig patiëntenorganisaties actief die zich inzetten voor mensen die kanker hebben (gehad) en hun naasten. Vanuit mijn ervaring kan ik mensen een luisterend oor bieden en tips geven. Ook geef ik workshops over kanker en werk. Onder andere heb ik dit gedaan op de bedrijfsgeneeskundige dagen en op het laatste A(N)IOS-congres. Tijdens deze workshops probeer ik naast mijn eigen verhaal ook te laten zien hoe complex de situatie rondom een kankerpatiënt is. De afbeelding op de volgende pagina geeft dit goed weer.

## Feiten en cijfers over werknemers en kanker

Jaarlijks krijgen zo'n 40.000 werknemers in Nederland de diagnose kanker. Een ziekte die zowel lichamelijk als psychisch diepe sporen achterlaat. Voor een toenemende groep patiënten wordt kanker een chronische ziekte. In de praktijk blijkt, dat veel (ex-)kankerpatiënten problemen ondervinden bij re-integratie en werkbehoud. Tussen de 60% en 90% van de bovengenoemde werknemers wil weer graag binnen anderhalf jaar het werk hervatten. Bijna een kwart van deze werknemers wordt uiteindelijk ontslagen. Ook laat onderzoek zien dat vóór de diagnose bijna 50% fulltime in dienst was. Na de diagnose is dit nog geen 20%. 70% van de werknemers geeft aan dat ze een stapje terug hebben moeten doen.

Kankerpatiënten ondergaan behandelingen die hen tevens ziek kunnen maken en houden vaak na de behandeling blijvende klachten zoals vermoeidheid, concentratie- en geheugenproblemen. Re-integratie bij kanker begint vaak op het moment dat de werknemer op het slechtst van zijn kunnen is, namelijk als de behandelingen achter de rug zijn en herstel nog moet beginnen (zie de roadmap werkkraacht bij kanker, bij het interview in dit TBV).

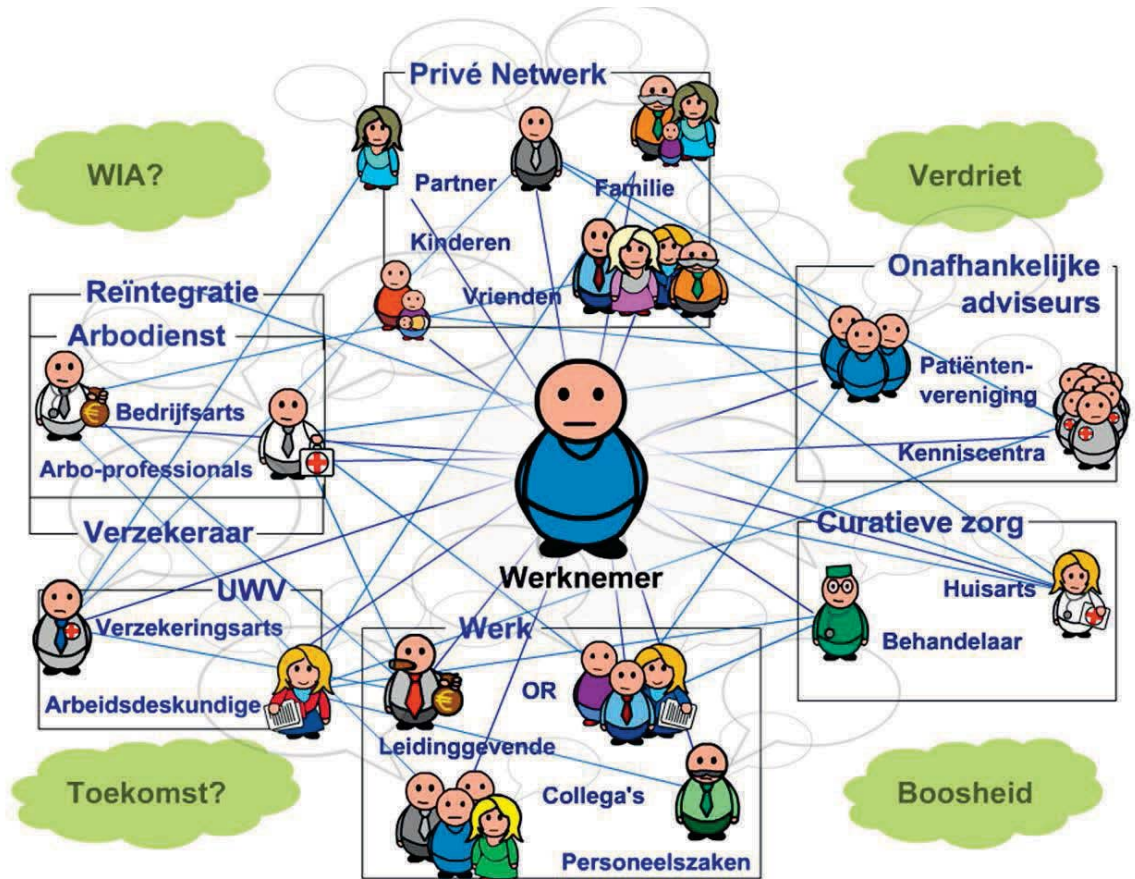
## Meer info

[www.nfk.nl](http://www.nfk.nl), [www.kankerenwerk.nl](http://www.kankerenwerk.nl),  
[www.anjobloemen.blogspot.com](http://www.anjobloemen.blogspot.com).

A.M. Bloemen is ervaringsdeskundige en ambassadeur bij NFK.

Correspondentieadres:  
[anjobloemen@hotmail.com](mailto:anjobloemen@hotmail.com)

Kanker is een complexe situatie



**Mijn verhaal**

Ik werkte 32 uur per week als teamleider in een Radiotherapeutisch Instituut toen ik in januari 2011, net vijftig jaar jong, de diagnose borstkanker kreeg. Een behandeltraject van veertien maanden volgde.

**De behandeling tegen de kanker**

De behandeling bestond uit acht chemokuren, amputatie met okselklier toilet, radiotherapie en immuuntherapie. Van de ene op de andere dag was ik van een vrouw die actief in het leven stond en nog veel ambities had, ineens een vrouw met een levensbedreigende ziekte. Je voelt je gezond, maar je bent het helemaal niet, je eigen lijf laat je in de steek. Al je zekerheden vallen weg en je kunt het niet bevatten. Mijn enige zekerheid, die ik toen nog had in mijn ogen, was mijn werk.

**Kanker en werk: een moeizaam re-integratie-traject**

Het stond voor mij vast, dat ik ook tijdens mijn behandelingen wilde blijven werken. Ik had voor al mijn werkzaamheden een vangnet geregeld, voor het geval ik toch uit zou vallen. Met het team was de afspraak gemaakt: als jullie er last van krijgen dat ik nog blijf werken, geef het aan, dan stop ik.

Ik zou proberen twee dagdelen te blijven werken. Twee weken later werd ik bij mijn leidinggevende geroepen en kreeg ik te horen dat er een periodiek medisch overleg was geweest met directeur, P&O en bedrijfsarts en dat er besloten was dat ik mijn leidinggevende taken moest neerleggen. Ik was compleet overstuurd en kon hier totaal geen enkel begrip voor opbrengen. Vooral omdat er geen enkel overleg met mij was geweest. Het enige stukje zekerheid wat ik nog had viel ook weg. Uiteindelijk mocht ik toch mijn leidinggevende taken blijven uitvoeren tot ik twee maanden later de verantwoordelijkheid over mijn afdeling zelf aan mijn leidinggevende overdroeg omdat ik er toen aan toe was. Terugkijkend denk ik dat er vanaf dat moment dingen scheef zijn gaan lopen. Ik vertelde vooral niet te veel, uit angst dat ik dan zaken niet meer mocht doen. Mijn werkgever wist ook niet zo goed wat ze met mij aan moest. Het was de eerste keer dat een werknemer met kanker wilde blijven werken tijdens de behandelingen. Daarnaast was het lastig om als leidinggevende taken af te bakenen en was er niet echt vervanging geregeld. In mijn hoofd wilde ik het allemaal zo graag, maar mijn lijf kon steeds minder door de behandelingen. Dit was heel lastig te accepteren voor mij.



### Het beter weten voor een (ex-)kankerpatiënt?

Wat ook lastig was voor mij, was dat ik werkte in een omgeving waar iedereen denkt te weten wat kanker is, maar kanker hebben is iets anders dan met kankerpatiënten werken. Er was af en toe telefonisch contact met de bedrijfsarts en voor de rest probeerde ik mijn ding te doen. Verzuimgesprekken zijn er niet of nauwelijks geweest, dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een loonsanctie. Het niet voeren van deze gesprekken was goed bedoeld, om mij te ontlasten. Ook nu werd er weer voor mij gedacht. Doordat er geen echte vervanging was geregeld kom je in een spagaat terecht. Je doet wat je kunt, je wilt er voor je team zijn, maar je ziet en voelt dat dit niet gaat. Je kunt niet in 8 uur hetzelfde doen als in 32 uur. Ik ging me steeds eenzamer voelen. In februari 2012 was ik een jaar ziek en had al die tijd toch 8 uur per week gewerkt. Ik kreeg de mededeling dat ik vanaf die maand naar 70% procent inkomen zou gaan. Na wat speurwerk kwam ik erachter dat volgens de cao mijn werkgever mijn inkomen nog tot 100% procent mocht aanvullen. Gezien wat ik nog allemaal gedaan had, heb ik hier een verzoek voor ingediend. Mijn werkgever wilde tot 80% procent aanvullen. Voor mij ging het licht toen uit.

In maart 2012 heb ik mij volledig ziekgemeld, veertien maanden na de diagnose. Ik kreeg in die periode een bestralingslongontsteking, waardoor ik mij nog slechter ging voelen. Een week voor mijn laatste behandeling in april overleed mijn moeder onverwachts. Begin augustus werd ik in het ziekenhuis opgenomen in verband met wondroos en overleed ook de vader van mijn kinderen. Half augustus had ik mijn eerste fysieke contact weer met de bedrijfsarts. Zijn advies en conclusie was: je bent al ziek sinds februari 2011, tijd om weer aan het werk te gaan... Ik was een wrak op dat moment, maar met de kennis die ik toen had dacht ik dat het mijn plicht was om weer aan het werk te gaan. De vijf maanden dat ik thuis was geweest, was er nauwelijks contact met mijn collega's. Achteraf bleek dat er gezegd werd dat ze mij even met rust moesten laten. Ik was hier niet van op de hoogte, voelde mij compleet in de steek gelaten.

Ik ging weer aan het werk, twee keer vier uur. Sinds twee maanden was er vervanging voor mij. Uit bescherming naar mij toe mocht ik weinig doen, maar zat wel tegenover mijn collega teamleider en mijn vervanging, die het over mijn afdeling hadden. In maart 2013 stopte mijn vervanging en mocht ik alles weer overnemen. Waarom vertel ik dit? Om te laten zien, hoe makkelijk dingen kunnen mislopen, terwijl iedereen de beste bedoelingen heeft.

### Eigen regie

Ik heb veel geleerd de afgelopen jaren. Eén ding wat ik geleerd heb, is om de regie in eigen hand te houden. Je gaat er als werknemer vanuit dat je werkgever en je bedrijfsarts weten wat goed voor je is. Als je al niets meer snapt van je eigen lijf, hoe kun je dit dan van hun verwachten? Wat ik mensen meegeef is: probeer de eigen regie te houden, jij alleen kunt aangeven wat je wilt en kunt. Kom je hier niet zelf uit, schakel een re-integratiebedrijf met kennis van begeleiding van (ex-)kankerpatiënten in. Zelf vind ik dat als mensen willen blijven werken tijdens hun behandelingen, dit geadviseerd zou moeten worden door de bedrijfsarts. Twee jaar geleden werd er een afwijking in mijn gezonde borst geconstateerd en moest ik weer geopereerd worden. Bij mijn huidige bedrijfsarts kon ik door wat ik meegemaakt had heel duidelijk aangeven hoe ik mijn re-integratieproces voor me zag. Hij stond volledig achter mij en ik heb een goed re-integratieproces gehad. Ik heb moeten leren accepteren dat ik nooit meer de oude Anjo wordt, dat ik niet meer kan wat ik voorheen kon. Dat is niet altijd makkelijk, maar ik heb een manier gevonden om met mijn beperkingen om te gaan. 32 uur werken was voor mij niet meer haalbaar. Ik werk drie dagen van 9 uur en ben dan vier dagen vrij.

### Andere toekomstmogelijkheden

Vorig jaar ben ik boventalig verklaard omdat mijn functie kwam te vervallen. Er zou een zwaardere functie voor terugkomen. Ik had gelijk iets van: dat ga ik doen. Ik had het geluk een loopbaancoach tegen te komen die me even de spiegel voorhield. Wat wil je hiermee bereiken, waarom doe je dit?

Je loopt al op je tenen, je moet nog twaalf jaar etc... Ze gaf ook aan, er ligt een goed sociaal plan, kijk wat je hiermee kan. Ik kreeg de kans van mijn werkgever om op papier te zetten wat ik graag wilde en wat ik nodig had om te kunnen functioneren met mijn beperkingen. Sinds juni 2016 werk ik als opleidingscoördinator Medisch Fysische Staf, binnen mijn organisatie een functie waar ik met mijn beperkingen prima in functioneer, maar waar ik ook genoeg uitdaging in heb.

2016 is voor mij het jaar waarin ik na jaren van topsport ook uiteindelijk medailles heb kunnen scoren. In april heb ik een feest gegeven om het leven te vieren en in juni dan mijn nieuwe baan.

Ik ben in balans, heb mijn weg gevonden en hoop met mijn ervaringen ook anderen te kunnen helpen.

# Ervaringen van de verzekerings-arts consulent oncologie

Alfons Klarenbeek

Ik ben sinds 2007 oncologisch consulent van UWV. Dat heeft een aantal ervaringen met zich meegebracht die ik graag in een persoonlijk artikel in deze TBV special over kanker en werk wil beschrijven.

## Achtergrond: oncologieproject Hengelo

Toen het oncologieproject in 2007 startte waren de verwachtingen hooggespannen. De medisch adviseur UWV hoopte destijds dat de oncologische specialist verzekeringsarts een spelfunctie kon gaan vervullen tussen de curatieve sector enerzijds en de verzekeringsgeneeskundige praktijk anderzijds. Ik bezocht daarom tot 2011 wekelijks het plaatselijke oncologische centrum (Medisch Spectrum Twente). Er ontstond echter geen werkrelatie, waarbij ik als deskundige op het gebied van gevolgen van kanker voor werk een plaats kreeg in de wekelijkse multidisciplinaire vergaderingen. Ik bleef toehoorder. Ook pogingen een ingang te vinden via de nurse practitioner en medisch psycholoog leverden geen resultaat op. Er was in deze kliniek geen belangstelling voor het effect van het medisch handelen op werk te krijgen. Ik kreeg wel een goed inzicht in het moderne klinische denken.

