



## **BLAUWDruk KANKER EN WERK**

*met*

- **STAPPENPLAN VOOR ONTWIKKELAARS VAN ONCOLOGISCHE RICHTLIJNEN**

*en*

- **LEIDRAAD VOOR (PARA)MEDISCHE PROFESSIONALS, BETROKKEN BIJ DE BEHANDELING EN BEGELEIDING VAN KANKERPATIENTEN**

***Uitgave***  
NVAB

*Kwaliteitsbureau NVAB*  
*Postbus 2113*  
*3500 GC Utrecht*  
*T 030 2845750*  
*E [kwalitytsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwalitytsbureau@nvab-online.nl)*  
*W [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)*

***Kerngroep***

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

***Projectgroep***

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

***Coördinatie en eindredactie***

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

<b>INLEIDING</b> .....	4
Begripsbepaling	
Doel en opbouw	
Herziening	
Benodigde kennis en vaardigheden	
Status van deze versie	
Uitgangspunten	
Leeswijzer	
<b>A STAPPENPLAN VOOR ONTWIKKELAARS VAN ONCOLOGISCHE RICHTLIJNEN ...</b>	<b>7</b>
1. Voorbereiding	
2. Ontwikkeling	
3. Consultatie	
4. Autorisatie	
5. Publicatie en disseminatie	
6. Implementatie	
7. Evaluatie en revisie	
<b>B LEIDRAAD VOOR (PARA)MEDISCHE PROFESSIONALS, BETROKKEN BIJ DE BEHANDELING EN BEGELEIDING VAN KANKERPATIENTEN</b> .....	<b>16</b>
Inleiding	
Rollen en benodigde kennis en vaardigheden	
Fase 1. Diagnose	
Fase 2. Behandeling en herstel	
Fase 3. Follow up	
Fase 4. Evaluatie	
Sociale wetgeving	
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>22</b>
1. Aandachtspunten voor het verkennen van werkgerelateerde problemen van chronisch zieken	
2. Fysieke beperkingen	
3. Beperkingen en mogelijke interventies om werkhervatting te bevorderen	
4. Structurele aandacht voor psychosociale problemen van kankerpatiënten	
5. Angst en Depressie	

## INLEIDING

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

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

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

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

Steeds meer kankerpatiënten (willen) blijven werken gedurende het hele behandelproces of, eerder dan in het verleden, de stap maken naar werk. Om dit mogelijk te maken is nauwe samenwerking nodig tussen de huisarts, de specialist en de bedrijfsarts enerzijds, en de werknemer en de werkgever anderzijds.

In de meeste gevallen pakken kankerpatiënten het werk pas op wanneer de behandeling achter de rug is, en dat kan ruim 1 à 2 jaar duren. Een probleem in de begeleiding naar werk is dan ook dat de huidige wet- en regelgeving vaak dwingt tot beslissingen op tijdstippen dat er nog geen stabiele eind-situatie is bereikt. En dat is het geval bij een substantieel aantal van de kankerpatiënten met een lang en gecompliceerd behandeltraject.

### *Terugkeer naar werk: een zaak van werknemer en werkgever*

In de huidige wetgeving zijn de werknemer en de werkgever verantwoordelijk voor de werkhervatting rond en na ziekte.

Onder de term 'werknemer' worden naast werknemers met een werkgever ook de ruim één miljoen zelfstandigen in Nederland bedoeld. Onder de term 'werkgever' worden verstaan direct leidinggevende, namelijk ook de directie, personeelszaken en eventueel de OR of de vakbond.

---

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

## Begripsbepaling

Kanker is een verzameling van ziekten die een gemeenschappelijke noemer hebben, namelijk dat ze - bij een gunstig verloop – in veel gevallen chronisch worden. Werknemers met een chronische ziekte en werknemers met kanker hebben, wat werkproblemen en oplossingen betreft, veel met elkaar gemeen.

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

## Opbouw en doelstelling

De Blauwdruk Kanker en Werk bestaat uit twee delen: deel A is bestemd voor richtlijnontwikkelaars en deel B voor medici, paramedici en arboprofessionals in de praktijk. De aanbevelingen voor deze groepen professionals zijn grotendeels gebaseerd op de voorspellende factoren voor werkhervatting bij kankerpatiënten<sup>2</sup>. Door het anticiperen op een aantal van deze voorspellende factoren en het onderkennen van de kwetsbaarheid van deze patiëntenpopulatie kunnen interventies ingezet worden die de terugkeer naar werk voor kankerpatiënten kunnen vergemakkelijken.

Deel A omvat een stappenplan voor ontwikkelaars van oncologische richtlijnen en heeft als doel handvatten te bieden voor het systematisch betrekken van het thema arbeidsparticipatie bij nieuwe of te herziene oncologische multidisciplinaire richtlijnen. Onder arbeidsparticipatie wordt niet alleen verstaan het (weer) deelnemen aan werk, maar ook het goed functioneren op en in het werk.

In deel B is een leidraad opgenomen voor professionals in de praktijk (medici, paramedici en arbo-professionals). Dit deel is opgebouwd aan de hand van de fasen die de patiënt met kanker doormaakt: diagnostiek, behandeling, herstel en follow up. Voor elke fase wordt beschreven welke implicaties er zijn met betrekking tot het thema 'werk en werkhervatting' en welke acties voor de verschillende professionals in die fase worden aanbevolen op basis van evidence en consensus in de projectgroep.

Aan beide groepen gebruikers van deze blauwdruk worden aanbevelingen gedaan over belangrijke aspecten van kanker en werk die bij vrijwel alle soorten van kanker een rol spelen. Het gaat daarbij vooral om fysieke klachten en beperkingen, vermoeidheid, angst, depressie, cognitieve problemen en genderspecifieke aspecten van kanker. Er is aandacht voor psychosociale begeleiding en er worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot revalidatie bij kanker in relatie tot werk. Daarnaast wordt aandacht besteed aan voorspellende factoren bij jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd voor het betreden van de arbeidsmarkt.

Het Achtergronddocument biedt de wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording voor de aanbevelingen die in deze blauwdruk worden gedaan. Het achtergronddocument is te vinden op [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl) en op [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl).

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

Dit project werd financieel (mede) mogelijk gemaakt door Stichting Instituut Gak.

---

<sup>2</sup> De wetenschappelijke onderbouwing daarvan is opgenomen in het separate achtergronddocument, te vinden op [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl) en [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl).

## Herziening van de blauwdruk

Gezien de nu bestaande kennis en ontwikkeling op dit gebied is te verwachten dat de aanbevelingen in de Blauwdruk Kanker en Werk drie tot vijf jaar bruikbaar blijven.

## Uitgangspunten

Het stappenplan in deel A is bestemd voor de richtlijnontwikkelaars en kent de volgende uitgangspunten:

1. Er wordt in principe vanuit gegaan dat de arbeidsparticipatie relevant is voor alle kankerpatiënten en alle kankersoorten.
2. Bij de ontwikkeling van richtlijnen wordt bij voorkeur de expertise van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen betrokken en wordt gebruik gemaakt van de participatie van kankerpatiënten en werkgevers.
3. Aspecten van participatie van kankerpatiënten worden integraal door de werkgroep van richtlijnontwikkelaars uitgewerkt.

Deel B van deze blauwdruk is bestemd voor de professionals in de praktijk en gaat uit van de arbo-curatieve samenwerking tussen de bedrijfsarts en alle bij de behandeling en begeleiding van de werknemer met kanker betrokken medici en paramedici. Centraal staat daar vooral dat alle professionals naar hetzelfde doel toewerken, dat wil zeggen een volledige maatschappelijke participatie met behoud van werk. Dit vereist het vergroten van wederzijds vertrouwen en adequate communicatie tussen deze professionals onderling en naar de kankerpatiënt en diens werkgever.

## Benodigde kennis en vaardigheden

De Blauwdruk Kanker en Werk is bedoeld voor zowel richtlijnontwikkelaars, als voor medici (zoals huisartsen en medisch specialisten), paramedici (maatschappelijk werk, eerstelijns psychologen, etc.), oncologieverpleegkundigen en diverse arboprofessionals (waaronder bedrijfs- en verzekeringsartsen arboverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werk, arbeidsdeskundigen, etc.). Van elk van deze groepen wordt specifieke kennis verwacht en er worden specifieke bevoegdheden aan hen toegekend. Deze blauwdruk kan daarvoor als onderlegger gebruikt worden.