De pilot ten aanzien van specialisatie was ook niet zo'n succes. Er werden op indicatie na overleg tussen primaire verzekeringsarts en mij dubbele beoordelingen gedaan.<sup>1</sup> De toegevoegde waarde van deze dubbele beoordeling was gering in die zin dat mijn oordelen niet veel afweken van die van mijn collega's. Er was wel een significante verbetering in de kwaliteit van de onderbouwing van het verzekeringsgeneeskundige oordeel tijdens en na de dubbele beoordeling en wel in zulke mate dat het niet volledig aan het Hawthorne-effect kon worden toegeschreven. We concludeerden daarom dat mijn rol meer een consulentenrol dan specialistenrol zou moeten zijn. Sindsdien vervul ik die rol voor mijn collega verzekeringsartsen in Hengelo. Dat zijn meestal vragen over de prognose en soms vragen over de interpretatie van moeilijk te objecti-

veren klachten/beperkingen in de zin van vermoeidheid en cognitieve stoornissen. Ik krijg vrijwel nooit vragen van collegae elders in het land. De paar vragen die ik kreeg ontstonden op verzoek van cliënten die door de patiëntenvereniging op mijn bestaan waren gewezen.

Afgezien hiervan werd in de pilot afgesproken dat in samenwerking met de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties onderwijs zou worden ontwikkeld over kanker en vermoeidheid. Ik participeerde hierin zowel bij de ontwikkeling als de uitvoering van het onderwijs.

Ik nam ook deel aan een onderzoek in samenwerking met het plaatselijke revalidatiecentrum (Het Roessingh), waarbij we vangnetters met kanker een intensieve revalidatietraining aanboden, gevolgd door een proefplaatsing. Hierover deed ik verslag tijdens het EUMASS congres (2010) in Berlijn. Er was destijds wel een duidelijk positief effect waarneembaar op de *Quality Of Life* en de *self-efficacy* van de proefpersonen. De stap naar werkervaringsplaatsen verliep moeizaam. Terugkeer naar reguliere arbeid werd amper bereikt. De proefpersonen waren vooral teleurgesteld in het tweede deel van de interventie. Na zoveel aandacht in het revalidatiecentrum, voelden zij zich in de steek gelaten op de werkplek. De contacten met de jobhunter werden als ronduit vervelend ervaren.

## Persoonlijke ontwikkeling sinds het oncologieproject

Ik voelde me vergelijkbaar in de steek gelaten toen het oncologieproject medio 2011 in alle facetten afgerond was. De vier andere consulenten in onze regio (Hengelo en Zwolle) waren al eerder volledig afgehaakt. Er was binnen UWV, afgezien van mijn eigen kantoor, geen vraag naar een consulent oncologie.

Ik was er zelf aan toe om als consulent te stoppen, maar doordat mijn naam bij de NVVG bekend was, kreeg ik een rol bij het ontwikkelen van diverse richtlijnen (NVVG, NVAB, CBO), kon ik bij een congres van huisartsen spreken over kanker en werk, bleef ik bij de patiëntenvereniging in de picture en kon ik deelnemen aan de

A.G.M. Klarenbeek is verzekeringsarts UWV in Hengelo.

Correspondentieadres:

Alfons.klarenbeek@uwv.nl

werkgroep kanker en werk die SoZaWe had ingesteld naar aanleiding van politieke belangstelling. Er ontstond door de verbreding die dit met zich meebracht nieuw elan bij mezelf. Vooral de contacten met cliënten die ik bij de patiëntenvereniging zie, motiveren mij daarbij.

### Overwegingen

Ik ben aan het denken gezet over wat er nu zo anders is aan kanker in vergelijking met andere chronische aandoeningen. Er zijn veel parallellen. Wat dat betreft is de recent uitgekomen Richtlijn Chronisch zieken en Werk verhelderend. Er zijn echter ook kankerspecifieke aspecten voor zover je dat kunt zeggen bij een zo divers ziektebeeld als kanker:

- De behandeling van kanker is veelal ziekmakend. Dat brengt een hele andere dynamiek van het re-integratieproces met zich mee.
- De beeldvorming rond kanker is bepalend. We 'strijden' wel tegen kanker maar niet tegen een hartinfarct om maar eens wat te noemen.
- De beeldvorming brengt verder met zich mee dat er een onderdiagnostiek is van angststoornis en depressie bij kanker. Het is toch logisch dat zo'n ziekte angst teweegbrengt en de stemming nadelig beïnvloedt?
- Door beeldvorming heeft de oncologische cliënt een veel grotere kans op werkloosheid<sup>2</sup> en komt diezelfde oncologische cliënt moeilijker aan het werk.<sup>3</sup>
- De beeldvorming heeft er ook lang voor gezorgd dat de denkbeelden van de vorige eeuw over de noodzaak tot rust voor herstel bij kanker bleven bestaan. Pas de laatste paar jaar wordt er ook bij kanker gepleit voor een zo snel mogelijke activering, ook tijdens de behandeling van kanker, omdat arbeid als bevorderende factor in het genezingsproces wordt gezien.

### Toekomstvisie

Ik denk dat ik als verzekeringsarts consulent oncologie nog steeds een toegevoegde waarde heb.

De waarde zit hem dan niet zozeer in nauwe contacten met de behandelaars. Die heeft m.i. vooral zin in de acute fase van de aandoening(en). Ik juich daarom de ontwikkelingen die ik bij de bedrijfsartsen consulent oncologie zie toe.

Afgezien van de consultrol, die ik momenteel vooral ten aanzien van de prognose heb, denk ik dat ik meerwaarde kan hebben in de expertise die ik ontwikkel ten aanzien van de specifieke dynamiek van re-integratieprocessen bij oncologische cliënten en alles wat daarbij een rol speelt.

Daarnaast merk ik bij cliënten die ik bij de patiëntenvereniging spreek dat er vooral bij hen een grote behoefte is aan een vraagbaak. Zij tonen zich erg teleurgesteld als ik hen vertel dat ik de enige oncologisch consulent van UWV ben.

Ik verwacht gezien mijn ervaringen tot nu toe niet dat er binnen UWV voldoende ruimte is om deze rol die ik mezelf aanmeet verder te formaliseren. Ik denk dat de 'VACO' met mijn pensionering zal uitsterven, tenzij er verzekeringsartsen opstaan die zich net als ik verbonden voelen met deze cliëntengroep en er zich op persoonlijke titel voor willen inzetten.

### Literatuur

1. Klarenbeek AGM, Broekhuizen MLA. Oncologieproject Hengelo: tweede beoordeling van oncologische patiënten door een specialist verzekeringsarts. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringeneeskd 2008; 7: 312-315.
2. Boer AGEM de, Taskila T, Ojajärvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA 2009; 301: 753-762.
3. Onderzoek EenVandaag d.d. 11-4-2014 ([http://opiniepanel.eenvandaag.nl/uitslagen/50675/onderzoek\\_kwart\\_werknemers\\_met\\_kanker\\_krijgt\\_ontslag](http://opiniepanel.eenvandaag.nl/uitslagen/50675/onderzoek_kwart_werknemers_met_kanker_krijgt_ontslag)).

# Oncopol

## Vroege oncologische arbeidsrevalidatie bij de politie

David Bruinvels, Daniëlle Bavelaar, Neil Aaronson

Kanker heeft een grote impact op degenen die ermee geconfronteerd worden. Het arbeidsverzuim door de ziekte kan substantieel zijn waarbij volledige uitval en baanverlies tot de risico's behoren. Kanker heeft daarmee niet alleen grote impact op degene die het overkomt, het heeft ook grote (financiële) consequenties voor de werkgever en collega's van betrokkene. Een goed arbeidsrevalidatieprogramma kan helpen deze consequenties aan te pakken.<sup>1,2</sup> Zo'n arbeidsrevalidatieprogramma is beschikbaar, maar wordt in de oncologische zorg nog nauwelijks integraal toegepast, omdat het bijvoorbeeld niet volledig wordt vergoed vanuit de basis ziektekostenverzekering.<sup>3</sup>

Vroegtijdige revalidatiezorg voor mensen met kanker vermindert latere zorgconsumptie en zorgt voor behoud van werkvermogen en deelname in de maatschappij.<sup>4</sup> Patiënten herstellen sneller en beter tegen minder kosten. Deze vroege revalidatiezorg maakt onderdeel uit van de landelijke richtlijn Oncologische Revalidatie, die echter nergens in Nederland volledig wordt toegepast omdat vroege revalidatie nog geen onderdeel is van de basiszorg.<sup>5</sup> Vanuit het A-Care programma ([www.a-care.org](http://www.a-care.org)) is een initiatief gestart om in een samenwerking tussen werkgevers, werknemers en zorginstellingen de haalbaarheid en meerwaarde van vroegtijdige oncologische revalidatiezorg aan te tonen. De politievakorganisaties hebben dit initiatief omarmd en de aanzet gegeven voor deelname van de Nationale Politie, die daarmee als eerste beroepsorganisatie dit initiatief steunt. Er zijn vervolgens afspraken met verschillende stakeholders gemaakt en er is een draaiboek voor een programma ontwikkeld, genaamd Oncopol.<sup>6,7,8</sup>

### Kanker, Oncologie, Revalidatie, Politie

In de periode 2013-2016 hebben medewerkers van enkele eenheden van de Nationale Politie kennis kunnen maken met Oncopol, een oncologisch arbeidsrevalidatieprogramma. Politie-medewerkers konden al direct vanaf de diagnose kanker met een arbeidsrevalidatieprogramma starten. Door het meedoen aan het programma zou de kans op terugkeer naar de oude functie kunnen worden vergroot. Na afloop van

het programma waren de deelnemers in grote mate positief over de aangeboden interventies. Oncopol heeft zich gedurende deze twee jaar ontwikkeld van een interventie bestaande uit losse onderdelen tot een meer volwassen en goed geïntegreerde interventie. De interventie wordt vanaf 1 maart 2017 aan alle politie-eenheden aangeboden.

### Oncopol

Oncopol staat voor gecombineerde zorg met vroegtijdige oncologische revalidatie. Dit moet leiden tot een medisch verantwoorde terugkeer van politiemensen met kanker naar het (eigen) werk en tot een zo snel mogelijk herstel van hun functioneren. Dat wordt bereikt door al tijdens de behandeling te beginnen met revalideren, in plaats van te wachten totdat de behandeling – bijvoorbeeld

chemotherapie en/of bestraling – in de afrondende fase zit. Zodra bij een politiemedewerker de diagnose kanker is gesteld, wordt een op maat sportmedisch en functiegericht revalidatieprogramma ontwikkeld, met arbeidsrelevante begeleiding en advies. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over vroege psychosociale begeleiding. Alles onder het motto 'Stay Fit, Stay at Work'. Het programma moet politiemedewerkers stimuleren om vanaf de eerste dag van hun ziekteproces zelf op een actieve en functionele manier het herstelproces ter hand te nemen, zodat werk als rode draad door iemands leven kan blijven lopen en er meer veerkracht is voor terugkeer na afloop van de behandelingen. Indien nodig worden er ook de politie-specifieke operationele begeleiding en

Dr. D. Bruinvels, Klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie, IKA-Ned.

D. Bavelaar, Korps Medisch Adviseur, Politie.

Prof. dr. N. Aaronson, Group leader Psychosocial Research and Epidemiology, NKI.

Correspondentieadres:

[david.bruinvels@ika-ned.nl](mailto:david.bruinvels@ika-ned.nl)

Figuur 1

Wordcloud doelen deelnemers



training ingezet, zoals het nemen van hindernissen en schietvaardigheid.

Oncopol benut vooral de gebruikelijke en bewezen effectieve interventies uit de oncologische nazorg, maar biedt deze op een eerder moment aan. Sportmedische interventies via Tegenkracht ([www.tegenkracht.nl](http://www.tegenkracht.nl)), psychosociale interventies via het IPSO-netwerk ([www.ipso.nl](http://www.ipso.nl)) en fysiotherapeutische interventies via OncoFit en het Nederlands Lymfoedeem Netwerk. De medische regie vindt plaats via bedrijfsartsconsulenten en de wetenschappelijke evaluatie wordt door het Nederlands Kankerinstituut verricht. Meer informatie over Oncopol is terug te lezen op de website [www.oncopol.nl](http://www.oncopol.nl).

### Haalbaarheid

Van 01-10-2013 tot 01-11-2015 is de haalbaarheid van Oncopol onderzocht. Er was een adequaat budget beschikbaar, zodat maximaal 80 patiënten aan de interventie konden deelnemen. Deze deelnemers zouden aanvankelijk afkomstig zijn uit de politie-eenheden Amsterdam en Rotterdam, maar dit is uiteindelijk uitgebreid met de eenheden Den Haag en Midden Nederland. Medewerkers politie van deze eenheden werden begeleid door bedrijfsarts consulenten oncologie.<sup>9</sup>

27 deelnemers zijn gedurende 1 tot maximaal 24 maanden gevolgd, afhankelijk van het moment van deelname aan de studie. Gedurende deze periode heeft de bedrijfsarts consulent in principe een intakegesprek met de deelnemer gehad en, indien in deze periode het Oncopol-traject was afgerond, ook een afrondend gesprek. Bij vragen over het traject of problemen met betrekking tot re-integreren konden ad-hocconsulten met de bedrijfsarts consulent worden ingepland. Deze waren veelal telefonisch.

### Persoonlijke doelen

De deelnemers is bij aanvang van het Oncopol-traject gevraagd doelen te benoemen die zij graag zouden willen bereiken. Deze zijn in de wordcloud (Figuur 1) weergegeven. Hoe groter het woord, des te vaker is het desbetreffende doel genoemd. Vrijwel alle deelnemers noemden werkhervatting. Daarnaast zijn ook veel sportieve doelen benoemd.

Gedurende het project hebben acht deelnemers het Oncopol-traject afgerond. Zeven van deze deelnemers hebben een afrondend gesprek bij de bedrijfsarts consulent gehad. Al deze zeven deelnemers hadden een doel met betrekking tot werkhervatting geformuleerd. Volledige werkhervatting in eigen werk is door alle zeven bereikt. Andere doelen die bereikt zijn betreffen sportieve doelen, zoals fietsen, hardlopen, hockey, meer bewegen en verbeteren uithoudingsvermogen. Daarnaast noemde een deelnemer verwerken als doel en ook dit werd bereikt. Eén deelnemer had 5x per week sporten als doel gezet, maar heeft dit niet kunnen bereiken.

### Evaluatie Oncopol

Eind 2015 is een afrondend vragenlijstonderzoek onder de deelnemers gehouden. Alle deelnemers is een korte vragenlijst toegestuurd, zodat het programma kon worden geëvalueerd. In totaal hebben 15 deelnemers een vragenlijst ingevuld en geretourneerd. De deelnemers gaven het programma gemiddeld een 8 op een tevredenheidsschaal van 0 tot 10. Oncopol lijkt een veelbelovende interventie voor mensen die al voor of tijdens hun behandeling willen werken aan hun werkvermogen. De meerderheid van de deelnemers laat zich bijzonder positief uit over het Oncopol-initiatief. Dit ondanks dat niet alles vlekkeloos



verliep. Er zijn daarnaast door de deelnemers een aantal goede suggesties voor verbeteringen gegeven. De belangrijkste suggesties waren dat de politie bedrijfsartsen een actievere rol zouden moeten krijgen en dat Oncopol voor alle politie-eenheden beschikbaar zou moeten komen. De voorzichtige conclusie kan worden getrokken dat na twee jaar Oncopol kan worden teruggekeken op een succesvolle kennismaking met oncologische arbeidsrevalidatie, waarin de deelnemers positief zijn over de aangeboden interventies. Daarnaast heeft Oncopol zich gedurende deze twee jaar ontwikkeld van een interventie bestaande uit losse onderdelen tot een meer volwassen en goed geïntegreerde interventie. Oncopol wordt per 1 maart 2017 standaard bij alle politie-eenheden ingezet. Hierbij zal de politie gaan investeren in de ruimte en kennis die bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen nodig hebben om de zo vroeg mogelijke instroom van mogelijke deelnemers te garanderen.

#### Literatuur

1. Mewes J, Steuten L, IJzerman M, et al. Effectiveness of multidimensional cancer survivor rehabilitation and cost-effectiveness of cancer rehabilitation in general: a systematic review. *Oncologist* 2012; 17: 1581-1593.
2. Boer A de, Taskila T, Tamminga S, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9.
3. Mewes J, Steuten L, Groeneveld I, et al. Return-to-work intervention for cancer survivors: budget impact and allocation of costs and returns in the Netherlands and six major EU-countries. *BMC Cancer* 2015; 15: 899.
4. Vilsteren M van, Oostrom SH van, Vet HC de, et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 10.
5. Programma Herstel na Kanker VIKC. Oncologische revalidatie. Landelijke richtlijn 2011; Versie 1.0.
6. Paauw S. Politie start pilot oncologische revalidatie. *Medisch Contact* 2014; 69: 192-194.
7. Bruinvels D, Aaronson N. Stay fit, Stay at work bij de politie. *Psychosociale Oncologie* 2015; 23: 12.
8. Bruinvels D, Aaronson N. Je moet niet gaan liggen voordat je gevallen bent. *Psychosociale Oncologie* 2016; 24: 12.
9. Marsman I, Oostveen C, Verhoeven B, et al. De rol van de bedrijfsarts consulent oncologie (BACO) bij re-integratie van werknemers met kanker. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2014; 22: 116-119.

# Ragna van Hummel: 'Poortwachter knelt bij kanker'

Rolf Blijleven, Kees Hertog, Wim Otto

Ragna van Hummel (1972) is oprichter en directeur van 'Re-turn | Werkkracht bij kanker', een bedrijf gespecialiseerd in re-integratie-begeleiding rond kanker. TBV sprak met haar over wat re-integratie effectief maakt, wat hinderpalen zijn, en hoe dingen beter kunnen.

## Kun je iets vertellen over je achtergrond?

Ik heb algemene letteren gestudeerd. Toen ik afstudeerde in de jaren 90, was de ICT booming. Ik ging werken als consultant aan de communicatiekant, want ik ben niet technisch. Ik werd meestal gedetacheerd, dus ik werkte heel zelfstandig. Op kerstavond 2004 kreeg ik te horen dat ik borstkanker had. Inmiddels gaat het weer heel goed met me. Maar toen ik dat te horen kreeg was ik ook zwanger en de behandeling duurde lang. Een baby in huis hebben was erg wennen en bovendien bleek ik erfelijk belast en moest ik aanvullende ingrepen ondergaan. Na anderhalf jaar begon ik met re-integreren. De oproep van de bedrijfsarts kwam over alsof ik ter verantwoording werd geroepen, niet als een uitnodiging om te komen praten over kansen. Maar goed, ik wilde graag re-integreren en in eerste instantie leek dat best goed te gaan, van mijn directeur kreeg ik carte blanche om te doen wat nodig was.

Maar een week later realiseerde ik me dat ik geen idee had wat dat was. Dit zijn twee inzichten die ik bij Re-turn nog steeds benut: er overkomen je dingen die voor jezelf totaal nieuw zijn, en voor je werkgever zijn die dat ook. In het resterende halfjaar kwam ik niet terug op fulltime. Ik had een vast contract voor 36 uur per week, bij de WIA- beoordeling werkte ik 24 uur in de week. Dus ik kreeg een gedeeltelijke WGA-uitkering en werd ontslagen.

## Wat vond je daarvan?

Ik voelde me afgeschreven. Ik was net 34, ernstig ziek geweest, had een kind gekregen, én mijn man en ik zijn in die tijd gescheiden – dat was er ook nog bijgekomen – én ik was mijn baan kwijt. Dat was wel veel ineens. Maar ik vond ook dat ik gedaan had wat ik kon.

## Heb je gedurende je ziek-zijn contact gehad met een bedrijfsarts?

Nee. Pas helemaal aan het eind. Ik denk dat de werkgever pas heel laat de bedrijfsarts erbij betrokken heeft. Zo gaat het heel vaak als de diagnose kanker valt: de werkgever wacht tot de behandelingen zijn afgerond, en schakelt pas daarna de bedrijfsarts in.

## Hoe ben je toen verder gegaan?

Ik had een loopbaan en ambities en ik wilde heel graag de oude worden: verder met waar ik ooit gebleven was. Maar ik had ook de gelegenheid om na te denken of ik dat echt wel wilde. Ik ging de fundamenten onder mijn leven herijken. Bij al onze klanten zie ik dat gebeuren; dat ga je kennelijk doen als je de diagnose kanker te horen hebt gekregen. Ik werd vrijwilliger bij de Borstkankervereniging en dat ben ik nog steeds. Zo kwam ik in contact met mensen die hetzelfde doormaakten als wat ik al had doorgemaakt. Er werd me vaak gevraagd om te vertellen hoe dat allemaal ging. Ik ging ook parttime werken bij een re-integratiebureau, juist omdat ik graag meer wilde weten over het wat en hoe van re-integreren. Ook daar kreeg ik die vraag steeds vaker. Zo merkte ik een duidelijke behoefte, bij patiënten, maar ook bij werkgevers. Nu vind ik mezelf geen goede persoonlijke coach, maar ik kan wel goed organiseren. Dus dat ben ik gaan doen. Zo is Re-turn begonnen, vanuit een klein zolderkamertje – ik zit nog steeds op een zolder, maar wel wat ruimer nu. Ons team bestaat inmiddels uit achttien mensen.

## Werk je nu fulltime?

Ja. Als ik niet iets anders doe ben ik aan het werk, maar met veel liefde.

## Na de diagnose borstkanker volgt tegenwoordig steeds sneller de behandeling en de emotionele achtbaan die dat met zich meebrengt. Wanneer kunnen mensen bij jullie terecht?

Nou, ons ideaal is niet de praktijk. Ik zal het laten zien aan de hand van de *roadmap*, die we samen met Oval

ontwikkelden (zie pagina 184). Die geldt overigens voor alle vormen van kanker, niet alleen voor borstkanker. Bovenin zie je de stappen van poortwachter, in het midden zie je werkvermogen bij kanker. In onze methode 'Werkkracht bij kanker' bestaat die uit vier fasen. De eerste is de diagnose. Daarna volgt de behandeling, met daarin de relatie tot het werk; die kan variëren van contact houden met collega's, tot ook echt werken. De derde fase is de *return to work*, het op- en uitbouwen van uren, taken en verantwoordelijkheden. Het startpunt voor die fase verschilt van persoon tot persoon, de een is altijd blijven werken en gaat uitbouwen, de ander moet bij nul beginnen. De vierde fase is vasthouden wat er behaald is. We zien dat vrouwen na borstkanker ogenschijnlijk succesvol re-integreren, en dan na anderhalf of twee jaar alsnog uitvallen met stress of burn-out. Terugkijkend zie je dan dat ze op adrenaline en wilskracht gere-integreerd zijn, maar dat niet lang volhouden.

### Kun je op tijd vaststellen dat iemand 'op adrenaline' re-integreert?

Nee. Wij turven het. Daardoor weten we dat het vaak voorkomt. Maar werk en wat ermee samenhangt in relatie tot de kanker, wordt niet structureel geregistreerd in iemands medisch dossier. Pas sinds een jaar of twee wordt wel genoteerd of iemand een baan heeft, maar niet of iemand aan het werk blijft.

### Heeft het soort behandeling bij kanker invloed op de diepte van de dip?

Daar is weinig onderzoek naar gedaan. Elke behandelvorm is nadelig voor het werkvermogen – als iemand voluit doorwerkt bij kanker is dat een signaal dat er iets niet klopt. Chemotherapie heeft de grootste impact. Maar stamceltransplantaties bij bloedkankers zijn natuurlijk ook enorm heftig. Die mensen zien wij pas heel laat, want de behandeling duurt al twee jaar.

### Op welke momenten in het behandeltraject moet er contact zijn met de patiënt?

Idealiter zijn er twee momenten in de roadmap waarop je zijn of haar werk met de kankerpatiënt aan de orde moet stellen. Het eerste moment is kort nadat het behandelplan is vastgesteld. Mensen zitten dan nog wel in die emotionele achtbaan, maar er komen ook positieve emoties bij want een behandelplan geeft houvast en het gevoel dat er iets aan gedaan wordt, en de meeste mensen voelen zich fysiek dan nog goed.

De periode daarna is heel specifiek voor kanker: de behandeling is ziekmakend. Van andere medische behandelingen knap je op, maar van kankerbehandelingen word je in elk geval eerst zieker. Veel mensen voelen zich aan het eind van het behandeltraject pas echt ziek. Werkgevers kunnen daar moeilijk op sturen, want wanneer moet je nou die vervanger inhuren?

Op dat eerste moment moet je concrete afspraken maken over wanneer je elkaar gedurende de behandeling zult spreken. Als je dat doet, dan kun je op het tweede moment, dat is nadat de behandeling is afgerond en kort voor de eerste werkdag, veel beter inschatten welke mogelijkheden voor re-integratie er zijn.

In de praktijk gaat het zelden zo. Ik zei al dat de werkgever meestal de behandeling afwacht, bovendien houdt de bedrijfsarts, als die al wordt ingeschakeld, zich meestal afzijdig. Dan zeg je in feite tegen de patiënt 'ik zie u over een maand of acht wel weer', of 'we houden contact'. Je moet zulk initiatief niet volledig bij de patiënt laten liggen. Dat contact moet je faciliteren.

### Vind je dat eerste moment een taak voor de bedrijfsarts?

Eerder voor de werkgever. Die kan dat door ons laten doen, maar het is geen gek idee om dan een bedrijfsarts in te schakelen. Die bedrijfsarts kan bijvoorbeeld medische risico's inschatten als iemand een werkwens heeft. Iemand die werkt in de kinderopvang kan de tweede week na de chemo beter niet werken vanwege verhoogd risico op infecties. Dat soort adviezen, daar zijn bedrijfsartsen voor.

Maar in de praktijk gebeurt dat weinig. Ik vind bedrijfsartsen te afwachtend, ze moeten zich veel beter profileren. Leidinggevend willen de werknemer ontzien, maar contact houden met werk is echt beter. Het gaat vaak om simpele dingen, zoals dat het pasje van de parkeerplaats het niet meer doet als je een week niet hebt ingecheckt, of dat je na drie maanden verzuim je leaseauto moet inleveren. Hoe moet je dan naar het ziekenhuis? Dus het is primair de verantwoordelijkheid van de werkgever. Er is een zakelijke overeenkomst en een sociale relatie. Die moet je managen. Als je dat niet goed doet komen er uiteindelijk advocaten aan tafel. Dat is dan het resultaat.

### Je noemt heel simpele dingen die veel uit kunnen maken.

Ja. Grotere werkgevers krijgen vaker met kanker te maken, die helpen we met het inrichten van hun organisatie voor die gevallen. Maar onze kernactiviteit is trajectbegeleiding in het eerste spoor. Baanbehoud is het belangrijkste. Wij monitoren wat de behoefte is bij de patiënt in relatie tot werk. Wij zeggen nooit dat iemand moet werken, we vragen wel wat de rol van werk is in deze fase, waarin het accent ligt op de behandeling. Daarnaast vragen we of iemand sport of in beweging is en of er behoefte is aan psychosociale ondersteuning. In de fase van revalidatie en re-integratie willen we nadrukkelijk ingeschakeld worden. Wij zijn daar beter voor toegerust dan de werkgever zelf.



### Wat doe je dan specifiek?

We kijken primair naar wat er nodig is om herstel te ondersteunen. Dat scheiden we van wat er nodig is om te kunnen werken. Die twee aspecten blijven we volgen. Mensen hebben een privé-domein en een werkdomein. Daartussen wringt zich een domein 'ziek zijn, behandeld worden en moeten herstellen'. Dat derde domein moet slinken in de herstelperiode, maar mensen vinden het heel moeilijk om daar hun balans in te vinden. Wij helpen mensen structureren.

Daar liggen bekende technieken aan ten grondslag: copingstijlen herkennen, proces- of tijd-contingent werken al naargelang iemands copingstijl. De voortgang maken we inzichtelijk met gevalideerde vragenlijsten, waarvan enkele specifiek voor mensen met kanker zijn ontwikkeld. Daarmee lopen we vooruit op de richtlijn die de NVAB in de maak heeft. Onze begeleiders hebben allemaal hun sporen verdiend in de re-integratie, dat hoeven we ze niet te leren. Wat ze bij Re-turn wel leren is: wat is kanker en werk, wat zijn voorspellende factoren, zijn die positief of negatief, als ze beïnvloedbaar zijn wat doe je er dan mee, wat is effectieve communicatie bij kanker – want er rust nog altijd een taboe op kanker.

### Heb je weleens overwogen een vijfde fase in de roadmap op te nemen voor mensen die terminaal ziek zijn?

De roadmap is gemaakt voor een gunstig beloop van de ziekte. 90% van onze klanten wordt in opzet curatief behandeld. Maar we zien ook veel mensen met een recidief en dan is de vraag soms niet 'hoe bouw ik op?', maar 'hoe bouw ik af?' Dat doen we ook, en steeds meer. Mensen met nog maar enkele jaren te leven, hebben behoefte aan scenario's, aan verkennen wat de gevolgen zijn. Veel mensen kunnen dat zelf, veel mensen ook niet. De Borstkankerverenging heeft onderzocht dat 70% van de patiënten behoefte heeft aan ondersteuning gerelateerd aan werk. Wij worden steeds vaker benaderd voor rugge- steun, door mensen die het allemaal niet in hun eentje willen doen.