Van de *richtlijnontwikkelaars* betrokken bij het opstellen van oncologische richtlijnen wordt verwacht dat zij deel A van de Blauwdruk Kanker en Werk kennen, en toepassen bij de te ontwikkelen/te reviseren oncologische richtlijn. Dat betekent concreet dat zij *participatie in arbeid* systematisch betrekken bij de ontwikkeling van oncologische richtlijnen.

Alle *professionals in de praktijk*, medici en paramedici betrokken bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten, dienen kennis te hebben van de Leidraad in deel B van deze Blauwdruk. Daarmee kunnen zij bij alle kankerpatiënten 'werk en werkhervatting' bespreekbaar maken en in een vroeg stadium adviseren om contact op te nemen met de bedrijfsarts. In de inleiding van de Leidraad in deel B wordt verder ingegaan op de rollen en benodigde kennis en vaardigheden.

## Leeswijzer

De structuur van het stappenplan in deel A van deze blauwdruk is gebaseerd op de *Blauwdruk Participeren in Richtlijnen* (VGI, NVAB en CBO, 2008) en volgt de stapsgewijze systematiek van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO). In zeven stappen wordt de werkwijze beschreven voor het omgaan met de Blauwdruk Kanker en Werk tijdens het proces van oncologische richtlijnontwikkeling, inzichtelijk gemaakt met korte voorbeelden. Voor iedere stap in het proces van oncologische richtlijnontwikkeling worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot participeren in arbeid. In de bijlagen zijn praktische hulpmiddelen opgenomen.

Deel B omvat een leidraad voor medici, paramedici en arboprofessionals in de praktijk met daarin aanbevelingen per fase waarin de kankerpatiënt zich bevindt.

## **A STAPPENPLAN VOOR ONTWIKKELAARS VAN ONCOLOGISCHE RICHTLIJNEN**

### **STAP 1 VOORBEREIDING**

*Kanker is een chronische aandoening die vaak gepaard gaat met problemen met terugkeer naar werk. Het verlies van werk leidt in het merendeel bij kankerpatiënten tot verlies van economische zelfstandigheid en heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven. Arbeidsparticipatie van kankerpatiënten is van groot individueel en maatschappelijk belang en zal daarom een vast onderdeel dienen te zijn van alle oncologische richtlijnen.*

#### **a. vaststellen onderwerp, doel en doelgroep**

##### **werkwijze**

- De initiatiefnemer van de oncologische richtlijn oriënteert zich aangaande de incidentie en prevalentie van het in de richtlijn te bespreken type kanker of de omvang van kankergerelateerde onderwerpen, definieert de doelgroep van de richtlijn en het doel daarvan. Dit geldt zowel voor kanker op volwassen leeftijd als op jonge leeftijd. De uitkomsten van dit proces dienen schriftelijk vastgelegd te worden.
- De beoordeling van de omvang van de problemen met betrekking tot de participatie in werk kunnen beantwoord worden aan de hand van de volgende vragen:
  - Wat is de incidentie/prevalentie van deze specifieke kankersoort onder de beroepsbevolking?
  - Wat is de prognose en levensverwachting?
  - Wat zijn de gevolgen daarvan voor de werkhervatting? Gaat het om een kankersoort met een gunstige of ongunstige prognose ten aanzien van de werkhervatting?

Aan de hand van deze vragen kan door de initiatiefnemers en/of de voorzitter een beslissing genomen worden met betrekking tot de inzet van een bedrijfsarts en verzekeringsarts in de oncologische richtlijn. Bij de veelvoorkomende soorten van kanker onder de beroepsbevolking dient het participeren in arbeid meer aandacht en plaats te krijgen dan bij zeldzame soorten kanker met een slechte ziekteprognose en overleving, tenzij het hier om werkgerelateerde kankersoorten gaat.

##### **indicator**

Het verdient aanbeveling om de overwegingen voor het 'wel of niet en het hoe betrekken van het aspect participeren in arbeid' vast te leggen als beslismoment.

#### **b. Keuze van de afvaardiging voor het invullen en uitwerken van het participeren in arbeid en het patiënten- en werkgeversperspectief**

*Er is specifieke bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige expertise nodig voor invulling van de aspecten functioneren en participeren in arbeid van kankerpatiënten. Het is aan te raden om bij het samenstellen van een project-/werkgroep een bedrijfsarts en een verzekeringsarts te betrekken.*

##### **werkwijze**

- De voorzitter benadert de NVAB en NVVG. De NVAB en NVVG zullen een deskundige bedrijfsarts, respectievelijk verzekeringsarts afvaardigen.
- De initiatiefnemers en/of de voorzitter draagt er zorg voor dat de gevraagde expertise van de bedrijfsarts en verzekeringsarts tot zijn recht kan komen in tijd, geld en positie in de werkgroep.
- De initiatiefnemers en/of de voorzitter draagt ook zorg voor het betrekken van het patiëntenperspectief en vertegenwoordiging vanuit de werkgeverskant bij de oncologische richtlijn. De ervaring leert dat diverse aspecten van participeren in werk en de beoordeling van arbeidsgeschiktheid specifieke vragen en discussiepunten kunnen oproepen bij patiënten. Er wordt geadviseerd om de inbreng van representatieve patiëntengroepen te regelen, bijvoorbeeld de NFK.

### **indicator**

De afspraken m.b.t. afvaardiging van de NVAB, de NVVG, de patiëntenorganisaties en de werkgeversorganisaties zijn vastgelegd.

### **c. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts binnen de werkgroep**

*De bedrijfsarts en de verzekeringsarts worden afgevaardigd door hun beroepsverenigingen, respectievelijk de NVAB en NVVG.*

#### **werkwijze**

- De afgevaardigde bedrijfsarts en de verzekeringsarts vertegenwoordigen de officiële standpunten van hun beroepsverenigingen, deelname is niet vrijblijvend.
- De inhoud van de in de richtlijn opgenomen conclusies met betrekking tot het participeren in arbeid dienen bij voorkeur evidence-based te zijn. Over de inhoud daarvan vindt minimaal op vier momenten overleg met de beroepsvereniging plaats:
  1. om de knelpunten te inventariseren
  2. om de uitgangsvragen uit te werken
  3. de commentaarronde
  4. de autorisatiefase.
- De bedrijfsarts en verzekeringsarts betrekken de volgende aspecten bij hun inbreng in de werk/-projectgroep:
  1. Bedrijfsgeneeskundig
    - a. algemeen:
      - Wat zijn de gevolgen van deze kankersoort voor participatie in arbeid?
      - Wat zijn positieve en negatieve voorspellers van terugkeer naar werk in het algemeen bij kanker en specifiek bij deze kankersoort? Welke andere bevorderende belemmerende factoren voor werkhervatting zijn aan te wijzen (denk hierbij aan de belemmerende cognities van de kankerpatiënt of zijn werkomgeving)?
      - Ligt de oorzaak van de aandoening (mede) in het werk?
    - b. werknemer- en functie-/werkspecifiek:
      - Wat zijn in het werk gelegen oorzakelijke, predisponerende en onderhoudende factoren voor dit specifieke type kanker?
      - Hoe is de communicatie tussen de werknemer met kanker en zijn werkomgeving?
      - Heeft de werknemer zijn ziekte verwerkt?
      - Is die in staat om te onderhandelen en te communiceren?
      - Is er een gesprek met de leiding geweest?
      - Is er bereidheid vanuit de kant van de leidinggevende om goed te luisteren en hier iets mee te doen?
      - Staan collega's positief tegenover een zieke collega met kanker? Is er draagvlak aanwezig voor zijn werkhervatting?
      - Zijn werkgerelateerde interventies wenselijk, mogelijk en effectief?
      - Heeft men gedacht aan de inwerkperiode van de werknemer met kanker die opnieuw moet beginnen na lang verzuim?
      - Wanneer moet aan werkgerelateerde interventies worden gedacht?
      - Denk aan de mogelijkheden om het niveau van algemeen functioneren en daardoor ook het vergroten van participeren in arbeid te verbeteren zoals het inzetten van psychosociale begeleiding of revalidatie bij kanker.
  2. Verzekeringsgeneeskundig, beoordeling participeren in arbeid:
    - Welke aspecten zijn essentieel om het participeren bij deze ziekte te beoordelen?
    - Is alles gedaan wat mogelijk is om de mogelijkheden tot participeren op tenminste het oorspronkelijke niveau te behouden/herstellen?
    - Wat kan betrokkene nog wel en wat gaat niet meer?
    - Hoe is het te verwachten beloop: is er vooruitgang in functioneren/participeren te verwachten of is er sprake van een definitieve situatie?
    - Welke aspecten zijn cruciaal om arbeidsongeschiktheid te voorkomen bij betreffend type kanker?