### De derde fase van de roadmap is een stijgende lijn naast een soort zaagtand. Kun je daar iets over vertellen?

De dip aan het eind van de tweede fase is de diepste. Op dat moment willen mensen maar één ding: weer de oude worden. Maar dat kan niet. Bovendien was de situatie voordat de diagnose viel nooit ideaal, en dat ligt



# ROADMAP WERKKRACHT BIJ KANKER

## POORTWACHTER



### Ziekmelding

- Datum ziekmelding = datum diagnose
- Probleemanalyse bedrijfsarts
- Ontslagbescherming



### 1e jaar ziek

- Tot 100% loondoorbetaling
- Plan van aanpak re-integratie
- Re-integratie bij eigen werkgever (1e spoor)



### 2e jaar ziek

- 70% loondoorbetaling
- Re-integratie bij eigen werkgever (1e spoor)
- Bij structurele beperking re-integratie bij andere werkgever (2e spoor)



### WIA beoordeling

- Bij onvoldoende re-integratie
- Werkgever mag werknemer ontslaan
- UWV beoordeelt recht op WIA/WGA of IVA



## ZIEKTEFASEN WERKKRACHT BIJ KANKER



### Diagnose

- Ziekmelding voor of na diagnose
- Bedrijfsarts in beeld zodra behandelplan is vastgesteld
- Effectief communiceren over ziekte en gezondheid complex voor werknemer en werkgever

### Behandelingen

- Behandelingen zijn op zichzelf ziekmakend. Dit maakt anticiperen moeilijk
- Behandelingen nemen veel tijd in beslag. Er is altijd impact op de werkracht
- Werken kan en mag. Nooit voluit, wel naar vermogen
- Bijzelen bewegen en tijdige inzet van deskundige ondersteuning in deze fase beperkt verzuim

### Revalidatie en re-integratie

- Lange termijn gevolgen als vermoeidheid, cognitieve belemmeringen, wisselende belastbaarheid worden merkbaar
- Balans tussen werk, privé en herstel moet worden gevonden en steeds bijgesteld
- Re-integreren is hard werken en lang volhouden
- Afwachten helpt niet: deskundige ondersteuning voor werknemer en werkgever vergroot kans op succes in re-integratie en brengt kennis, kunde en ruggesteun

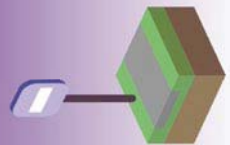
### Bestendiging en duurzaamheid

- Ups en downs horen erbij
- Controles in het ziekenhuis geven stress en kunnen functioneren bijleiden
- Effectief communiceren over ziekte en gezondheid complex voor werknemer en werkgever

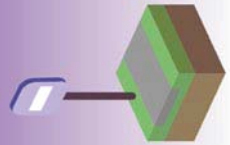
## TIPS



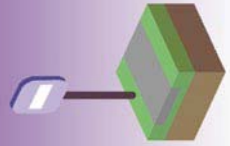
Afspraken over contact tussen werkgever en werknemer helpen om werk als thema bespreekbaar te houden



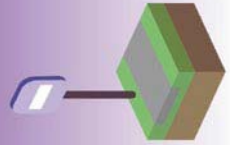
Veel leidinggevenden hebben ondanks goede bedoelingen moeite de balans tussen zorgzaam en zakelijk te vinden en houden daarom afstand



Ook in het 2e ziektejaar geeft 1e spoor re-integratie de beste kansen op succes



Kanker betekent niet een leven lang arbeidsongeschikt. Het betekent wel hier blijvend over in gesprek zijn met elkaar





dan onder een vergrootglas. Dat zien mensen ook wel in, en dan willen ze 'de nieuwe' worden, en in een recht stijgende lijn alstublieft. Maar dat kan ook niet. Mensen kunnen dat rationeel wel onderkennen, maar het is enorm moeilijk om dat te doorvoelen en te accepteren, bijvoorbeeld dat je drie maanden na de chemo nog steeds moe bent.

## Iedere kankerbehandeling is ziekmakend

Stel, iemand komt op de eerste werkdag bij een team-overleg, mag het van de teamleider rustig aankijken en hoeft niets te doen. Dat werkt niet! Bij zo'n overleg moet je snel dingen oppikken en snel kunnen schakelen en bovendien komt iedereen op je af om te vragen hoe het met je gaat. Dat is te veel op één ochtend. En dus zien ze je twee maanden weer niet. Zo gaat het in de praktijk.

### Hoe moet het wel?

Je moet van tevoren organiseren dat iemand in een rustige, vriendelijke omgeving terecht komt. Dat het pasje van de garage het nog doet, dat de werkplek niet bezet is, dat ze haar spullen niet in een doos van bovenop een kast moet trekken, dat collega's tijd voor haar hebben en niet voor een deadline zitten – ik doe even een greep uit de checklist. Dat is allemaal te organiseren, en de werkgever moet dat faciliteren. Hij is primair verantwoordelijk. Een goed georganiseerde re-integratie is die zaagtand. Dan heb je succes. De top vijf van problemen die mensen ondervinden bij hun werkhervatting is (1) vermoeidheid, (2) cognitieve beperkingen, (3) wisselende belastbaarheid, (4) het vinden van de balans tussen die privé, werk en de ziekte, en (5) effectieve communicatie. Maar effectieve communicatie vereist zorgvuldigheid, die kost energie en tijd en die hebben leidinggevenden meestal niet. Ik sprak laatst een salesmanager, die zei: "Ik zit hier omdat ik goed ben in mensen opzweepen om hun targets te halen. Nu heb ik iemand in mijn team met kanker, die blijft maar moe. Ik word er gek van." Dat snap ik, en het is een compliment waard dat-ie dat durft te benoemen. Van zo'n leidinggevende moet je die effectieve communicatie dus ook niet verwachten. Daar kan HR een rol spelen.

### Mensen met kanker gaan de fundamenteën onder hun levensgebieden herijken. Dat lijkt een logisch moment voor een carrièreswitch. Toch concentreert Re-turn zich op het eerste spoor.

Die herijking maakt iedereen inderdaad door, maar het resultaat varieert van accentverschuivingen tot radicaal het roer om. In onze begeleiding gaan we ook altijd in op de loopbaanvragen. Maar de kans op succesvol herstel, op

het vinden van een nieuwe balans, is groter in een baan die je al kent, waarin je al goodwill hebt opgebouwd. Een carrièreswitch geeft meer onzekerheden en vormt een grotere belasting.

### In de praktijk lopen poortwachter en de ziekte meestal niet in de pas. Moet de wetgeving veranderen?

Een bedrijfsarts die na het eerste ziektejaar een tweede spoor wil starten, is voorbarig. Op dat moment heb je nog een heel jaar, en iemand kan dan net bezig zijn met de laatste behandelingen. In het eerste spoor heb je gewoon betere kansen op succes. Dan knelt poortwachter. Het is moeilijk om in te schatten hoe kanker zich ontwikkelt, dus ik snap best dat het lastig is te voorspellen hoe snel iemand zal re-integreren. Ik geloof niet dat de wet moet veranderen, maar in de uitvoering kunnen dingen beter. Ik heb mijn hoop gevestigd op de pilot met de no-riskpolis die in maart is gestart.

### De no-riskpolis is bedoeld om mensen vanuit de WGA te laten terugkeren naar werk.

Ja, daar kennen we hem van. Het doel van de pilot is om de no-riskpolis al vanaf het eerste ziektejaar beschikbaar te stellen voor mensen zonder werkgever. Ik hoop dat het zal werken, en ik hoop ook dat er minder tijdelijke contracten worden opgezegd omdat de werknemer ziek is geworden. Baanbehoud werkt altijd beter dan terugkeer vanuit een uitkering, en beter dan tweede spoor.

### Iemand met een jaarcontract die ernstig ziek wordt, is een risico voor een werkgever. Het is niet vreemd dat het contract dan niet verlengd wordt.

Het is in elk geval invoelbaar. Iets van dat risico afdekken met de no-riskpolis is een begin. Er is onderzoek van de Start Foundation, waarbij de moeilijkheid bij het vinden van een baan is onderverdeeld in schalen. In de makkelijkste schaal zie je de jonge, gezonde werknemer die alles kan. De allermoeilijkste schaal, helemaal onderaan, zijn mensen met een strafblad. Op de helft van die schaal vind je kanker. Astma, diabetes, doofheid, slechtziendheid, autisme, schuldenproblematiek scoren allemaal beter dan kanker.

Mensen met kanker hebben een 40% grotere kans op werkloosheid. Dat is een maatschappelijk probleem. Wij hebben er bij de politiek voor gepleit om de no-riskpolis algemeen te laten gelden voor kankerpatiënten, maar dat stuitte op het bezwaar van selectie op diagnose. Daarom geldt de pilot nu voor iedereen die langer dan een jaar ziek is en geen werkgever heeft.

Bij kanker neemt het herstel vaak meer dan twee jaar maar er moet wel op tijd begonnen worden met de begeleiding terug naar werk. Mensen kunnen prima (zo nodig gedeeltelijk) re-integreren, maar dat werkt beter met begeleiding, psycho-educatie, noem maar op. Werkgevers

hebben dat niet in huis, daar kunnen ze ons voor inhuren. Dat kost geld, maar deze investering is het zeker waard!

### Meet Re-turn wat de effectiviteit is van jullie aanpak?

We meten de tevredenheid van de werkgevers en van de mensen die we begeleiden. Daar scoren we een 8,6. Verzuimbeparing is moeilijker te meten, want er is geen benchmark. Het *Re-cap*-onderzoek met UWV (zie het hiernavolgende artikel van Van Egmond - red.) gaf wel aanwijzingen dat een volledige interventie (coaching en jobhunting) tot een anderhalf keer snellere werkherleving leidde, maar de groep die de volledige interventie doorliep was te klein om tot statistisch significante resultaten te komen. Dat is een gemiste kans. Met een centrale regie en meer organisatie had een grotere groep de volledige interventie kunnen krijgen. Praktisch probleem was dat één van de twee uitvoerders van de jobhunting een doorstart maakte tijdens het onderzoek, toen lag alles even helemaal stil. Met deze gegevens kan UWV echter nog steeds van alles ondernemen om mensen met kanker gerichter en succesvoller te begeleiden.

### Wat zijn volgens jou de do's en don'ts voor UWV-artsen?

Ik pleit voor een ethisch handvat voor UWV-artsen. Van verzekeringsartsen horen wij dat ze onvoldoende mogelijkheden hebben om mee te bewegen met de wensen van de patiënt in die levensfase. Een patiënt met een stabiele metastase die kan werken, krijgt geen arbeidsongeschiktheidsuitkering, terwijl je weet dat op een zeker moment de bom zal barsten. Daarnaast ergeren UWV-artsen zich

– wat mij betreft volkomen terecht – aan het feit dat de Ziektewet vrijwel geen ruimte biedt om mensen al eerder te zien.

### Wat zijn do's en don'ts voor bedrijfsartsen?

In elk geval niet afwachten. Bedrijfsartsen moeten vroeg starten en vinger aan de pols houden. Iemand die curatief behandeld wordt voor kanker heeft een grote kans om zijn baan of haar baan te verliezen. De bedrijfsarts moet op gezette tijden met die patiënt in gesprek, juist om die baan te behouden. Kanker-*survivors* willen kunnen blijven werken, die wens staat in hun top drie.

## De gemiddelde bedrijfsarts kan wel een cursus marketing gebruiken

De meeste contracten voorzien in contact met de patiënt zes weken na de ziekmelding; voor kankerpatiënten moet je geen uitzondering maken! Maar de werkgever is verantwoordelijk en de bedrijfsarts moet met de werkgever in gesprek – juist ook bij kanker. Nou kan de gemiddelde bedrijfsarts wel een cursus marketing gebruiken. Bedrijfsartsen moeten niet wijzen naar de werkgever als ze niet worden ingeschakeld, maar uitventen wat ze kunnen, waar ze goed in zijn en waarom dat toegevoegde waarde heeft – ook bij kanker! Ik moet er meteen bij zeggen dat wij met heel veel bedrijfsartsen heel goed samenwerken. We kunnen elkaar prima aanvullen.

past werken nog wel in uw levensplan...?



Bert Cornelius fecit

# Een perspectief op werkhervatting na kanker en baanverlies

## Over interventies en de rol van werkgevers

Martine van Egmond

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van dr. Martine van Egmond. Zij promoveerde op 19 januari 2017 bij de Vrije Universiteit op een serie studies naar het onderwerp 'bevordering van werkhervatting voor kankerpatiënten en kanker-overlevers die werkloos zijn geraakt'. Deze onderzoeken werden uitgevoerd van november 2011 tot en met april 2016, in samenwerking met het VU medisch centrum, het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde en het UWV. Het onderzoek werd uitgevoerd onder leiding van dr. Saskia Duijts, prof. dr. Allard van der Beek en prof. dr. Han Anema. Het onderzoek was onderdeel van de leerstoel Verzekeringsgeneeskunde van prof. dr. Han Anema.

### Werkhervatting na kanker en baanverlies

In Nederland krijgen jaarlijks circa 40.000 mensen in de werkende leeftijd de diagnose kanker.<sup>1</sup> Ongeveer één op de vier kankerpatiënten verliest zijn baan tijdens of na de behandelingen voor kanker<sup>2</sup>, en de verwachting is dat de groep werkloze kankerpatiënten in Nederland zal toenemen. Dit komt onder andere door het stijgen van de pensioenleeftijd, en de toename van flexibel werk en tijdelijke arbeidscontracten.<sup>3</sup> Hoe het werkloze kankerpatiënten en -overlevers vergaat als zij weer aan het werk willen gaan, was lange tijd onbekend. Maar onlangs promoveerde Martine van Egmond op een serie van kwalitatieve en kwantitatieve studies naar werkhervatting voor kankerpatiënten en kanker-overlevers die werkloos zijn geraakt. Uit deze studies kwam duidelijk naar voren dat, naast de 'gebruikelijke' obstakels voor werkhervatting zoals twijfels over het eigen arbeidsvermogen na kanker, en lichamelijke en geestelijke klachten die veel kanker-overlevers ervaren, bij deze kanker-overlevers het trauma van werkloosheid en baanverlies een grote rol speelt.<sup>3</sup> Doordat deze groep mensen zowel baanverlies als de diagnose kanker op hun bord heeft liggen, maken zij een 'dubbel-verlies' ervaring door. Daarnaast missen zij de steun van werkgevers of collega's bij hun voorbereidingen op werkhervatting, en hebben zij weinig toegang tot opbouw mogelijkheden, zoals vormen van therapeutisch werk.<sup>3</sup> Deze factoren leiden ertoe dat werkloze kanker-overlevers weinig vertrouwen in hun kansen op werkhervatting hebben, en er is een aanzienlijke kans dat hun re-integratie stagneert. Dit is jammer, want veel mensen zijn wel gemotiveerd om aan het werk te blijven of weer

aan het werk te gaan na kanker. Hierbij is het essentieel om te vermelden dat, door de ervaring van baanverlies tijdens of na de behandelingen voor kanker, werkloze kanker-overlevers de indruk hebben dat werkgevers hen niet aantrekkelijk vinden en hen in de toekomst dus niet willen aannemen.<sup>3</sup> De doelgroep ervaart dan ook problemen tijdens het sollicitatieproces, waaronder aarzeling bij werkgevers om hen aan te nemen, bijvoorbeeld door twijfels over hun belastbaarheid en de kans op ziekteverzuim. Verder kwam uit het onderzoek duidelijk naar voren dat re-integreren in de vorm van opbouwend en therapeutisch werk, de kans op betaald werk tot wel zeven keer zou kunnen vergroten.<sup>3</sup> Maar ook bleek dat juist werkloze kanker-overlevers significant minder deelnemen aan deze opstapjes naar betaald werk, waarschijnlijk omdat zij daar geen toegang toe hebben vanwege de grote afstand tussen hen en de arbeidsmarkt. Kanker-overlevers die een vast contract hadden gehad en twee jaar door een werkgever waren begeleid, deden veel vaker mee aan vormen van therapeutisch werk. Tevens werd in het proefschrift beschreven hoe een werkhervattingsinterventie voor werkloze kanker-overlevers werd ontworpen en uitgevoerd in samenwerking met Re-turn, Agens en Olympia.<sup>3</sup> Deze interventie werd op maat gemaakt voor elke deelnemer, waarin diverse modules van coaching, alsmede ondersteuning door jobhunters werd aangeboden, met als doel om tot duurzame werkhervatting na kanker te komen. In een experimentele studie werd geëvalueerd of het interventieprogramma leidde tot duurzame werkhervatting voor kanker-overlevers. Een interventiegroep van 85 deelnemers volgde het programma, en de uitkomsten werden vergeleken met een controlegroep van 86 deelnemers die de gebruikelijke begeleiding van het UWV ontvingen. Door middel van het lot werd bepaald wie er in welke groep terecht kwam. Uit het onderzoek bleek dat het interventieprogramma lastig te implementeren was in de dagelijkse praktijk.<sup>3</sup> Zo moest het programma relatief snel doorlopen worden door deelnemers (binnen maximaal zeven maanden), en moesten veel partijen over grote afstanden met elkaar samenwerken (UWV teams, re-integratiecoaches en jobhunters). Door deze implementatieproblemen ontving slechts een klein deel van de deelnemers (39 van de 85)

het interventieprogramma volledig volgens protocol. Hierdoor kon een duidelijk effect van de interventie niet worden onderscheiden.<sup>3</sup>

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat, door de complexe situatie waarin werkloze kanker-overlevers zich bevinden, waaronder de dubbel-verlies ervaring en de grote afstand tot de arbeidsmarkt, het lastig blijkt om een interventieprogramma aan te bieden dat goed aansluit bij hun context. Maar ook bij kanker-overlevers die nog wel een werkgever hebben, zien we in de literatuur wisselende resultaten als het gaat om interventieprogramma's die werkhervatting zouden moeten bevorderen.<sup>4</sup> Hoe kan dat?

### Werkhervattingsinterventies: een rol voor de werkgever?

Uit het proefschrift en uit de literatuur blijkt dat veel kankerpatiënten en kanker-overlevers ondersteuning bij werkhervatting kunnen gebruiken en wenselijk vinden, of ze nu werkloos zijn of proberen te re-integreren in hun oude baan.<sup>3,5</sup> Toch zien we dat ook de huidige interventieprogramma's die worden aangeboden, tot nu toe nog niet tot overduidelijk positieve resultaten leiden.<sup>4</sup> Hoewel bij sommige van deze studies de onderzoekspopulatie te klein was en bij andere studies de interventie niet primair op werkhervatting was gericht, zou het kunnen dat er een meer fundamentele verklaring is voor het feit dat werkhervattingsinterventies voor kanker-overlevers niet effectief blijken. Wat deze interventies namelijk gemeenschappelijk hebben, is dat ze gericht zijn op het voorbereiden van de kanker-overlever op werkhervatting, maar weinig tot geen aandacht besteden aan de rol van de werkgever. Deze programma's kunnen daarom wel barrières voor werkhervatting wegnemen die kanker-gerelateerd of psychosociaal van aard zijn, maar zij besteden geen aandacht voor het betrekken en motiveren van werkgevers bij het werkhervattingsproces van kanker-overlevers. Dit terwijl uit bovengenoemd onderzoek blijkt dat werkgevers een belangrijke rol hebben bij de werkhervatting en het aannemen van kanker-overlevers. Uit andere literatuur blijkt ook dat zowel kanker-overlevers als werkgevers moeten investeren in het werkhervattingsproces om tot duurzame werkhervatting te komen.<sup>6,7</sup> Betrokkenheid van een werkgever kan zich dan met name uiten in het faciliteren van de werkhervatting of re-integratie, door het werk of de werkplek aan te passen, en flexibiliteit en sociale steun aan te bieden.<sup>8,9</sup> Maar, hoe zorgen we dan dat een werkgever betrokken is? Welke factoren spelen daarin mee?

### Werkgevers betrekken bij werkhervatting of re-integratie na kanker

De literatuur biedt ons diverse invalshoeken op werkgeversbetrokkenheid bij werknemers met kanker en/of bij het aannemen van mensen met kanker. Een van de belangrijkste zaken lijkt te zijn dat de werkgever

de kanker-overlever kent en een werkrelatie met deze persoon heeft.<sup>7</sup> Dit is echter meer een gegeven dan iets wat gemakkelijk te realiseren valt op het moment dat er sprake is van ofwel werkloosheid (een werkgever is dan uit beeld), ofwel van een grote organisatie (de werkgever is dan niet persoonlijk betrokken bij alle medewerkers). Dit is dus wel een punt van aandacht, maar ook een punt waar lastig actie op ondernomen kan worden.

Een tweede belangrijke factor is de afweging van de werkgever als het gaat om het invullen van een functie of een vacature. Het is bijvoorbeeld logisch dat een werkgever een vacature uitzet omdat er werk gedaan moet worden. Het inhuren van iemand met een verleden van kanker, die vaak nog moet opbouwen in een functie, kan daarom vanuit zijn perspectief als een suboptimale keuze worden gezien, vergeleken met het aannemen van een 'gezond' persoon. Uit diverse onderzoeken blijkt ook dat werkgevers vooroordelen hebben over het werkvermogen en het risico op ziekteverzuim van kanker-overlevers.<sup>10</sup> Dit leidt ertoe dat kanker-overlevers minder vaak worden aangenomen, en dat zij ook minder kans maken op een promotie.<sup>11,12</sup> Ook overschatten werkgevers nogal eens de kans dat de kanker terugkomt<sup>13,14</sup>, en zijn zij bang dat zij dan voor hoge kosten komen te staan.<sup>10,15</sup> Deze vooroordelen gaan trouwens ook op voor mensen met andere aandoeningen.<sup>16</sup> Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat, om werkgevers te betrekken bij re-integratie na kanker, een besef van morele verantwoordelijkheid bij de werkgever van belang is. Oftewel, een werkgever moet zich bewust zijn van zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid om mensen met een beladen ziektegeschiedenis en/of een achterstand op de arbeidsmarkt te helpen re-integreren. Hier hangt natuurlijk het vraagstuk onder in hoeverre werkgevers in Nederland deze verantwoordelijkheid (alleen) moeten dragen. Daarnaast speelt ook nog dat de ziekte kanker voor sommige werkgevers gepaard gaat met een taboe, dat zich met name uit in onzekerheden op het gebied van communicatie over de ziekte, prognose, en de behoeften van de werkende.<sup>17</sup>

Om werkgevers te betrekken bij het werkhervattingsproces na kanker, of het aannemen van iemand met een geschiedenis van kanker, is het dus nodig dat: de werkgever een verantwoording voelt en er vertrouwen in heeft om iemand aan te nemen die een tijd uit het arbeidsproces is geweest en/of moet opbouwen in een functie; dat de werkgever de risico's op het gebied van verzuim en productiviteitsverlies juist inschat (en dus niet te hoog); en dat de werkgever vaardigheden en kennis in huis heeft over hoe te communiceren over kanker en de impact op het werk.<sup>18</sup> Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat de daadwerkelijke financiële risico's vanuit het werkgeversperspectief acceptabel zijn.<sup>10</sup> Door middel van constructies als therapeutisch werk en proefplaatsingen wordt gezocht



naar deze combinatie van voordelen: opbouw mogelijkheden voor kanker-overlevers en verminderd financieel risico voor werkgevers. Het spreekt voor zich dat de factoren die werkgevers beïnvloeden als het gaat om werkhervatting van kanker-overlevers, ook van toepassing zouden kunnen zijn op de situatie van mensen met andere langdurige of chronische aandoeningen. De Sociaal Economische Raad (SER) heeft in maart 2016 ook aanbevolen om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen voor werkenden met kanker en andere (chronische) aandoeningen, om hen te ondersteunen in hun werkhervatting.<sup>19</sup> Een van de belangrijkste aanbevelingen hiervan is dat werkgevers ook meer betrokken moeten zijn bij de werkende, en bij het managen van de aandoening/klachten tijdens het werk. In lijn met het advies van de SER, heeft minister Asscher van Sociale zaken en Werkgelegenheid een pilotproject aangekondigd.<sup>15</sup> Dit project heeft als doel om de wettelijke en financiële barrières voor werkgevers te verlagen, als het gaat om het aannemen van kanker-overlevers en mensen met andere aandoeningen. De essentie van het project is dat werkgevers niet opdraaien voor hoge kosten in het geval van verzuim of langdurige uitval van de werkende. Dit project, de zogeheten ‘no-risk policy’, zou belangrijke kansen kunnen bieden om werkgevers te betrekken bij het re-integratie/werkhervattingsproces van kanker-overlevers. Toch moet ook in het achterhoofd worden gehouden dat werkgevers bij hun sollicitatiegesprekken op zoek zijn naar de beste kandidaat, en dat is vaak iemand die niet hoeft te re-integreren. Daarom moet de inzet op het vergroten van het maatschappelijk bewustzijn en de sociale rol van werkgevers in Nederland een speerpunt zijn, als we werkgevers in grote getalen willen betrekken bij de werkhervatting na kanker.<sup>14</sup> Omdat over het stimuleren van de maatschappelijke verantwoording en behoeften van werkgevers op re-integratiegebied nog weinig bekend is, is het aan te bevelen hier onderzoek naar te doen. Ook is het belangrijk dat beleidsmakers zich afvragen in hoeverre het realistisch is dat werkgevers de voornaamste verantwoordelijkheid en risico's dragen van de voortschrijdende participatiemaatschappij zoals deze door de huidige regering wordt gepromoot. Daarbij is het tevens essentieel om ondersteuning te ontwikkelen en aan te bieden aan de werkgever die deze sociale rol wel wíl spelen, maar die de kennis en vaardigheden mist om kanker-overlevers goed te begeleiden bij terugkeer naar werk. Met deze ingrediënten kunnen we de volgende stappen zetten naar een compleet plaatje, waarbij we zowel kanker-overlevers als werkgevers helpen de brug over te steken, elkaar de hand te reiken, en samen duurzaam en productief verder te gaan.

### Meer informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met dr. Martine van Egmond, onderzoeker bij expertisegroep Work, Health & Technology van TNO, via [martine.vanegmond@tno.nl](mailto:martine.vanegmond@tno.nl)

### Literatuur

1. Comprehensive Cancer Center the Netherlands (IKNL). Dutch Cancer Registry (Nederlandse Kankerregistratie). 2014.
2. Eenvandaag, Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties. Onderzoek werknemers met kanker. 2013; 1.
3. Egmond MP van. Return to work in cancer survivors with job loss. Enschede: Gildeprint; 2016. <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/55005>.
4. Boer AGEM de, Taskila TK, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD007569.
5. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 2: 109-130.
6. Mak AKY, Ho SS, Kim HJ. Factors related to employers' intent to hire, retain and accommodate cancer survivors: the Singapore perspective. *J Occup Rehabil* 2014; 24: 725-731.
7. Stergiou-Kita M, Pritlove C, Eerd D van, et al. The provision of workplace accommodations following cancer: survivor, provider, and employer perspectives. *J Cancer Surviv* 2015 10/31.
8. Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* 2002; 11: 124-131.
9. Hoefsmit N, Rijk A de, Houkes I. Work resumption at the price of distrust: a qualitative study on return to work legislation in the Netherlands. *BMC Public Health* 2013; 13: 153.
10. Dutch Cancer Patient Movement (Leven met Kanker Beweging), Eenvandaag. Working with cancer. 2013 04/15.
11. Short PF, Vargo MM. Responding to employment concerns of cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 5138-5141.
12. Feuerstein M, Luff GM, Harrington CB, Olsen CH. Pattern of workplace disputes in cancer survivors: a population study of ADA claims. *J Cancer Surviv* 2007; 1: 185-192.
13. Hoffman B. Employment discrimination against cancer survivors: multidisciplinary interventions. *Health Matrix* 1989; 7: 3-10.
14. Mak AKY, Chaidaroon S, Fan G, Thalib F. Unintended consequences: the social context of cancer survivors and work. *J Cancer Surviv* 2014; 8: 269-281.
15. L.F.Asscher. Cancer and Work (2). 2016 04/07: 1-8.
16. Bjelland MJ, Bruyere SM, Schrader S von, et al. Age and disability employment discrimination: occupational rehabilitation implications. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 456-471.
17. Wilson B, Tambourides A. Comparing the issues for employers in supporting employees after cancer and with mental health issues. 2014 05/12.
18. Jakobsen K, Lillefjell M. Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. *Scand J Occup Ther* 2014; 21: 48-57.
19. The Social and Economic Council of the Netherlands (SER). Work: it's important to everyone - An advisory report on managing chronic illness at work. 2016 03/18.



# Een model voor kanker en werk

## Employment challenges for cancer survivors

Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M. Cancer 2013 Jun 1;119 Suppl 11:2151-9. doi: 10.1002/cncr.28067.

Van alle nieuwe kankergevallen in Europa en de Verenigde Staten gaat het in 56% om mensen tussen 15 en 69 jaar, de levensfase waarin werk een belangrijke rol speelt. Er zijn niet zoveel goede overzichtsartikelen (reviews) op het terrein van kanker en werk. Dit artikel uit 2013 is één van de recentste. Het laat zien dat het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot kanker en werk zich traditioneel vooral richt op de kans op werkhervatting (= prognose van herstel), de duur van het verzuim en op factoren die de werkhervatting en werkprestatie bevorderen of juist belemmeren. Naast deze observationele studies zijn er steeds meer interventiestudies. Deze laatste nemen de psychologische, fysieke, farmacologische en multidisciplinaire strategieën om werkhervatting te bevorderen onder de loep. Sinds 2006 is er ook sprake van internationale samenwerking op dit vlak. In dat jaar kwam een groep onderzoekers en klinici bijeen in Londen bij gelegenheid van een conferentie van de International Psychosocial Oncology Society. Deze en volgende bijeenkomsten hebben duidelijke invloed gehad op de research in latere jaren.

De auteurs beschrijven opvallende verschillen in het onderzoek tussen geografische gebieden. Zo ligt in het Europese onderzoek de nadruk op kenmerken en aanpassingen van werk en werkplek, en in de Verenigde Staten meer op de werknemer met kanker. In de Europese research is de arbeidsgeschiktheid een veelgekozen uitkomstmaat, terwijl in de VS de focus vooral ligt op de productiviteit. De Amerikaanse cultuur is meer geïnteresseerd in output en productiviteit dan in kwaliteit van leven, zo concluderen de auteurs. Kwalitatief onderzoek uit diverse landen wijst op verlies van arbeidssatisfactie

en carrièremogelijkheden na behandeling voor kanker. Kwantitatief onderzoek op dit vlak is schaars.

De auteurs presenteren een kanker-en-werk-model dat een integratie wil zijn van eerdere modellen waarin óf de individuele factoren, óf de factoren met betrekking tot de arbeidsorganisatie en het vigerende sociale verzekeringsstelsel waren opgenomen. In dit geïntegreerde model is plaats voor ziektegerelateerde, behandelinggerelateerde en werkgerelateerde factoren, alsmede voor sociale, politieke en economische factoren. Als uitkomstvariabelen zien we werkhervatting, arbeidsgeschiktheid, arbeidsprestatie, kansen op de arbeidsmarkt, inkomen, werktevredenheid en duurzaamheid. Het model lijkt mede een verbijzondering te zijn van de ICF, hoewel de auteurs dat verband niet met zoveel woorden leggen. Het biedt in elk geval vanwege zijn volledigheid en onderbouwing vanuit bestaand onderzoek een kader om kennis van te nemen, alvorens nieuw onderzoek op dit gebied op te zetten.