- Wat is de prognose van dit type kanker in relatie tot (herstel van) participeren en hoe wordt die door de behandeling beïnvloed? Wat is het effect van de behandeling op de prognose van herstel van participeren in arbeid?
- Welke aspecten zijn cruciaal om bij het chronisch worden het participeren bij dit type kanker te optimaliseren?

#### **indicator**

De bedrijfsarts en de verzekeringsarts hebben overlegd met Kwaliteitsbureau NVAB respectievelijk VGI en hun inbreng afgestemd met de ondersteunende stafleden van die organisaties.

#### **d. Analyse knelpunten, opstellen uitgangsvragen, afbakening onderwerp**

*In vervolg op de knelpuntenanalyse worden de uitgangsvragen geformuleerd met betrekking tot participatie van kankerpatiënten in arbeid.*

#### **werkwijze**

- De initiatiefnemer en/of voorzitter zorgt voor voldoende doorlooptijd voor de uitwerking daarvan. Daarbij is van belang dat de bedrijfsarts en verzekeringsarts de concept knelpuntenanalyse en daarna ook de opgestelde uitgangsvragen binnen de eigen beroepsvereniging kunnen bespreken.
- De knelpuntenanalyse en de uitgangsvragen over werk worden vastgesteld door de volledige werkgroep.
- De projectgroep bekijkt in hoeverre positieve en negatieve voorspellers naar werk van belang zijn voor participatie van kankerpatiënten in arbeid.

#### Positieve voorspellende factoren

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

#### Negatieve voorspellende factoren

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

- Voor de in de ziekte gelegen negatieve voorspellers naar werk, zoals lichamelijke klachten en symptomen, slechte algemene gezondheid, co-morbiditeit, vermoeidheid, pijn, depressie en/of angst en cognitieve beperkingen, geldt dat zij altijd bij de knelpuntenanalyse en het formuleren van de uitgangsvragen betrokken dienen te worden. Dit geldt ook voor genderspecifieke aspecten van kanker, zoals o.a. vroegtijdige overgangsklachten en een verhoogde kans op osteoporose.
- Er is aandacht nodig voor de effectieve interventies ter verbetering van fysiek en psychosociaal functioneren van kankerpatiënten, fysieke training en psychologische interventies en revalidatie bij kanker.

#### Kankerrevalidatie

Revalidatie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. De fysieke component van het revalidatieprogramma levert hieraan de grootste bijdrage. Bij ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker zijn psychologische interventies effectief. In revalidatieprogramma's in Nederland worden fysieke interventies geïmplementeerd, al dan niet gecombineerd met psycho-educatie. Kankerrevalidatie kan, door een positief effect te hebben op diverse aspecten van de kwaliteit van leven, ook een positief effect hebben op het psychosociaal functioneren van kankerpatiënten en de werkhervatting.

Het revalidatieprogramma Herstel & Balans<sup>®</sup> bestaat uit fysieke training met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw, en psycho-educatie gericht op het verwerken van de ziekte, het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van de autonomie. Verwijzing is aangewezen bij een discrepantie tussen het huidige en het optimale niveau van functioneren met lichamelijke en/of psychosociale beperkingen. Informatie over Herstel & Balans en over kwalitatief goede alternatieven is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigen, NFK. ([www.kankerpatiënt.nl](http://www.kankerpatiënt.nl)).

- Daarnaast is er aandacht nodig voor de psychosociale problematiek.

#### Psychosociale ondersteuning

Systematische screening ten behoeve van psychosociale ondersteuning heeft de voorkeur boven alleen verwijzingen wanneer de arts of verpleegkundige problemen signaleren. De psychosociale screening wordt in de meeste gevallen gedaan door de artsen of door de oncologieverpleegkundige die de kankerpatiënten klinisch en poliklinisch ziet. De screening wordt uitgevoerd conform de aanbevelingen in de landelijke Richtlijn Vroegsignalering die in 2009 verschijnt. Bij de meeste patiënten volstaat de ondersteuning door bijvoorbeeld de oncologieverpleegkundige. Doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners is nodig bij een kleine groep kankerpatiënten (geschat op 10%).

Tijdens de diagnostische fase, behandeling en eerste intensieve nacontroles in het ziekenhuis zijn de psychosociale disciplines (psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en ziekenhuispsychiaters) van het ziekenhuis het meest toegerust om psychosociale problemen van kankerpatiënten te helpen verminderen.

Tijdens de fase van de nacontrole is hulp buiten het ziekenhuis veelal meer aangewezen: huisarts, eerstelijns psychologen of meer gespecialiseerde psycho-oncologische centra, zoals de Instellingen Psycho Sociale Oncologie =IPSO-instellingen door hele land (zes behandelcentra; 20 inloophuizen ([www.ipso.nl](http://www.ipso.nl)); zowel voor groepen, individuele patiënt en/of naaste). Lotgenotencontact kan in alle fases behulpzaam zijn.

Bij angst wordt gehandeld conform de Multidisciplinaire Richtlijn Angst en bij depressie conform de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie.

- Omdat overlevende van kanker op kinderleeftijd gemiddeld twee keer vaker geen baan vinden dan hun gezonde leeftijdsgenoten zijn met betrekking tot arbeidsparticipatie de volgende voorspellende factoren van belang.

#### Voorspellende factoren m.b.t. arbeidsparticipatie voor overlevende van kanker op kinderleeftijd

- *persoonlijke factoren*  
mannen lijken vaker werk te vinden dan vrouwen.  
leeftijd: een hogere leeftijd bij de follow-up hangt significant samen met het hebben van werk.  
een lagere opleiding of een lager IQ hangt significant samen met een hoger werkloosheidspercentage.
- *ziektegerelateerde factoren*  
het type kanker. In geval van neurologische tumoren (b.v. hersentumoren) is de kans om werkloos te worden vijf keer hoger dan bij doorgemaakte hematologische maligniteiten en bij bottumoren is die gemiddeld twee keer hoger dan bij gezonde leeftijdsgenoten.  
het doorgemaakt hebben van radiotherapie, beperkingen in het motorisch functioneren, epilepsie en amputatie hangen samen met werkloosheid.

#### **Indicator**

Knelpunten en uitgangsvragen zijn vastgesteld door de volledige werkgroep.

## STAP 2 ONTWIKKELING

### a. Zoeken beschikbare richtlijnen en literatuursearch

#### *werkwijze*

- De uitgangsvragen dienen vertaald te worden in zoekbare vragen, liefst in de vorm van een pico<sup>3</sup>.
- Geadviseerd wordt om bij de uitwerking van de uitgangsvragen de onderstaande zoekstrategie te raadplegen.

#### Zoekstrategie

Artikelen over kanker en werk kunnen gezocht worden in Medline via PubMed. Er wordt gezocht met vrije tekstwoorden en met trefwoorden (MeSH-terminen).

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

- De gebruikte zoekstrategie wordt gedocumenteerd en beschreven in de oncologische richtlijn.

#### *indicator*

De gevolgde zoekstrategie is vastgelegd en is beschreven in de richtlijn.

### b. Beoordelen literatuur

#### *werkwijze*

- De gevonden literatuur met betrekking tot participeren in arbeid wordt volgens de EBM<sup>4</sup>-methode kritisch beoordeeld door de bedrijfsarts en verzekeringsarts en/of de (sub)groep uit de werkgroep die zich hiermee bezighoudt.
- Op sociaal-medisch gebied is de evidence afkomstig uit literatuuronderzoek op zowel medisch-wetenschappelijk, als organisatorisch, veranderkundig en juridisch gebied.

#### *indicator*

De bedrijfsarts en de verzekeringsarts hebben in ieder geval de EBM-cursus vanuit Kwaliteitsbureau NVAB gevolgd en hebben de beoordeling van de literatuur afgestemd met de ondersteunende stafleden van Kwaliteitsbureau NVAB en VGI.