De auteurs pleiten voor het opzetten van werkhervattingsprogramma's na kanker met een brede insteek. De programma's moeten niet alleen gericht zijn op de werker met kanker, maar ook op de werkplek, de collega's, de werkgever en het algehele (bedrijfs)beleid. De *evidence* op dit gebied is nog beperkt. Multidisciplinaire interventies lijken effectiever. De auteurs behandelen een aantal voorbeelden uit Europese landen waaronder Nederland. Zij benadrukken daarbij het belang van de rol van de werkgever en de leidinggevende bij werkhervatting na kanker. We kunnen daarbij lering trekken over wat al bekend is uit onderzoek naar werkhervatting van mensen met een andere chronische aandoening. Kortom, het werk op dit gebied begint eigenlijk pas.

*André Weel*

# Werkhervatting na kanker in Duitsland

## Reintegrating cancer patients into the workplace

Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. Dtsch Arztebl Int. 2012 Oct;109(42):702-8. doi: 10.3238/arztebl.2012.0702.

Hoe gaat het met werkhervatting na kanker bij de oosterburen? Dit mooie overzichtsartikel geeft daar een goed beeld van. Het is gebaseerd op een literatuursearch over een periode van 10 jaar. Informatie over confounders ontbreekt vaak in de gevonden artikelen, maar dat was geen reden voor exclusie. De auteurs hebben de Duitse situatie vergeleken met een aantal andere landen, waaronder Nederland. De eindconclusie is heel algemeen: 'De meeste kankerpatiënten komen weer aan het werk, maar de percentages verschillen sterk tussen landen, wellicht door verschillen in sociale systemen'.

In Duitsland zijn, vijf jaar na de diagnose kanker, 64% van de vrouwen en 59% van de mannen nog in leven. Bij 45% van de mannen en 57% van de vrouwen treedt de kanker op vóór de leeftijd van 65 jaar. Het aantal nieuwe kankergevallen is de laatste decennia aanzienlijk gestegen, maar de voor leeftijd gecorrigeerde sterfte is in de laatste 30 jaar juist gedaald. De grootste sterftedaling zien we bij patiënten onder de 65.

Kijken we naar werkhervatting bij patiënten met borstkanker, dan scoort Duitsland opvallend laag met 59% (ter vergelijking: Verenigd Koninkrijk 82%, VS 80%, Canada en Frankrijk 79%, Noorwegen 74%, Nederland 71%). Alleen Zuid-Korea scoort nog lager met 58%. De verklaring ligt in het Duitse sociale systeem. Dat biedt kankerpatiënten een aantal speciale rechten: tot 78 weken loondoorbetaling door de werkgever, vergoeding van alle ziektekosten door de zorgverzekeraar, en een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. De prikkel tot werkhervatting is dus kleiner dan in landen met minder royale voorzieningen.

In Duitsland is revalidatie een integraal en wettelijk verankerd onderdeel van het socialezekerheidsstelsel. De patiënt heeft wettelijk recht op een klinisch of poliklinisch revalidatieprogramma dat gewoonlijk drie weken duurt. Het wordt betaald door de *Deutsche Rentenversicherung* (DRV) en de *Krankenkassen*. In 2010 namen meer dan

170.000 mensen deel aan een kankerrevalidatieprogramma betaald door de DRV. In 44% betrof het hier mensen in de werkende leeftijdsklassen. Bij de deelnemers aan revalidatie was borstkanker met 26% de meest voorkomende kankervorm. De slogan van DRV is: *Reha vor Rente*, revalidatie vóór een uitkering. De auteurs laten zien dat de DRV uit de kosten komt als de revalidatie een arbeidsongeschiktheid met minstens vier maanden kan uitstellen. Overigens vindt er voor aanvang van de revalidatie een test plaats. Voldoet de patiënt aan de criteria? Dit is het geval 'als, om redenen van fysieke, mentale of psychologische beperking, er sprake is van beperkingen in het dagelijks leven die waarschijnlijk niet van tijdelijke aard zijn en die naar verwachting de arbeidsgeschiktheid in de nabije toekomst zullen beperken, of dit al doen, en die multidisciplinaire revalidatie noodzakelijk maken, als aanvulling op de medische behandeling'.

De effectiviteit van kankerrevalidatie is nog niet bewezen in een RCT (met uitzondering wellicht van bewegingstherapie). Dat komt vooral omdat programma's per land enorm verschillen naar inhoud en duur.

De werkhervatting moet aansluiten op de drieweekse revalidatie. Daartoe moeten al tijdens die revalidatie de voorbereidingen worden getroffen. Ook hier ontbreekt het aan evidence. Populair is de stapsgewijze re-integratie ofwel *Stufenweise Wiedereingliederung*.

De auteurs presenteren een lijst met prognostische factoren voor werkhervatting zoals die uit hun literatuuronderzoek naar voren komen. Daarin staan niet alleen ziektegebonden factoren als tumortype of behandelingsfactoren zoals al of geen operatie, maar ook veel sociodemografische en werkgerelateerde factoren. De werknemer met kanker heeft meer kans op terugkeer als hij is opgenomen in een sociaal netwerk op het werk, de werkgever zorgt voor werkomstandigheden die gunstig zijn voor zijn gezondheid, en er wordt voorzien in professionele begeleiding.

André Weel

# Werkgerelateerde kanker in maat en getal

Annet Lenderink, Bas Sorgdrager, Henk van der Molen

**Annet Lenderink, Bas Sorgdrager en Henk van der Molen zijn allen werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.**

Werkgerelateerde kanker is kanker die mede is ontstaan als gevolg van blootstelling aan kanker-  
verwekkende factoren tijdens de uitvoering van  
het werk. Hiermee is het een breder begrip dan  
de term beroepskanker. Bij beroepskanker moet  
namelijk vastgesteld zijn dat werk de belangrijkste  
oorzaak van de kanker is.<sup>1</sup>

In 2015 kregen in Nederland ruim honderdduizend  
mensen kanker: 55.134 mannen en 50.710 vrouwen  
(incidentie Nationale Kanker Registratie). Op basis hiervan  
kan worden berekend dat minimaal 1.100 mannen  
(2-8% van alle kanker bij mannen: 1.103-4.411) en 500  
vrouwen (1-2% van alle kanker bij vrouwen: 507-1.014)  
kanker kregen door factoren in het werk.<sup>2</sup> Een belangrijk  
deel hiervan komt op het conto van mesotheliom door  
asbestblootstelling. Het Nederlands Kanker Instituut  
noteerde de afgelopen jaren een tot boven de 600 per jaar  
stijgend aantal gevallen van mesotheliom. De meldingen  
door bedrijfsartsen van werkgerelateerde kanker aan het  
NCvB geven geen goede indicatie van de incidentie. Het

aantal meldingen van werkgerelateerde kanker bij het  
NCvB ligt al jaren net onder of boven de 20. Naast het  
feit dat het lastig is om een relatie tussen kanker en werk  
op individueel niveau te leggen, is er ook invloed van de  
vaak lange latentietijd. Hierdoor treedt kanker pas op na  
de pensioenleeftijd. Naast meldingen van mesotheliom,  
kreeg het NCvB de afgelopen jaren ook meldingen van  
werkgerelateerde huid-, long-, blaas- en neusbijholte-  
kankers en incidenteel ook van borstkanker en hemato-  
logische vormen van kanker.<sup>3</sup>

## Attributieve fractie

Op groepsniveau kunnen op basis van epidemiologisch  
onderzoek wel schattingen worden gemaakt van het  
aandeel van werk bij het ontstaan van kanker. Dit wordt  
meestal aangeduid met het populatie attributieve risico  
(PAR) van factoren in het werk. Het PAR is de proportie  
van de totale sterfte die kan worden toegewezen aan  
blootstelling in het werk (zie Tabel 1). Per type kanker  
kan de PAR sterk verschillen: zo is deze voor mesothe-  
liom (asbest) en neus/bijholten (hout/leerstof) relatief

**Tabel 1**

Populatie attributieve risico (PAR) en verdachte blootstelling(en) voor diverse typen kanker door werk.<sup>4,5</sup>

Lokalisatie	Populatie attributieve risico*	Beroepsmatige blootstelling aan carcinogenen op het werk
pleura, peritoneum (mesotheliom)	85-90% mannen, 23-90% vrouwen*	asbest (bij isoleerders en werknemers in asbestcement-fabricage, scheepsbouw en sloop)
long	6,3-13%	51% door asbest, 37% door onbekende oorzaak, 3% door chroom, 2% door polycyclische aromatische koolwaterstoffen, 7% diversen (o.a. arseen, nikkel, BCME (bischloromethylether), straling)
blaas	7-19%	54% door onbekende oorzaak, 23% door aromatische aminen, overig door verf, kleurstoffen, plastics, etc. komt voor bij werknemers in pigmentfabricage, rubber- en kabel-industrie en bij schilders
huid	1,5-6%	PAK's, UV- en ioniserende straling (bij buitenwerkers, radiologische werkers en asfalteerders)
leukemie	0,8-2,8%	benzeen, ethyleenoxide, radioactieve straling
lever	0,4-1,1%	vinylchloride monomeer verder: aflatoxine, hepatitis B en C
neus en bijholtes	33-46%	90% door houtstof (meubelmakers), 14% door dierproducten (leer, schoenmakers), 6% door onbekende oorzaak
alle kankersoorten	vrouw: 1-2% man: 2-8%	vooral 'blue-collar' werk

\* Het totale risico op mesotheliom door asbest is bij vrouwen 23%. Maar als sprake is van blootstelling aan asbest doordat mannen asbest via hun kleren en andere voorwerpen mee naar huis nemen, stijgt het risico naar 90%.

hoog (respectievelijk 85-90% en 33-46%), voor blaaskanker (aromatische amines) en longkanker al lager, (respectievelijk 7-19% en 6-13%) en voor bijvoorbeeld leukemie en leverkanker zeer laag (respectievelijk 1-3% en 1-2%).

### Gevolgen van werkgerelateerde kanker

In de Arbobalans 2016 zijn de consequenties van werkgerelateerde aandoeningen uitgedrukt in *disability adjusted life years* (DALY's): het aantal verloren jaren door vroegtijdige sterfte en de tijd dat mensen leven met beperkingen door ziekte. Voor aandoeningen van het houding- en bewegingsapparaat (HBA) en psychische stoornissen zijn de DALY's voor de werkzame beroepsbevolking 30.800 respectievelijk 49.800 (bijna 60% van het totaal aan DALY's door werkgerelateerde aandoeningen). Kanker leidt tot 17.000 DALY's. Het aandeel longkanker (ruim 10.000 DALY's) is het hoogst, mesothelioom levert 2.300 DALY's op binnen de werkzame beroepsbevolking, en bijvoorbeeld huidkanker en non-hodgkinlymfoom 1.000 respectievelijk 500 DALY's. In vergelijking met HBA en psychische stoornissen is het aandeel DALY's van kanker relatief groot. Immers, aanzienlijk minder werknemers ontwikkelen werkgerelateerd kanker, de gevolgen voor individuele werknemers kunnen dus groot zijn.

### Twee Nederlandse registratierichtlijnen

Op individueel niveau is het vaak erg moeilijk om het werk als overwegende factor aan te wijzen voor werkgerelateerde kanker. Dat zit hem onder andere in het feit dat het bij individuele gevallen vaak ontbreekt aan een betrouwbaar inzicht in de levenslange blootstellingshistorie. De mate van blootstelling is afhankelijk van de hoogte van de blootstelling, de duur van de blootstelling en het adequaat gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Niettemin zijn er voor bepaalde typen kanker (onder andere mesothelioom, longkanker door asbest en kanker van de bovenste luchtwegen door houtstof) Europese diagnoserichtlijnen. De Europese Unie heeft namelijk in 2009, in aanvulling op de Europese lijst van Beroepsziekten, de *Information notices on occupational disease: a guide to diagnosis* uitgegeven.<sup>6</sup> Hierin wordt voor alle beroepsziekten op de lijst een korte toelichting gegeven met omschrijving van het ziektebeeld, medische criteria en blootstellingscriteria om tot de diagnose te komen. In aanvulling hierop heeft het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) voor Nederland twee registratierichtlijnen uitgebracht: een voor huidkanker (F001 Werkgebonden huidmaligniteiten, 2016) en een voor longkanker (R200 Longkanker door werk, 2013). Zowel de internationale als de Nederlandse richtlijnen zijn te vinden onder registratierichtlijnen op [www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl).

De belangrijkste risicofactoren voor het optreden van werkgerelateerde longkanker zijn asbest, beryllium, chroom, dieselmuitlaatgassen, kwarts houdend stof, kool-

teer, ioniserende straling, nikkel, passief roken, blootstelling aan polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's) en tetrachloordibenzo-para-dioxines (TCDD). Alle histologische types kunnen door werkfactoren worden veroorzaakt. Voor het optreden van werkgerelateerde huidkanker is jarenlange uv-blootstelling de belangrijkste risicofactor. Voorlichting hierover aan buitenberoepen zoals in de land- en tuinbouw, visserij en beroepsbuitensporters verdient prioriteit. Werkers in die bedrijven waar blootstelling aan teer/PAK's, arsenicum of pesticiden mogelijk is, eventueel in combinatie met uv vormen eveneens een risicogroep.

### Meer inzicht in werkgerelateerde kanker

Waar de nationale kankerregistraties doorgaans betrouwbare cijfers genereren over het aantal kankergevallen in een land of regio, blijft de registratie van werkgerelateerde kankers in de meeste landen ver achter. Om op termijn een beter inzicht te krijgen in de epidemiologie van werkgerelateerde kanker in Nederland is een aanpak langs verschillende sporen noodzakelijk. Het opnemen van informatie over het arbeidsverleden van mensen met kanker in de Nederlandse Kankerregistratie kan helpen, evenals het creëren van een of meer speciale centra waar mensen de eventuele werkgerelateerdheid van hun type kanker kunnen laten beoordelen. Behandelende artsen zouden hun patiënten met kankertypen die relatief vaak werkgerelateerd zijn naar een dergelijk centrum kunnen verwijzen. Ten slotte is natuurlijk van belang om zowel bij behandelende artsen als bij bedrijfsartsen het bewustzijn en de kennis over werkgerelateerde oorzaken te vergroten om adequate herkenning en beoordeling te verbeteren. Binnen bedrijven moet duidelijk zijn waar en door wie wordt gewerkt met kankerverwekkende stoffen. De risico-inventarisatie en -evaluatie en het daarop gebaseerde plan van aanpak zijn daarbij belangrijke hulpmiddelen.

### Referenties

1. Lenderink AF. Epidemiologie van werkgerelateerde kanker. *Quintesse* 2014; 1: 12-9.
2. Purdue MP, Hutchings SJ, Rushton L, Debra T. Silverman. The proportion of cancer attributable to occupational exposures. *Ann Epidemiol* 2015; 25: 188-92.
3. Molen H van der, Kuijer PPFM, Groene G de, et al. Beroepsziekten in cijfers 2016. Amsterdam; 2016.
4. Steenland K, Burnett C, Calich 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: 461-82.
5. Rushton L, Hutchings S, Brown T. The burden of cancer at work: estimation as the first step to prevention. *Occup Environ Med* 2008; 65: 789-800.
6. European Commission, Commission E. Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis [Internet]. Luxembourg: European Communities. 2009.

### Richtlijn Kanker en Werk

#### Voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk

Steeds meer mensen die geconfronteerd zijn met kanker keren weer terug in werk. Soms in eigen werk, maar ook vaak in ander werk. De NVAB heeft in de richtlijn 'Kanker en Werk, het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk' alle kennis en good practices op dit gebied op een rij gezet. Op 22 februari jl. is de richtlijn geautoriseerd en de publicatie van de testversie volgde half maart.

Een richtlijn over kanker en werk was en is dringend nodig. Onvoldoende kennis bij medici – ook bij bedrijfsartsen – werkgevers/leidinggevenden en werknemers leidt regelmatig tot onjuiste keuzes bij of verkeerde beeldvorming over mogelijkheden voor werk, werkhervatting en duurzame inzetbaarheid. Daarom blijft de arbeidsparticipatie van mensen die voor kanker worden of zijn behandeld achter bij de mogelijkheden die zij hebben, en gaat er onnodig veel menselijk kapitaal verloren.

Behoud van en terugkeer naar werk voor mensen die behandeld zijn of worden voor kanker is zowel vanuit het perspectief van de werkende als vanuit maatschappelijk

oogpunt van groot belang. De richtlijn 'Kanker en Werk' is primair ontwikkeld voor bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen in de arborol) met als doel behoud van en terugkeer naar werk door mensen met kanker.

De toepassing van de richtlijn start na de diagnose kanker, en voordat de behandeling is gestart. De richtlijn geeft handvatten voor diagnostiek van en interventies voor de meest voorkomende klachten bij en na kanker: vermoeidheid, psychische problemen en cognitieve problemen. Daarnaast zijn ook aanbevelingen uitgewerkt voor de prognose voor werkhervatting en voor terugvalpreventie.

De richtlijn vervangt deel B (de leidraad) van de Blauwdruk Kanker en Werk, voor wat betreft de aanbevelingen voor de bedrijfsarts.

De NVAB gaat zich de komende tijd richten op de implementatie, onder andere door met de huidige versie van de richtlijn een praktijktest uit te voeren. In één van de volgende TBV's verschijnt een uitgebreid artikel over de richtlijn en is ook het commentaar van experts te lezen.

Namens de NVAB,  
*Marjolein Bastiaanssen, bedrijfsarts*





Kwaliteitsbureau

NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

(030) 2040620

[nvab@nvab-online.nl](mailto:nvab@nvab-online.nl)

[www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)

### BG-dagen 2017: NIEUW 'voor de file uit' ontbijt

Alle leden hebben begin maart een uitnodiging gekregen voor de inschrijving voor de Bedrijfsgeneeskundige Dagen op 8 en 9 juni in hotel en congrescentrum Papendal (Arnhem). Voor snelle beslissers is er een vroegboek-korting.

Nieuw is dit jaar de mogelijkheid om deel te nemen aan het 'voor de file uit' ontbijt. Zo kunt u uw collega's al voor de start van het programma ontmoeten en de drukte op de weg vermijden.

Voor het volledige programma en aanmelden kunt u terecht op onze website.

### Advies van de NVAB naar aanleiding van de uitzending van Zembla over Ciran

Woensdag 1 maart jl. was er een uitzending van televisieprogramma Zembla over Ciran. Daarin kwamen zowel inhoudelijke als financiële tekortkomingen aan bod. De NVAB onthoudt zich nu nog van een inhoudelijk oordeel en wacht het aangekondigde onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) af.

De NVAB adviseert bedrijfsartsen vooralsnog bij verwijzing naar een vestiging van Ciran de aanbevelingen uit de NVAB-leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts' te volgen.

### Hoe zijn die ook alweer?

Bedrijfsartsen zijn deskundig op het terrein van arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en zorg en hebben een eigen verantwoordelijkheid voor optimale patiëntenzorg. Om die verantwoordelijkheid waar te maken, moeten bedrijfsartsen hun patiënten/werknemers soms verwijzen naar andere deskundigen. Bij verwijzen hanteert de bedrijfsarts als professionele standaard de verwijsindicaties in professionele richtlijnen. Die indicaties bepalen of het medisch en sociaal-geneeskundig noodzakelijk is om te verwijzen.

### Toestemming van de werknemer

Zoals in de zorg gebruikelijk is, vindt verwijzing door de bedrijfsarts alleen plaats na overleg met en toestemming van de werknemer. De bedrijfsarts kijkt samen met de patiënt/werknemer naar de mogelijke behandelingen en interventies en ze besluiten vervolgens samen welke aanpak het beste is (patiëntgerichte zorg). De bedrijfsarts verwijst op medisch inhoudelijke en sociaal-geneeskundige gronden en alleen als de verwijzing een toegevoegde waarde heeft voor de kwaliteit van zorg. De verwijzing vindt plaats naar een hulpverlener die de kwaliteit van zorg kan bieden die past bij de vraagstelling van de bedrijfsarts.

Informatie uitwisselen met behandelaars kan de bedrijfsarts alleen met gerichte toestemming van de patiënt/werknemer. Hierbij volgt de bedrijfsarts de regels van de Autoriteit Persoonsgegevens en de KNMG. De bedrijfsarts regelt bij de verwijzing de toestemming van de patiënt/werknemer, zodat de behandelaar de bevindingen kan terugkoppelen naar de verwijzende bedrijfsarts.

### Beoordelen kwaliteit van zorg

In het kader van nazorg bij een verwijzing evalueert de bedrijfsarts samen met de patiënt/werknemer het verloop en resultaat van de behandeling en het handelen van de hulpverlener naar wie de bedrijfsarts heeft verwezen.

De Leidraad Verwijzen (2014) vindt u op onze website.

### De bedrijfsarts: verantwoordelijk voor en onafhankelijk bij sociaal-medische begeleiding

In de tv-uitzending van 6 maart jl. liet Radar zien hoe Acture te werk gaat en er werd een aantal misstanden gepresenteerd. De NVAB vindt dat de bedrijfsarts in dit kader moet handelen volgens de normen voor professionaliteit en onafhankelijkheid van de beroepsgroep. Een compromis is niet mogelijk.

### Verantwoordelijk

Als een opdrachtgever de bedrijfsarts niet in staat stelt zijn verantwoordelijkheden voor een zorgvuldige ziekteverzuimbegeleiding waar te maken, dan moet de bedrijfsarts zich beraden op zijn positie. Hij moet onderzoeken of hij mogelijkheden heeft om de juiste voorwaarden te realiseren volgens de normen van de beroepsgroep. Heeft hij die mogelijkheden, dan moet hij conform die voorwaarden werken. Heeft hij die mogelijkheden niet, dan moet hij overwegen of hij de samenwerking met deze opdrachtgever wil aangaan/voortzetten en of hij de (juridische en tuchtrechtelijke) gevolgen kan en wil dragen.

### Onafhankelijk

Een bedrijfsarts is integer en onafhankelijk en gaat zorgvuldig te werk bij het beoordelen van (zieke) werknemers en privacygevoelige medische informatie. De bedrijfsarts moet kwaliteit bieden en transparant en toetsbaar handelen volgens richtlijnen en ethische codes. In het kader van transparant en toetsbaar handelen juicht de NVAB toe dat in de nieuwe Arbowet, die op 1 juli aanstaande ingaat, de positie van de bedrijfsarts wordt versterkt en het recht op een second opinion is opgenomen.

Lees meer over de normen van de beroepsgroep in het NVAB-document Visie, Missie & Strategie op onze website.

## NVAB ondertekent Depressiedeal

Tijdens de Alles is gezondheid-conferentie op 15 februari jl. heeft bestuurslid Han Ceulen namens de NVAB samen met 18 andere partijen de Depressiedeal getekend. De 19 partijen committeren zich om het Meerjarenprogramma Depressiepreventie uit te voeren dat minimaal vijf jaar zal duren. De ambitie is om het aantal mensen met een depressie in de komende 10 jaar fors te laten afnemen. Het meerjarenprogramma heeft als doel om een sluitende keten tot stand te brengen voor de hoogrisicogroepen: jongeren, jonge vrouwen, werknemers in stressvolle arbeidsomstandigheden, chronisch zieken en mantelzorgers. Verder richt het meerjarenprogramma zich op huisartspatiënten omdat de setting van huisartsen en POH-GGZ zeer geschikt is voor de uitvoering van depressiepreventie. Huisartsen zien per jaar 535.000 patiënten met een depressieve stoornis en 220.000 met depressieve klachten

(Trimbos, 2014: Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen. Strategische verkenning).

U vindt meer informatie via de website van de NVAB.

## Middagsymposium Professionalisering Opleidingen Sociale geneeskunde

De afgelopen drie jaar werkten de drie sociaal-geneeskundige verenigingen KAMG, NVVG en NVAB aan verdere professionalisering van de opleiding tot sociaal geneeskundige. Dit gebeurde in het kader van het project Modernisering Medische Vervolgopleidingen en werd mede mogelijk gemaakt door het College Geneeskundig Specialismen.

De drie sociaal-geneeskundige verenigingen presenteren op woensdagmiddag 31 mei 2017 de resultaten van de afgelopen periode en de plannen voor de implementatie.

In 2014 en 2015 zijn KOERS (Kwaliteitsvisie Opleiding en Raamplan Sociale Geneeskunde) en het kwaliteitskader ontwikkeld. Vervolgens zijn de drie sociaal-geneeskundige verenigingen in 2016 aan de slag gegaan met een handreiking voor praktijkopleiders en de Landelijke Opleidingsplannen (LOP). Deze LOP's zijn eind 2016 aangeboden aan het CGS en begin 2017 vastgesteld.

In 2016-2017 zijn er pilots uitgevoerd met KOERS en het kwaliteitskader en is er een professionaliseringsplan voor praktijkopleiders ontwikkeld. Het komende jaar staat in het teken van de implementatie, zodat de opleidingen 'nieuwe stijl' in 2018 van start kunnen gaan.

Meer informatie over het programma op 31 mei en de locatie (Utrecht) volgt.

*Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB*

## Agenda

31 mei	Middagsymposium Professionalisering Opleidingen Sociale Geneeskunde, Utrecht
8 en 9 juni	BG-dagen 2017, Papendal, Arnhem
2 november	Najaarsledenvergadering, Domus Medica, Utrecht

# Alles is gezondheid...



Wij: ActiZ Jeugd, AJN, Arbo-verpleegkundigen, Depressie Vereniging, GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, Jeugdverpleegkundigen, Kenniscentrum Sport, KNGF, LV POH-GGZ, MIND, NCJ, NIP, NVAB, RIVM/CGL, Trimbos, V&VN, VWS en ZonMw zullen de impact van Alles is gezondheid... verbreden en verdiepen door conform deze depressiedeal de volgende activiteiten uit te voeren:

### Overwegende dat:

- ✓ In Nederland teveel mensen een depressie ontwikkelen, dat tot op heden onvoldoende is ingezet op het voorkomen van depressies en dat hier kansen liggen.
- ✓ Er meer aandacht nodig is voor een omgeving die bijdraagt aan positieve gezondheid en minder stress.
- ✓ Er meer aandacht nodig is voor het vroegtijdig signaleren van (risicofactoren die leiden tot) depressieve klachten.
- ✓ Het belangrijk is dat er aandacht is voor het voorkomen van depressie in de domeinen waar de hoogrisicogroepen zich bevinden (school, wijk, werk en zorg).
- ✓ Het van belang is dat hiertoe alle betrokken partijen met elkaar samenwerken om te komen tot een goede integrale ketenaanpak rondom depressie.

### Committeren wij - ondergetekenden - ons aan:

- ✓ Het gezamenlijk uitvoeren van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Daarbij vormt het meerjarenprogramma het kader dat wij in samenspraak met andere betrokken partijen nader uitwerken en vervolgens uitvoeren. Daartoe rekenen wij ook de huisartsen en financiers van (preventieve) jeugdzorg en zorg voor volwassenen, te weten gemeenten en zorgverzekeraars, van wie de medewerking essentieel is om de doelstellingen van dit programma te realiseren. Wij stellen ons ten doel het commitment van deze partijen te verkrijgen.

### Daarbij zoeken we de verbinding met de programma's:

- ✓ De samenwerkingsagenda ZN en VNG voor zorg en ondersteuning waar preventie en GGZ onderdeel van uitmaken.
- ✓ De werkgenda Onderwijs, preventie, jeugdhulp en participatie van ondermeer de sectorraden van het onderwijs, de VNG, het NJI (trekker), OCW en VWS, waar preventie en vroegsignalering een prioritair thema is.

Wij hebben de ambitie om het aantal mensen met een depressie in de komende 10 jaar fors te laten afnemen. Het meerjarenprogramma vormt het uitgangspunt voor onze werkwijze om te komen tot een sluitende keten voor de hoogrisicogroepen jongeren, jonge vrouwen, huisartspatiënten, werknemers in stressvolle beroepen, chronisch zieken en mantelzorgers.

Per hoogrisicogroep wordt vanuit een regiegroep ingezet op een sluitende keten van:

- A. bewustwording;
- B. vroegsignalering;
- C. toeleiden naar (preventieve) interventies;
- D. opleiding, richtlijnen en handleidingen;
- E. innovatie en doorbraakprojecten per doelgroep;
- F. ondersteuning zelfmanagement;
- G. onderzoek en monitoring.

Het accent zal komen te liggen op daadwerkelijke doorbraakprojecten/proces per hoogrisicogroep. Uiteraard wordt voortgeborduurd op producten die eerder ontwikkeld zijn, waaronder handleidingen en richtlijnen van beroepsgroepen en materialen en methoden die voortkwamen uit het Partnership Depressiepreventie.

Wij dragen bij aan het monitoren en evalueren van de voortgang van onze hierboven genoemde activiteiten en leggen hierover jaarlijks verantwoording af.

15 februari 2017



Secretariaatsbureau  
NVVG

Domus Medica  
Postbus 24095  
3502 MB Utrecht

(030) 6868764  
secretariaat@nvvg.nl  
www.nvvg.nl

### Regelgeving accreditatie overige deskundigheidsbevordering (ODB)

In het vorige nummer maakte ik melding van de nieuwe regeling ODB. Hierna volgt nog een korte toelichting over de procedurele gang van zaken zoals die gevolgd zal gaan worden bij de invoering van de nieuwe regeling.

NVVG, KAMG en RGS hebben afgelopen jaar samen- gewerkt aan de inpassing van de huidige ODB-tabel voor sociaal geneeskundigen in het nieuwe herregistratiebesluit specialisten. De omzetting en vertaling van de tabel in GAIA is nu gereed om gedurende een pilotperiode te testen. Het doel is om alle opgaven van geaccrediteerde deskundigheidsbevordering via GAIA te laten lopen. De pilot gaat in op 1 april 2017 en duurt zes maanden. Vanaf 1 april 2017 moet men de overige deskundigheids- bevorderende activiteiten zelf bijschrijven in GAIA. In september 2017 wordt de pilot geëvalueerd. Afhankelijk van de evaluatie van de pilot kan de nieuwe regelgeving desgewenst nog iets worden aangepast. Bij een positieve evaluatie wordt deze pilotregelgeving per 1 januari 2018 omgezet in regulier beleid. Met deze nieuwe regelgeving harmoniseren de NVVG en de KAMG met de overige geneeskundige specialismen: de huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en de medisch specialisten. De nieuwe accreditatie-regelgeving voor 'overige deskundigheidsbevordering' voor verzekeringsartsen kunt u – via een link – lezen op de site van de vereniging.