<sup>3</sup> Goede klinische vragen bevatten meestal 4 elementen: P (patiënt, populatie of probleem), I (intervention: behandeling, oorzaak, prognose), C (comparison, vergelijking bijv. zonder interventie), O (outcome, uitkomst waarin we geïnteresseerd zijn).

<sup>4</sup> Evidence based medicine.

## c. Conclusies, overwegingen en aanbevelingen

### *werkwijze*

- De projectgroep formuleert de aanbevelingen ten aanzien van participeren in arbeid op basis van de conclusies uit het literatuuronderzoek en eventuele overige overwegingen. Daar waar geen of nauwelijks evidence van niveau 1, 2 of 3 voorhanden is, wordt een beroep gedaan op de mening van experts (uit de projectgroep of daarbuiten). Het is van belang dat de aanbevelingen en de onderbouwing daarvan worden gedocumenteerd. Dit geldt eveneens voor eventuele onoverbrugbare meningsverschillen binnen de projectgroep.
- De aanbevelingen met betrekking tot het participeren in arbeid betreffen zowel volwassenen als overlevenden van kanker op kinderleeftijd.
- Bij de formulering van conclusies en aanbevelingen worden de aspecten van de behandeling betrokken die cruciaal zijn voor behoud en herstel van het participeren in arbeid.

Behandelaspecten die cruciaal zijn voor behoud en herstel van het participeren in arbeid:

- Fysieke beperkingen
- Vermoeidheid bij kanker
- Angst en depressie
- Cognitieve beperkingen
- Genderspecifieke aspecten van kanker.

- Daarnaast wordt aandacht besteed aan de preventie van co-morbiditeit en worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de follow up na kanker.
- Indien mogelijk worden aanbevelingen gedaan over de samenwerking van betrokken partijen.

### *indicator*

De bedrijfsarts en de verzekeringsarts hebben over de aanbevelingen overleg gehad met de ondersteunende stafleden van respectievelijk Kwaliteitsbureau NVAB en VGI.

## STAP 3 CONSULTATIE IN DE COMMENTAARFASE

### *werkwijze*

- De projectgroep maakt een afweging over de consultatie van 'specifieke derden' op het gebied van arbeid (bijv. werknemersvertegenwoordiging, werkgevers, betrokken zorgprofessionals, UWV, departementen van de betrokken ministeries, e.d.).

### *indicator*

De afweging wie wel en wie niet voor consultatie wordt uitgenodigd is opgenomen in de procesbeschrijving van de richtlijn.

## STAP 4 AUTORISATIE

### *werkwijze*

- De oncologische richtlijn dient geautoriseerd te worden door de daartoe bestaande gremia van de bij de ontwikkeling betrokken organisaties.

## STAP 5 PUBLICATIE EN DISSEMINATIE

### a. Redigeren van de definitieve tekst

#### *werkwijze*

- Het is aan te raden de uitwerking van de uitgangsvragen en de aanbevelingen ten aanzien van participatie in arbeid van kankerpatiënten op te nemen in een apart hoofdstuk, inclusief de afwegingen die daarvoor zijn gemaakt alsmede de eventuele meningsverschillen die met de aanbevelingen worden overbrugd.

#### *indicator*

In de richtlijn is een apart hoofdstuk/paragraaf over participatie in arbeid van kankerpatiënten opgenomen. Dat houdt overigens niet in dat aandacht voor werk in de andere hoofdstukken niet aan bod mag of hoeft te komen!

### b. vaststellen strategie van publicatie en disseminatie

#### *werkwijze*

- De initiatiefnemer van de richtlijn en de projectgroep/werkgroep dienen zorg te dragen voor het bekend maken van de oncologische richtlijn. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de bestaande publicatiekanalen zoals wetenschappelijke tijdschriften, sites van medisch specialisten betrokken bij de behandeling en zorg voor kankerpatiënten en Oncoline. Daarnaast kan ook het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde en de websites van de NVAB en NVVG worden genoemd. De oncologische richtlijnen kunnen ook voor nascholing aangeboden worden aan de beroepsverenigingen.
- Kennismaking met de nieuwe of herziene oncologische richtlijnen zal een onderdeel moeten worden van de kwaliteitsbevordering voor de medisch professionals en van (her-)registratieactiviteiten, inclusief visitatie.

#### *indicator*

Voor elke richtlijn wordt een specifiek publicatieplan opgesteld.

## STAP 6 IMPLEMENTATIE

#### *werkwijze*

- De richtlijn dient een implementatieplan te bevatten. Daarbij worden relevante partijen betrokken, zoals werknemersvertegenwoordiging, werkgevers van betrokken zorgprofessionals (ziekenhuizen, arbodiensten en UWV) en ministeries (Ministerie van Sociale Zaken en die van VWS).
- In het implementatieplan wordt aangegeven welke concrete acties over welke periode worden ondernomen om implementatie van de oncologische richtlijn bij de betrokken zorgprofessionals en andere relevante organisaties te bevorderen.

## STAP 7 EVALUATIE EN REVISIE

#### *werkwijze*

- De oncologische richtlijn bevat indicatoren voor het gebruik in de praktijk. Deze indicatoren betreffen het zorgproces, de aspecten van participeren in arbeid en de verslaggeving van de gevolgde werkwijze en moeten evaluatie mogelijk maken. Op grond hiervan is herziening mogelijk, waarbij een termijn van 3 à 5 jaar wordt aangehouden.

## B LEIDRAAD VOOR (PARA)MEDISCHE PROFESSIONALS BETROKKEN BIJ DE BEHANDELING EN BEGELEIDING VAN KANKERPATIËNTEN

### Inleiding

De Leidraad Kanker en Werk is bestemd voor medici (zoals huisartsen en medisch specialisten), paramedici (maatschappelijk werk, eerstelijns psychologen, etc.), (oncologie)verpleegkundigen en diverse arboprofessionals (waaronder bedrijfs- en verzekeringsartsen, arboverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werk, arbeidsdeskundigen, etc. ). Van elk van deze groepen wordt specifieke kennis verwacht en er worden specifieke bevoegdheden aan hen toegekend.

De Leidraad biedt handvatten om 'werk en werkhervatting' bespreekbaar te maken en geeft advies over hoe diverse professionals kunnen zorgen dat de drempel naar werkhervatting voor mensen met kanker zo laag mogelijk blijft. Daarnaast geeft de leidraad advies over communicatie tussen professionals. Een goede afstemming tussen de bedrijfsarts, behandelend arts, huisarts en andere paramedici is een belangrijke voorwaarde om de terugkeer naar werk van kankerpatiënten te laten slagen. Centraal daarbij is vooral dat alle professionals toewerken naar hetzelfde doel, dat wil zeggen een volledige maatschappelijke participatie met behoud van werk. Dit vereist het vergroten van wederzijds vertrouwen en adequate communicatie tussen deze professionals onderling en naar de kankerpatiënt en diens werkgever.

### Rollen en benodigde kennis en vaardigheden

Alle professionals in de praktijk, medici en paramedici betrokken bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten, dienen kennis te hebben van deze Leidraad. Daarmee kunnen zij bij alle kankerpatiënten 'werk en werkhervatting' bespreekbaar maken en in een vroeg stadium adviseren om contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Omdat iedere instelling, van ziekenhuis tot huisartsenpraktijk, op eigen wijze georganiseerd is wordt de implementatie van de leidraad overgelaten aan de instellingen en professionals zelf. Zo kunnen in een ziekenhuis met oncologieverpleegkundigen en een huisartsenpraktijk met een praktijkondersteuner deze professionals ingezet worden om werkhervatting met een kankerpatiënt te bespreken. In de arbosetting zal de bedrijfsarts ondersteund worden door bedrijfsmaatschappelijk werk en/of een arboverpleegkundige. Steeds vaker wordt ook een beroep gedaan op de arbeidsdeskundige. Het is wel van belang dat de aanbevelingen in deze Leidraad al in een vroeg stadium aandacht krijgen, zowel van de behandelende sector als van de arbosetting. Nu komen deze aspecten veelal pas aan de orde als iemand terug wil komen in het werk, waardoor de duur van het verzuim vaak onnodig lang wordt. Ook is het van belang om de werkgever vroegtijdig te betrekken bij de begeleiding van kankerpatiënten en te adviseren hoe die het beste kan handelen in de begeleiding van kankerpatiënten naar werk.

#### ***Psychosociale oncologische zorg en de rol van de oncologieverpleegkundige***

*Onder psychosociale oncologische zorg wordt verstaan die continue, actieve begeleiding die kankerpatiënten en hun naaste(n) helpt, zowel tijdens de ziekte als in de periode daarna, op psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk terrein zo optimaal mogelijk te leven. De zorg loopt van algemene basale steun naar gerichte, gespecialiseerde psychosociale oncologische hulpverlening. De basale psychosociale oncologische zorg wordt gegeven door artsen en verpleegkundigen en omvat onder andere voorlichting, emotioneel steunen, ondersteuning bij beslissingen, psychosociale signalering en verwijzing. Specifieke psychosociale oncologische zorg wordt gegeven door gespecialiseerde psychosociale hulpverleners en bestaat onder andere uit counselen, psycho-educatie, psychodiagnostiek, psychotherapie, psychofarmaca, gespreksgroepen en oncologische revalidatie.*

*In de praktijk betekent het vaak dat de oncologieverpleegkundige diegene is die in de klinische setting structureel aandacht zal besteden aan werkgerelateerde zaken aangaande kankerpatiënten. De oncologieverpleegkundige is naast de specialist de professional bij uitstek voor overleg en/of afstemming van het beleid met betrekking tot de werkhervatting van kankerpatiënten.*

*De rol van oncologieverpleegkundige is vaak onderbelicht bij de arboprofessionals.*

De *bedrijfsarts*, vaak ondersteund door een arboverpleegkundige, is verantwoordelijk voor de begeleiding van kankerpatiënten naar werk. Van de bedrijfsarts wordt verwacht dat hij over mogelijkheden en vaardigheden beschikt om een problemdiagnose op te stellen op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met verder onderzoek of verwijzing. Ook zorgt de bedrijfsarts dat hij over relevante medische informatie beschikt nodig voor een adequate advisering over werkhervatting. Er wordt verwacht dat de bedrijfsarts algemene kennis heeft van oncologie en de gevolgen van kanker voor zowel werk als werkhervatting. De bedrijfsarts wint doorgaans informatie in bij de behandelaar en stemt zo nodig het beleid af met de behandelaar. De bedrijfsarts adviseert aan de werknemer en de werkgever (de leidinggevende) over de werkomstandigheden en werkhervatting. Ook is van belang dat de bedrijfsarts collega's in de behandelende sector adviseert over de inzet van interventies gericht op werkhervatting zoals bijvoorbeeld kankerrevalidatie. Een belangrijk aspect van de begeleiding is gericht op het advies aan de werknemer om het werk zo snel als de medische omstandigheden dat verantwoord toelaten te hervatten. Het geven van een dergelijk advies stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden van de bedrijfsarts. Er wordt van uitgegaan dat men deze vaardigheden bezit of zich deze in het kader van de nascholing eigen maakt.

De *arboverpleegkundige*, in samenwerking met de bedrijfsarts, is goed in staat om werkgerichte vragen te stellen en werkgever en werknemer te ondersteunen en zaken te verduidelijken, werkplekonderzoek te doen en aanpassingsadviezen te geven. Afstemming tussen bedrijfsarts en behandelende sector is hierin van groot belang.

De *verzekeringsarts* vervult een bijzondere rol in de contacten met (ex-) kankerpatiënten. De verzekeringsarts heeft als hoofdtaak claimbeoordeling in het kader van sociale wetgeving, zoals de Ziekte Wet (ZW) en Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Daarnaast heeft hij een begeleidende taak, ter verbetering van de belastbaarheid dat tot participatie in werk leidt. Vooral bij die werknemers die geen (vaste) werkgever hebben (uitzendkrachten, zieke werklozen).

De *arbeidsdeskundige* kan in samenspraak met de bedrijfsarts interventies voorstellen. De inhoud van eigen werk kan direct met de kankerpatiënt besproken worden op haalbaarheid tijdens de arbeidsreïntegratie. Dit laatste vergroot bij kankerpatiënten de eigen regie bij terugkeer in werk. Voor de kankerpatiënt zonder werkgever zijn laatstgenoemde aspecten op dezelfde manier van belang gedurende de ziekteperiode, waarbij het UWV de rol van werkgever vervult. Met het project "Sterk naar werk" wordt steeds duidelijker dat ook binnen de behandelsetting er aangrijpingspunten zijn voor de inzet van de arbeidsdeskundige. De kankerpatiënt kan vragen hebben over wettelijke procedures en de invloed daarvan op zijn arbeidsperspectief en/of dreigend verlies aan inkomen als gevolg van ziekte en behandeling. Doorverwijzing naar de arbeidsdeskundige zou niet per definitie alleen via de bedrijfsarts moeten/kunnen plaatsvinden. De blauwdruk biedt op dit punt een verruiming. In zulke gevallen is een rechtstreekse inzet van de arbeidsdeskundige in zowel de eerstelijnszorg als via de werkgever van toegevoegde waarde.

Deze leidraad is opgebouwd aan de hand van de fasen die de patiënt met kanker doormaakt: diagnostiek, behandeling, herstel en follow up. Voor elke fase wordt beschreven welke implicaties er zijn met betrekking tot het thema 'werk en werkhervatting' en welke acties voor de verschillende professionals in die fase worden aanbevolen op basis van evidence en consensus in de projectgroep. De aanbevelingen zijn gegroepeerd onder de respectievelijke kopjes *medici en paramedici* en *bedrijfsarts*.

## LEIDRAAD VOOR (PARA)MEDISCHE PROFESSIONALS BETROKKEN BIJ DE BEHANDELING EN BEGELEIDING VAN KANKERPATIËNTEN

### FASE 1. DIAGNOSE

#### **MEDICI EN PARAMEDICI**

- Medici, paramedici en arboprofessionals besteden in hun contacten met de kankerpatiënt aandacht aan de arbeidssituatie en de sociale omstandigheden.  
*Vragen die daarbij behulpzaam zijn, zijn opgenomen in bijlage 1.*
- Medici en paramedici gegeven aan welke (medische) consequenties de ziekte en de behandeling op korte en lange termijn kunnen hebben voor het verrichten van arbeid.  
*Denk hierbij aan het type behandeling, mogelijke bijwerkingen van de behandeling en de geschatte duur van de behandeling en het herstel.*
- Contact tussen de werknemer met kanker en werkgever/werkvloer draagt in belangrijke mate bij aan de werkhervatting. Ook de werkgever wordt gestimuleerd tot contact met de werknemer gedurende alle fasen, vanaf de diagnose tot de terugkeer naar werk. Alle betrokken medische en (para)medische professionals kunnen de patiënt stimuleren om het contact met werkgever en collega's tijdens de behandelingen te onderhouden.
- Medici en paramedici worden geadviseerd om voor de begeleiding naar werk contact met de bedrijfsarts op te nemen.  
*Wanneer het iemand betreft die werkloos is of als uitzendkracht werkt (de zogenaamde vangnetters) dan wordt begeleiding naar werk uitgevoerd door het UWV.*
- In geval van verdenking van kanker door werk(-omstandigheden) neemt de (para)medische professional contact op met de bedrijfsarts.

#### **BEDRIJFSARTS**

- Medici, paramedici en arboprofessionals besteden in hun contacten met de kankerpatiënt aandacht aan de arbeidssituatie en de sociale omstandigheden.  
*Vragen die daarbij behulpzaam zijn, zijn opgenomen in bijlage 1.*
- De bedrijfsarts is diegene die de werknemers met kanker feitelijk naar werk begeleidt. De bedrijfsarts dient over relevante medische informatie te beschikken om tot een onderbouwd advies te kunnen komen over werkhervatting. Van de bedrijfsarts wordt verwacht dat hij actief informatie opvraagt bij de behandelend arts.
- Het is aan te raden om het eerste contact tussen de werknemer met kanker en de bedrijfsarts al vanaf de diagnose (voor de behandelingen) te laten plaatsvinden. De frequentie van de contacten tussen de bedrijfsarts en de werknemer met kanker is eens in de 6-12 weken, afhankelijk van de fase van de begeleiding. In het geval dat de behandeling nog in volle gang is en de komst naar de bedrijfsarts te belastend is, wordt telefonisch contact aangeraden.
- Contact tussen de werknemer met kanker en werkgever/werkvloer draagt in belangrijke mate bij aan de werkhervatting. Ook de werkgever wordt gestimuleerd tot contact met de werknemer gedurende alle fasen, vanaf de diagnose tot de terugkeer naar werk. De bedrijfsarts en andere



betrokken medische en (para)medische professionals kunnen de patiënt stimuleren om het contact met werkgever en collega's tijdens de behandelingen te onderhouden.