### Nieuwe accreditatieregeling 'lijstverbindingen' voor sociaal geneeskundigen

De NVAB, KAMG en NVVG hebben in overleg met de RGS besloten om 'lijstverbindingen' aan te gaan. Dit houdt in dat bij- en nascholing, gevolgd in een ander sociaal-geneeskundig specialisme, per definitie relevant worden geacht voor alle sociaal geneeskundigen en dus voor het eigen specialisme meetelt.

Accreditatie-uren toegekend door het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN) tellen ook mee als nascholing binnen het eigen vakgebied, omdat de algemene competenties (zoals communicatie, samenwerking en maatschappelijk handelen) tot het vakgebied van iedere geneeskundig specialist en profielarts behoren.

### Evaluatie Individueel Functioneren (EIF)

Een ander onderwerp dat van belang is voor herregistratie is de evaluatie van het individueel functioneren. Door een werk- en stuurgroep wordt er hard aan gewerkt om het handen en voeten te geven. Zo gauw dit meer concreet wordt, zal ik het in deze rubriek opnemen. Voor de volledigheid geef ik nogmaals aan dat totdat de nieuwe regeling er is, het als voorheen mogelijk is om uren intercollegiale toetsing (ICT) bij uw herregistratie op te voeren als deskundigheidsbevorderende activiteit. Het is overigens, ook in afwachting van EIF, nog niet mogelijk om ICT-groepen te laten registreren. Als het zover is zal dit op de gebruikelijke wijze worden bekendgemaakt (site, nieuwsbrief, TBV).

### Landelijk Opleidingsplan (LOP)

In eerdere nummers heb ik u op de hoogte gebracht van de ontwikkelingen met betrekking tot het LOP. Ik kan u thans mededelen dat het is goedgekeurd door het College Geneeskundige Specialismen (CGS).

### Bestuur KNMG

Bij de KNMG zal binnenkort een dagelijks bestuur 'nieuwe stijl' gevormd worden. In het nieuwe dagelijks bestuur zal van elk cluster een vertegenwoordiger opgenomen worden. Cluster 1 wordt gevormd door de huis- artsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten, cluster 2 door de medisch specialisten en cluster 3 door de sociaal geneeskundigen. Voor cluster 3 gaat het dan om de bedrijfsartsen verenigd in de NVAB, de verzekeringsartsen verenigd in de NVVG en de overige sociaal geneeskundigen die verenigd zijn in de KAMG. In het dagelijks bestuur zal de sociaal- geneeskundige stem dus even zwaar gaan wegen als die van de huisartsen of medisch specialisten. Als u dit leest, zal naar verwachting al officieel bekend gemaakt zijn wie de vertegenwoordiger van cluster 3 zal zijn. Het huidige federatiebestuur gaat de nieuwe Algemene Vergadering (AV) vormen. Daarnaast wordt een ledenraad ingesteld met vertegenwoordiging vanuit de achterban van alle drie clusters.

*Hans de Brouwer, secretaris NVVG*

### Agenda

10 oktober Najaarsledenvergadering

8-10 november Verzekeringsgeneeskundige dagen

### Inzenden kopij

Lever uw kopij aan via [www.editorialmanager.com/tbv/](http://www.editorialmanager.com/tbv/). 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. Zie voor dit laatste ook onder 'Algemeen'. Vermeld duidelijk uw naam, titelatuur en correspondentieadres, alsmede de titel, tabellen, figuren en literatuurlijst. Lever bij een artikel voor de rubriek Onderzoek, Opinie of Voor de Praktijk twee tot maximaal vijf aandachtspunten aan en minimaal drie trefwoorden.

### Rubriek Onderzoek

Beperk het aantal woorden tot maximaal 3000, inclusief literatuurverwijzingen en noten, exclusief figuren, tabellen en grafieken. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 20. De samenvatting omvat maximaal 150 woorden. Dit geldt ook voor de Engelstalige *summary*.

### Rubrieken Opinie en Voor de Praktijk

Beperk het aantal woorden tot maximaal 2000, inclusief literatuurverwijzingen en noten. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 10. Een eventuele samenvatting omvat maximaal 100 woorden. In de rubriek 'Voor de Praktijk' (ook maximaal 2000 woorden) worden onderwerpen opgenomen die van belang zijn voor het dagelijks handelen in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsarts, voor zover deze handelwijzen nog niet als algemene uitvoeringspraktijk zijn geaccepteerd. Als basiseis geldt dat de voorgestane praktijkvoering deugdelijk is beargumenteerd.

### Overige rubrieken

De maximum-omvang van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Zeepkist 1200 woorden; Onderzoek in het kort 600 woorden; Signaal 700 woorden (of 500 woorden plus één tabel of figuur); Referaat 600 woorden; Column 600 woorden; Arts en Wet 1500 woorden; Casus/klinische arbeidsgeneeskunde 2000 woorden; Interview 3000 woorden; Voor U Gelezen 300 woorden; Boekbespreking 350 woorden; Proefschriftbespreking 700 woorden; Congresverslag 600 woorden; Richtlijnen 1200 woorden; Commentaar 1200 woorden; Historie 2000 woorden; Praktijkperikel 300 woorden; Lezersforum 350 woorden.

### Tabellen, grafieken, figuren en foto's

Maak in uw kopij zoveel mogelijk gebruik van deze visuele ondersteuning. Tabellen, grafieken en figuren moeten los van de tekst leesbaar en begrijpelijk zijn. Geef in uw tekst duidelijk aan waar tabellen, grafieken, figuren en foto's moeten worden geplaatst. Zet de tabellen en grafieken op een apart blad. Geef elke tabel en grafiek een eigen titel (zo kort mogelijk). Houd bij een getekende grafiek rekening met een aanzienlijke verkleining in het tijdschrift. Geef foto's een zo kort mogelijk onderschrift. Lever figuren en foto's aan in minimaal 300 dpi.

### Literatuurlijst

Hanteer voor de literatuurverwijzingen de Vancouverstijl. Elke verwijzing krijgt een apart nummer en een nieuwe regel. De opbouw van de literatuurverwijzing is als volgt. Nummer. Namen en voorletters van alle auteurs (bij meer dan vier auteurs alleen de eerste drie, daarna 'et

al.'). Volledige titel. Naam van het tijdschrift in de standaardafkorting. Jaartal; deel(volume)nummer: 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 zijn kopij afgewezen, dan valt dit recht weer aan hem terug. De auteur staat ervoor in dat de ingezonden kopij niet elders is aangeboden, geaccepteerd of gepubliceerd, en dat deze tot het moment van publicatie of afwijzing niet elders wordt aangeboden. Tevens garandeert hij dat van gepubliceerd materiaal (tekst, grafieken, foto's) in de kopij, de betreffende personen/auteurs hem daartoe toestemming hebben verleend. De auteur verklaart zich bij inzending akkoord met redactionele beoordeling en bewerking door het tijdschrift. De redactie heeft het recht kopij redactioneel te bewerken of te laten bewerken. De auteur dient te vermelden of er belangenconflicten zijn (financiële of andere); dit dient bij voorkeur al bij de aanbidding van het artikel te worden vermeld. De auteur dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd. Bij gesubsidieerd onderzoek dient de auteur een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de auteurs bij het onderzoek, de analyse en het schrijven van het artikel. De criteria die de TBV-redactie hanteert om de ingezonden kopij voor de diverse rubrieken te beoordelen zijn uitvoerig beschreven in het Handboek TBV, laatste editie november 2013. Hier vindt u ook een hoofdstuk over taalgebruik, stijl en spelling. Auteurs kunnen het Handboek TBV *online* raadplegen via [www.tbv-online.nl](http://www.tbv-online.nl).



## Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt uitgegeven onder auspiciën van de Stichting tot Bevordering der Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, met medewerking van de NVVG en de NVAB.

### Redactie

W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (hoofdredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofdredacteur) / K. (Karin) van Wordragen (BSL) (eindredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H. (Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (Maetis-Ardyn, Arnhem) / F.H.G. (Frans) Marcelissen (Digipsy Leende) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen) / S.P.A. (Saskia) Wolfensberger (UWV Amsterdam)

### Vaste medewerkers

R.J. (Rolf) Blijleven / I.F.D. (Ingeborg) van den Bold / L.R. (Bert) Cornelius (KCVG/UMCG Groningen) / C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) / S. (Simon) Knepper, Laren / R.G.P.M. (Rulanda) van Kruysbergen (Arbo Unie Almelo) / C. (Charles) Lemmers (UWV) / H.S. (Harald) Miedema (NVKA: Hogeschool Rotterdam) / K. (Karolien) van Nunen (Universiteit Antwerpen) / G.G. (Bertus) Robeer (NVKA) / P.B.A. (Paul) Smits (AMC Amsterdam) / A.I.F. (Alfons) Vernooij / R.G.J. (Richard) van der Voort (UWV Rotterdam) / A.N.H. (André) Weel (Yellow Factory, Leusden) / P. (Pascal) Willems (Willems & Van Ommeren advocaten) / J.A.G. (Sjef) Wijnen (UWV Eindhoven) / F. (Feico) Zwerver (UWV)

### Adviesraad

A.J. (Allard) van der Beek (EMGO Instituut, VUmc Amsterdam) / J.R.M. (Jurriaan) Blekemolen (NVAB, Utrecht) / L. (Lutgart) Braeckman (VWVA, Gent) / S. (Sandra) Brouwer (UMCG Groningen) / M. (Marc) Du Bois (WV Leuven) / D. (Deha) Erdogan (NVVG, Utrecht) / M. (Murat) Gök (NVVG Utrecht) / (Gert) van der Laan (NCvB Amsterdam) / T. (Taeke) Pal (NVKA, Lelystad) / H.N. (Nico) Plomp (VUmc, Amsterdam) / J.G.M. (Jan) Schreurs (Stuurgroep Participatie en Gezondheid ZonMw Den Haag) / B. (Bernard) Starink (Oud-voorzitter NVVG en SBBV Buren) / C. (Cees) van Vliet (NVAB, Utrecht) / C.V. (Tinka) van Vuuren (Loyalys Kennis en Consult, Open Universiteit Nederland) / P.B. (Peter) Wulp (Arbeidsinspectie, Utrecht)

### Dagelijks bestuur SBBV

P.E. (Pieter) Rodenburg, voorzitter (Arbo Unie Maas-tricht) / G.L. (Gerard) Hissink Muller, secretaris (ArboNed Amsterdam) / R.H.C.J. (Ronald) Mentink, penningmeester (Zicht op BETER Geldrop)

### Redactiesecretariaat

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten, t.a.v. Jose Huijden, tel: 030 – 638 3924, TBVredactie@bsl.nl

### Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Lydia Nieuwendijk, tel: 030 – 638 3782; [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

### Basisontwerp/vormgeving

Frederik Helfrich, Deventer

### Advertenties

Advertentieverkoop: [advertieren@bsl.nl](mailto:advertieren@bsl.nl), tel: 030 – 638 3603  
Aanleveren van advertentiemateriaal aan via [traffic@bsl.nl](mailto:traffic@bsl.nl), Nico Verbon, tel: 030 – 638 3943

### Abonnementen

TBV verschijnt 10 keer per jaar. Abonnementprijs: (print + online toegang) € 144,00. Online-only abonnement (enkel online toegang) € 86,40. Studenten ontvangen 50% korting. Voor leden van de NVVG en NVAB geldt een ledenprijs; leden hebben gratis toegang tot TBV Online

Plus en daarmee online toegang tot de tijdschriften Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Bijblijven en Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) en ook tot geaccréditeerde e-learning modules.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030 – 638 3736. Bij wijziging van de te naamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op [www.bsl.nl/contact](http://www.bsl.nl/contact). Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze vereniging.

### Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op [www.springermedia.nl](http://www.springermedia.nl). De voorwaarden worden op verzoek toegezonden. Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op [www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies](http://www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies) of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

© 2017, Bohn Stafleu van Loghum



Bohn Stafleu van Loghum



ISSN 0929-600X



1e druk



ISBN: 9789036810401

Jan Auke Walburg

€ 30,95

# POSITIEVE GEZONDHEID

## Naar een bloeiende samenleving

Onze kijk op gezondheid bepaalt hoe we de gezondheidszorg inrichten. Gezondheid, in de ogen van Walburg, is een dynamisch vermogen dat nodig is voor bloei en ontwikkeling en om verstoringen zoals ziekte te voorkomen. Dat vermogen kunnen we inzetten om te floreren, maar we kunnen het ook uitputten. Het behoud van gezondheid vergt net zo'n duurzame instelling als het behoud van de aarde. Iedereen is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. En die is te belangrijk om over te laten aan de gezondheidszorg die volledig is ingericht op herstel bij ziekte.

Het boek Positieve gezondheid geeft aan hoe er in de gehele levensloop kansen zijn om gezondheid te bevorderen, hoe ongelijkheid op het gebied van gezondheid voorkomen kan worden en wat dat betekent voor het beleid op scholen, bedrijven en gemeentes. Positieve gezondheid is daarmee een boek voor iedereen die betrokken is bij de eigen gezondheid en bij de condities waaronder mensen gezond blijven en tot bloei komen.



# ZORGVISIE ACADEMY PROGRAMMA-AANBOD

**ZORGVISIE** academy  
IN SAMENWERKING MET **NYENRODE**  
BUSINESS UNIVERSITEIT  
*A reward for life*

**Z**orgvisie Academy is er in samenwerking met Nyenrode Business Universiteit om uw zorgmanagementdoelstellingen te realiseren. Met diverse masterclasses, colleges en een certificate program helpen topsprekers u om uw organisatie verder te ontwikkelen, te innoveren en te laten groeien.

## WAAROM DEELNEMEN?

- ✓ Zorginhoudelijke programma's
- ✓ Direct contact met topsprekers
- ✓ Koppeling theorie en praktijk
- ✓ Netwerkmogelijkheden
- ✓ Deelname certificaat
- ✓ Vertaling naar eigen zorgorganisatie

## MASTERCLASS PATIËNTGERICHTE ZORG 8 en 9 mei 2017

**NIEUW**

Hoe kunt u nóg servicegerichter en klantvriendelijker worden? Leer 'de patiënt centraal stellen' daadwerkelijk in praktijk te brengen.

## MASTERCLASS FINANCIËEL MANAGEMENT IN DE ZORG 9, 10 en 24 mei 2017

U leert de jaarrekening tot in detail te doorgronden. Aan het einde van deze driedaagse masterclass bent u in staat om investerings- en financieringsvoorstellen beter te beoordelen.

## MASTERCLASS STRATEGIE IN DE ZORG 30 en 31 mei 2017

**NIEUW**

Hoe maakt u uw zorgorganisatie strategisch sterker? Wees voorbereid op de toekomst; leer inspelen op digitale ontwikkelingen en bepaal uw koers.

## CERTIFICATE PROGRAM HEALTHCARE MANAGEMENT

18, 19 en 20 september, 10 en 11 oktober,  
6, 7 en 8 november en 4 december 2017

Door beter inzicht te krijgen in zakelijke disciplines als ondernemerschap, financiën, marketing, leiderschap en strategie kunt u uw invloed binnen uw organisatie vergroten.