- De bedrijfsarts besteedt aandacht aan de communicatie op de werkvloer over de werknemer met kanker. Tijdens de diagnostische fase bespreekt de bedrijfsarts de wensen van de werknemer met kanker ten aanzien van het contact met de werkplek (collega's en werkgever) tijdens het behandelproces en informeert de werkgever daarover.
- Het kan voorkomen dat op de werkplek bij collega's nog een stigma rust op kanker waardoor ze wellicht contact met hun zieke collega zullen vermijden. Soms vinden collega's contact te confronterend. De bedrijfsarts kan desgewenst voorlichting geven om het contact tussen de collega's en de werknemer met kanker te bevorderen.
- Als de bedrijfsarts geconfronteerd wordt met een werknemer die in zijn jeugd behandeld is voor kanker zal hij in zijn begeleiding zich op de hoogte stellen van de restgevolgen van destijds en mogelijke neveneffecten.  
*Jongvolwassenen die kanker op kinderleeftijd hebben overleefd vormen een populatie die met name door de verzekeringsarts wordt gezien bij de beoordeling WAJONG.*
- De bedrijfsarts stelt vast of het om een beroepsziekte gaat. Zo ja, dan is de bedrijfsarts verplicht dit te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). In geval van twijfel of bij vragen over werkhervatting bij (een vermoeden van) kanker als beroepsziekte kan de helpdesk van het NCvB worden gebeld : 020-566 5387, of via [www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl).
- Specifieke aandacht is nodig voor medewerkers die dragers zijn van erfelijke vormen van kanker. De mogelijkheid dat de ziekte zich op elk moment kan manifesteren of terugkeren is levenslang een bron van spanningen en onzekerheid. Dit tezamen met het profylactisch verwijderen van diverse organen en mogelijke complicaties daarvan kunnen tot problemen leiden in relatie tot werk. De bedrijfsarts besteedt aandacht aan zowel psychische als fysieke aspecten van het functioneren van patiënten met erfelijke tumoren. Het doel daarvan is het tijdig onderkennen van (dreigend) verzuim en het inzetten van adequate interventies.

## FASE 2. BEHANDELING EN HERSTEL

*Aandacht van medici, paramedici en arboprofessionals voor de werksituatie van de patiënt met kanker draagt in belangrijke mate bij aan de werkhervatting.*

### **MEDICI EN PARAMEDICI**

- Medische en paramedische professionals vragen de werknemer met kanker tijdens de behandel- en herstelfase naar het verloop van de werkhervatting. Daarbij zijn de volgende aspecten/zaken relevant:
  - Is er sprake van een ziekmelding (geweest)?
  - Is er contact geweest tussen patiënt en bedrijfsarts?  
Zo niet, dan geeft de behandelaar het advies om zo snel mogelijk een afspraak met de bedrijfsarts te maken.
  - Is de Probleemanalyse en het Plan van aanpak opgesteld?  
Als er geen plan van aanpak is opgesteld, dan adviseert de behandelaar de patiënt om dit zo snel mogelijk met de bedrijfsarts op te pakken.  
*Elke werknemer die zich voor een langere periode ziek meldt moet binnen de door de wet voorgeschreven termijnen door een bedrijfsarts gezien worden voor het opstellen van de*

*probleemanalyse. Daarna wordt door de werknemer samen met de werkgever een plan van aanpak opgesteld. In het plan van aanpak beschrijven werknemer en werkgever hoe ze de werkhervatting willen vormgeven. Wanneer dit niet tijdig plaatsvindt, wordt de werkhervatting na de behandelingen een stuk moeilijker.*

- Besteed ook aandacht aan de volgende zaken:
  - Heeft de werknemer zijn ziekte verwerkt?
  - Is hij in staat om te onderhandelen en te communiceren?
  - Is er contact geweest met de werkgever en met collega's?
  - Is er de bereidheid vanuit de kant van de leidinggevende om goed te luisteren en hier iets mee te doen?
  - Hoe verloopt de werkhervatting?
  - Zijn er knelpunten? Zo ja, welke?
  - Kan de arts, (oncologie)verpleegkundige of andere (para)medische professionals een rol spelen in de oplossing daarvan?
- Bij aanwezigheid van een of meerdere van belemmerende factoren kan door de medische en paramedische professional een adequate medische/psychologische interventie worden geadviseerd, bijvoorbeeld psychosociale begeleiding of revalidatie bij kanker.

Bijwerkingen en complicaties van kanker en behandeling die belemmerend kunnen zijn voor zowel medisch functieherstel als voor terugkeer naar werk, zijn:

- fysieke beperkingen (raadpleeg bijlage 2 voor de voorbeelden)
- vermoeidheid bij kanker
- angst en depressie
- cognitieve beperkingen
- genderspecifieke aspecten van kanker

- Raadpleeg bijlage 3 voor de beperkingen en de mogelijke interventies om werkhervatting te bevorderen.
- Er wordt aangeraden om na de behandeling door te verwijzen naar revalidatie als dit het fysiek herstel van de patiënt bevordert of als het fysiek herstel langer duurt dan verwacht.

Revalidatie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. De fysieke component van het revalidatieprogramma levert hieraan de grootste bijdrage. Bij ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker zijn psychologische interventies effectief. In revalidatieprogramma's in Nederland worden fysieke interventies, al dan niet gecombineerd met psycho-educatie, geïmplementeerd. Kankerrevalidatie kan, door een positief effect te hebben op diverse aspecten van de kwaliteit van leven, ook een positief effect hebben op het psychosociaal functioneren van kankerpatiënten en de werkhervatting.

Het revalidatieprogramma Herstel & Balans<sup>®</sup> bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw en psycho-educatie, gericht op het verwerken van de ziekte, het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van de autonomie. Verwijzing is aangewezen bij een discrepantie tussen het huidige en optimale niveau van functioneren met lichamelijke en/of psychosociale beperkingen. Informatie over Herstel & Balans en andere, kwalitatief goede alternatieven is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigen, NFK ([www.kankerpatiënt.nl](http://www.kankerpatiënt.nl)).

- Kankerpatiënten worden dikwijls geconfronteerd met diverse psychosociale problemen en hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische co-morbiditeit, zoals angst en depressie. Het wordt daarom aan alle (para)medische professionals aangeraden structureel aandacht te besteden aan de psychosociale problemen van kankerpatiënten. Raadpleeg bijlage 4 voor de uitvoering hiervan.
- Zo nodig overlegt de arts of (para)medische professional met de bedrijfsarts.

## BEDRIJFSARTS

- De in de diagnostische fase ingezette begeleiding door de bedrijfsarts wordt voortgezet. In enkele gevallen blijven kankerpatiënten tijdens de behandelingen doorwerken, maar in het merendeel van de gevallen zal de werkhervatting pas na de behandeling plaatsvinden.
- De bedrijfsarts stelt in bedrijfsgeneeskundige zin een problemdiagnose op. Het moment van de werkhervatting wordt bepaald/vastgesteld op basis van de volgende factoren:
  - de ziekteprognose
  - de objectieve en subjectieve belastbaarheid
  - de wensen van de patiënt
  - de mogelijkheden van de werkgever
  - de huidige sociale wetgeving (de Ziektewet, de WIA).
- De bedrijfsarts bespreekt zijn bevindingen met de patiënt en met de werkgever.
- Wanneer er een discrepantie bestaat tussen de objectieve en subjectieve belastbaarheid ten aanzien van werk, bespreekt de bedrijfsarts deze bevindingen met de patiënt. Dan worden ook de mogelijke interventies besproken zoals coaching door de bedrijfsarts, verwijzing voor een op werkhervatting gerichte interventie naar bedrijfsmaatschappelijk werk of psycholoog, of verwijzing naar een revalidatietraject.
- De bedrijfsarts beoordeelt of er belemmeringen zijn voor werkhervatting en adviseert tijdig het inzetten van interventies die de terugkeer naar werk vergemakkelijken. Wanneer eigen werk tijdelijk of blijvend niet meer uitgevoerd kan worden, adviseert de bedrijfsarts de inzet van een arbeidsdeskundige en zo nodig reïntegratie 2<sup>o</sup> spoor.

Bijwerkingen en complicaties van kanker en behandeling die belemmerend kunnen zijn voor zowel medisch functieherstel als voor terugkeer naar werk, zijn:

- fysieke beperkingen (raadpleeg bijlage 2 voor de voorbeelden)
- vermoeidheid bij kanker
- angst en depressie
- cognitieve beperkingen
- genderspecifieke aspecten van kanker.

- Bij aanwezigheid van een of meerdere van belemmerende factoren kan door de medische en paramedische professional een adequate medische/psychologische interventie worden geadviseerd, bijvoorbeeld psychosociale begeleiding of revalidatie bij kanker.
- Raadpleeg bijlage 3 voor de beperkingen en de mogelijke interventies om werkhervatting te bevorderen.
  - Er wordt aangeraden om na de behandeling door te verwijzen naar revalidatie als dit het fysiek herstel van de patiënt bevordert of als het fysiek herstel langer duurt dan verwacht.

Revalidatie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. De fysieke component van het revalidatieprogramma levert hieraan de grootste bijdrage. Bij ernstige vormen van vermoeidheid bij kanker zijn psychologische interventies effectief. In revalidatieprogramma's in Nederland worden fysieke interventies, al dan niet gecombineerd met psycho-educatie, geïmplementeerd. Kankerrevalidatie kan, door een positief effect te hebben op diverse aspecten van de kwaliteit van leven, ook een positief effect hebben op het psychosociaal functioneren van kankerpatiënten en de werkhervatting.

Het revalidatieprogramma Herstel & Balans<sup>®</sup> bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw en psycho-educatie, gericht op het verwerken van de ziekte, het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van de autonomie. Verwijzing is aangewezen bij een discrepantie tussen het huidige en optimale niveau van functioneren met lichamelijke en/of psychosociale beperkingen. Informatie over Herstel & Balans en andere, kwalitatief goede alternatieven is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigen, NFK.

- De bedrijfsarts overweegt verwijzing naar revalidatie bij kanker in geval van:
  - het uitblijven van terugkeer naar werk;
  - stagnatie van de werkhervatting;
  - een discrepantie tussen de objectieve en subjectieve belastbaarheid;
  - bij aanwezigheid van een van de belemmerende factoren voor terugkeer naar werk met de nadruk op fysieke beperkingen en vermoeidheid.
- Kankerpatiënten worden dikwijls geconfronteerd met diverse psychosociale problemen en hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische co-morbiditeit, zoals angst en depressie. Het wordt daarom aan alle (para)medische professionals aangeraden structureel aandacht te besteden aan de psychosociale problemen van kankerpatiënten. Raadpleeg bijlage 4 voor de uitvoering hiervan.

### FASE 3. FOLLOW UP

*Tijdens de contacten na de behandelingen blijven medische en paramedische professionals aandacht besteden aan alle hierboven genoemde factoren die van belang zijn voor de terugkeer naar werk van werknemers met kanker.*

#### **BEDRIJFSARTS**

- Ook als de werknemer met kanker aan de slag is, blijft de bedrijfsarts hem volgen. De bedrijfsarts ziet de werknemer met kanker gedurende de follow up minimaal één keer per jaar. De bedoeling daarvan is om risicofactoren voor verzuim in een vroeg stadium op te sporen en uitval uit het arbeidsproces te voorkomen. De bedrijfsarts evalueert de voortgang van het werk, vraagt naar veranderingen in de individuele belastbaarheid. Ook in het werk aanwezige belemmerende factoren worden besproken. De minimale spreekuurtijd die hiervoor nodig is bedraagt 30 minuten.
- De bedrijfsarts besteedt aandacht aan bekende risicofactoren zoals roken, ongezonde voeding, gebruik van alcohol, lichamelijke inactiviteit en overgewicht (BRAVO). De bedrijfsarts geeft voorlichting en motiveert kankerpatiënten tot een gezonde leefstijl. Het overleg en de afstemming met de huisarts en/of de behandelaar vormt een onderdeel van dit preventieve beleid.

### FASE 4. EVALUATIE

*De begeleiding van de werknemer met kanker naar werk is tijd- en procescontingent.*

#### **BEDRIJFSARTS**

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

## SOCIALE WETGEVING

### *MEDICI EN PARAMEDICI*

- Het is van belang dat medici en paramedici op de hoogte te zijn van de sociale wetgeving. Deze wetgeving kan invloed hebben op de werkhervatting.

#### Over de sociale wetgeving in Nederland

De eerste twee jaar dat een werknemer zich ziek meldt heeft hij recht op loondoorbetaling door de werkgever. Het eerste jaar 100% en daarna hangt het af van de CAO. Werknemers vallen in deze periode onder de Wet Verlenging Loondoorbetaling bij Ziekte.

Als de zieke werknemer na twee jaar nog niet volledig aan het werk is, wordt hij door het UWV opgeroepen voor een WIA-beoordeling (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen). Een verzekeringsarts bepaalt dan of er nog sprake is van arbeidsmogelijkheden. De verzekeringsarts beoordeelt ook of er in de voorbije twee jaar adequate inspanningen zijn verricht/ondernomen door de werknemer en de werkgever om het werk te hervatten. Is dit niet het geval dan kunnen er sancties volgen voor werkgever of werknemer. Mogelijke sancties zijn dat de werkgever nog langer moet doorbetalen of dat de werknemer geen uitkering krijgt.

De WIA-beoordeling heeft meerdere uitkomsten. Als iemand minder dan 35% arbeidsongeschikt is, wordt verwacht dat deze werknemer bij de huidige werkgever aan de slag kan blijven en nog minstens 65% van zijn oude loon kan verdienen. Werkgevers kunnen dan de werknemer ontslaan als zij vinden dat er geen mogelijkheden meer zijn voor de werknemer. Dit komt geregeld voor bij mensen die genezen zijn van kanker, maar nog last hebben van meerdere langdurige gevolgen zoals vermoeidheid bij kanker. Het is daarom van belang dat 'werk en werkhervattingen' bij een werknemer met kanker niet onnodig worden uitgesteld.

Bij kankerpatiënten die nog onder behandeling zijn en/of bezig zijn met een herstel kan na twee jaar nog niet bepaald worden welke arbeidsmogelijkheden ze zullen hebben. Zij kunnen terugvallen op de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (de WGA). De WGA geeft wettelijke ruimte voor terugkeer in het arbeidsproces voor deze categorie kankerpatiënten. In geval van 80-100% arbeidsongeschiktheid kan men een beroep doen op de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten (de IVA). Meer informatie over dit onderwerp is te verkrijgen via [www.uwv.nl](http://www.uwv.nl).

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

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

### ***Algemeen***

Vraag de patiënt hoe het gaat op het werk.

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

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

### ***Zelfzorg***

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

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

### ***Arbeidsomstandigheden***

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

### ***Communicatie met leidinggevenden***

Is de leidinggevende op de hoogte van de aandoening?

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

Zijn aanpassingen zoals besproken met de leidinggevende gerealiseerd?

### ***Communicatie met collega's***

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

Houden uw collega's voldoende rekening met eventuele beperkingen?

### ***Begeleiding hulpverlening***

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

Is er voldoende samenwerking tussen de behandelaars en de bedrijfsarts?

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

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

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

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

## BIJLAGE 2 FYSIEKE BIJWERKINGEN

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

Tabel 1. Fysieke bijwerkingen van behandelingen van kanker

Type behandeling		Fysieke bijwerking
Chirurgie	Okselkiertoilet..... Darmresectie..... Longresectie..... Gynaecologische operaties.....  Lieskiertoilet/ bekkenkiertoilet (urogenitale tumoren en melanoom)..... Prostaatoperaties..... Resecties bij bot- en weke delentumoren..... Cosmetische gevolgen na mammacarcinoom.....  Hoofd-en halstumoren.....	- beperkte schouder- en armfunctie en lymfoedeem. - defecatieproblemen en stoma. - verminderde longfunctie. - darm- en blaasklachten, vervroegde menopauze en onvruchtbaarheid.  - lymfoedeem. - mictieklachten.  - functiebeperking.  - hoofd- en hals tumoren en bot- en weke delentumoren. - beperkte schouderfunctie na halsklierdissectie.
Chemotherapie		Korte termijn gevolgen - remming van het beenmerg, misselijkheid, braken, irritatie van het mondslijmvlies, gewichtsverlies, vermoeidheid en kaalheid. Lange termijn gevolgen - schade aan diverse orgaansystemen mogelijk (denk aan de huid, hart en longen, het centrale en perifere zenuwstelsel, gehoor, etc.), onvruchtbaarheid, vermoeidheid en cognitieve problemen.
Radiotherapie, afhankelijk van het bestralingsgebied, de totale dosis en de gebruikte techniek		Korte termijn gevolgen - algehele malaise en vermoeidheid. Afhankelijk van het bestraalde gebied: huidveranderingen, slijmvliesveranderingen, misselijkheid en braken, haarverlies en vervroegde menopauze. Lange termijn gevolgen - bestraling buik: darmfibrose met veranderd defecatiepatroon, fibrose blaas, waardoor frequente mictie en onvruchtbaarheid. - bestraling lymfklierstations: lymfoedeem. - bestraling long: verminderde longfunctie. - bestraling spieren (bv. weke delen tumor en mammacarcinoom) fibrose spieren waardoor functiebeperking. - bestraling zenuwweefsel waardoor radiatieneuropathie. - bestraling hart: hartklachten.

Hormonale therapie		Bij vrouwen - vervroegde menopauze en osteoporose. Bij mannen - vasomotore klachten en osteoporose.
Immunotherapie		Vermoeidheid. Hartklachten (trastuzumab).



### **BIJLAGE 3    BEPERKINGEN EN DE MOGELIJKE INTERVENTIES OM WERKHERVATTING TE BEVORDEREN**

Een **goede fysieke conditie** zorgt ervoor dat de patiënt de behandelingen tegen kanker beter doorstaat en herstel soepeler verloopt. Hierdoor kan ook de werkhervatting gemakkelijker verlopen. Alle betrokken professionals kunnen de patiënt stimuleren om, in de mate van het mogelijke, ook tijdens de behandelingen in beweging te blijven. Desgewenst kan doorverwezen worden naar een fysiotherapeut van het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis of kankerrevalidatie. Ook sporten is aan te raden.

De bedrijfsarts let bij **fysieke beperkingen** op mogelijke complicaties/bijwerkingen op orgaan- en functieniveau en op de implicaties daarvan voor werkhervatting. Voorbeelden daarvan zijn lymfoedeem, darm- en blaasproblemen, een stoma, amputaties. Voor veel fysieke beperkingen is een effectieve vorm van begeleiding mogelijk die de functionele mogelijkheden verbetert of waar geleerd wordt hoe om te gaan met de beperkingen. Werk- en werkplekaanpassingen zijn vaak nodig om het werk goed te kunnen hervatten. Denk hierbij ook aan de aanwezigheid van sanitaire voorzieningen in geval van darm- en blaasdisfunctie en een rustige en schone plek waar een stoma verzorgd kan worden. Soms zal werkhervatting, door de fysieke beperkingen, niet meer mogelijk zijn. In deze gevallen, of bij twijfel of werkhervatting mogelijk is, is de inzet van een arbeidsdeskundige wenselijk.

Bij **vermoeidheid bij kanker** worden eerst behandelbare oorzaken zoals anemie of hypothyreoïdie uitgesloten en zo nodig behandeld. Bij fysieke inactiviteit wordt sporten al dan niet onder medische begeleiding, inclusief revalidatie, gestimuleerd. Ook bij fysieke overactiviteit kan een fysiek/gedragmatig (revalidatie)programma van toepassing zijn. Fysiotherapie, al dan niet in combinatie met ergotherapie, kan een kankerpatiënt inzicht geven in zijn huidige belastbaarheid, leren de belasting adequaat aan te passen, en leren grenzen te herkennen en op een veilige manier te verleggen. Bij twijfel over de fysieke belastbaarheid kan verwijzing naar een sportarts voor een objectieve inschatting van het huidige belastbaarheidsniveau overwogen worden. Ook geïsoleerde psychologische interventies kunnen worden overwogen, zoals cognitieve gedragstherapie volgens het Nijmeegse model. Op het werk zijn aanpassingen mogelijk met betrekking tot het takenpakket, het aantal te werken uren, de werkplek (een rustige werkplek) en het woon- werkverkeer (bijvoorbeeld thuiswerken of vervoer van en naar het werk regelen).

Kankerpatiënten hebben naast de chronische gevolgen van de ziekte en behandeling een verhoogde kans op het ontwikkelen van **co-morbiditeit**. Een gezonde leefstijl en fysieke activiteit verlagen de risico's op co-morbiditeit en hebben ook een positief effect op de overleving. Vanaf de diagnose tot na het herstel wordt door medische en paramedische professionals gelet op mogelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van co-morbiditeit. Als er risicofactoren zijn, worden deze met de patiënt besproken. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld roken, ongezonde voeding, gebruik van alcohol, lichamelijke inactiviteit en overgewicht (BRAVO).

## **BIJLAGE 4    STRUCTURELE AANDACHT VOOR PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN VAN KANKERPATIËNTEN**

Systematische screening ten behoeve van psychosociale ondersteuning heeft de voorkeur boven alleen verwijzingen wanneer de arts of verpleegkundige problemen signaleren. De psychosociale screening wordt in de meeste gevallen gedaan door de artsen of de oncologieverpleegkundige die de kankerpatiënten klinisch en poliklinisch ziet. De screening wordt uitgevoerd conform de aanbevelingen in de landelijke richtlijn vroegsignalering die 2009 verschijnt. Bij de meeste patiënten volstaat de ondersteuning van bijvoorbeeld de oncologieverpleegkundige. Doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners, zoals hierboven vermeld, is nodig bij een kleine groep kankerpatiënten (geschat op 10%).

Tijdens de diagnostische fase, behandeling en eerste intensieve nacontroles in het ziekenhuis zijn de psychosociale disciplines (psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en ziekenhuispsychiaters) van het ziekenhuis het meest toegerust om psychosociale problemen van kankerpatiënten te helpen verminderen.

Tijdens de fase van de nacontrole is hulp buiten het ziekenhuis veelal meer aangewezen: huisarts, eerstelijns psychologen of meer gespecialiseerde psycho-oncologische centra, zoals de Instellingen Psycho Sociale Oncologie =IPSO-instellingen door hele land: 6 behandelcentra; 20 inloophuizen ([www.ipso.nl](http://www.ipso.nl) ; zowel voor groepen, individuele patiënt en/of naaste).

Lotgenotencontact kan in alle fases behulpzaam zijn.

*Bij angst en depressie wordt conform de Multidisciplinaire Richtlijnen Angst en Depressie van het CBO gehandeld.*

In geval van angst en/of depressie wordt verwezen naar bijlage 5. Adequate multimodale behandeling, waaronder fysieke training, leidt tot snellere werkhervatting en minder ziekteverzuim bij depressieve klachten. Werkhervatting en herstel van sociaal functioneren wordt gezien als een van de uitkomstmaten voor het succes van een behandeling van angst en depressie.

Ook wanneer sprake is van een ineffectieve coping bij de kankerpatiënt, verminderde motivatie, herstelbelemmerende opvattingen bij de partner en/of de omgeving, of problemen in de privé sfeer wordt verwezen naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of de psycholoog zodat een interventie die de belemmerende cognities doorbreekt, ingezet kan worden.

Bij cognitieve beperkingen kan de kennis van geheugenpoliklinieken gebruikt worden /of kan er worden doorverwezen naar een training voor cognitieve problemen bij niet-aangeboren hersenletsel. Op het werk kunnen aanpassingen met betrekking tot de werkinhoud en het werktempo plaatsvinden. Andere interventies zijn het creëren van een rustige(re) werkplek of het mogelijk maken van thuiswerken.

## BIJLAGE 5    **ANGST EN DEPRESSIE**

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

### **ANGST**

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

- ▶ Ga actief op zoek naar angst door de volgende vragen te stellen:
    - Bent u vaak angstig, bang?
    - Maakt u zich zorgen over de toekomst?
    - Bent u vaak overmatig bezorgd?
    - Maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, u zich rillerig voelt en/of benauwd?
- (Zie NVAB-Richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen*)

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

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

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

### **DEPRESSIE**

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

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

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

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

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

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

- slaapproblemen
- psychomotorische remming
- verstoorde eetlust
- slechte concentratie

en

- gebrek aan energie

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

De diverse behandelingen voor depressies zijn gevat in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie.