

RICHTLIJN KANKER EN WERK

voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk



Colofon

© NVAB 2019

Uitgave NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

E nvab@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

Auteurs Mw. Dr. M.A.C. (Marleen) van Son, wetenschappelijk onderzoeker, medisch psycholoog (NVAB)
Mw. Dr. T. (Teddy) Oosterhuis, wetenschappelijk onderzoeker (NVAB)
Dhr. Prof.dr. C.T.J. (Carel) Hulshof, bedrijfsarts (NVAB)
Dhr. Dr. D.J. (David) Bruinvels, bedrijfsarts (NVAB)
Mw. Drs. T. (Thea) Brouwer, GZ-psycholoog, patiëntvertegenwoordiger (NFK)
Dhr. A.G.M. (Alfons) Klarenbeek, verzekeringsarts (NVVG)
Mw. Dr. A.G.E.M. (Angela) de Boer, wetenschappelijk onderzoeker (Coronel Instituut AMC-UvA)

Mw. J. (Joria) Damhuis, oncologie verpleegkundige (V&VN)
Mw. D. (Desiree) Dona, bedrijfsarts (NVAB)
Mw. Y.G. (Ylana) van der Geld, radiotherapeut-oncoloog (Nvro)
Dhr. J.J.A.M. (Jan) van Dongen, huisarts (NHG)
Mw. P. (Petra) Jonker-Jorna, arboverpleegkundige (V&VN)
Mw. D.A.A.J.A. (Dafrann) Fonteijn, revalidatiearts oncologie (VRA)
Mw. M. (Maureen) Laan Ensink, patiëntvertegenwoordiger (BVN)
Dhr. D. (Duncan) Leistra MSc, oncologie fysiotherapeut (KNGF/NVGL)
Mw. Dr. A.J.G. (Sabrina) Maaskant, chirurg-oncoloog (Nvco)
Dhr. Dr. P. (Peter) van Muijen, verzekeringsarts (NVVG)
Dhr. J. (Jan) Roelevink, patiëntvertegenwoordiger (NFK)
Dhr. C. (Cor) Schenkenberg, patiëntvertegenwoordiger (NFK)
Mw. Dr. M. (Miranda) Velthuis, adviseur oncologische zorg (IKNL)
Mw. Drs. J.H.M. (Anneke) van Wijk, GZ-psycholoog (NVPO)

Coördinatie en eindredactie Mw. M. (Marian) Lebbink, stafmedewerker NVAB

Datum autorisatie NVAB 22 februari 2019
Publicatie in licht gewijzigde vorm, na praktijktest 2017-2018: 11 april 2019

INHOUD

5	Samenvatting van de richtlijn
6	Inleiding
6	• Inhoud van de richtlijn
7	• Organisatie van de zorg
7	• Doelstelling
8	• Doelgroepen
8	• Kernelementen van de richtlijn
10	• Perspectief werknemers/patiënten en werkgevers
11	• Commentaarfase
11	• Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn
13	• Juridische betekenis
13	• Implementatie
13	• Evaluatie en actualisering

KANKER EN WERK

Richtlijn voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk

15	1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK
15	A Probleemoriëntatie bij werkenden met kanker
17	B Diagnostiek werkgerelateerd
18	C Diagnostiek vermoeidheid
21	D Diagnostiek psychische problemen
24	E Diagnostiek cognitieve problemen
26	F Probleemdiagnose
27	2 INTERVENTIES GERICHT OP WERKHERVATTING
27	A Algemene interventies
30	B Interventies bij vermoeidheid
32	C Interventies bij psychische problemen
35	D Interventies bij cognitieve problemen
36	3 PROGNOSE VOOR WERKHERVATTING
37	4 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE
37	4.1 Vaststellen stagnatie van de werkhervatting
38	4.2 Interventies gericht op opheffen stagnatie in herstel van functioneren
38	4.3 Factoren die opnieuw uitvallen voorspellen
38	4.4 Therapeutisch werken uit medisch oogpunt
39	4.5 Toetsing reïntegratie inspanningen door UWV bij WIA aanvraag
40	5 ONDERWERPEN WAAR DEZE RICHTLIJN GEEN OF WEINIG AANDACHT AAN BESTEEDT

42

BIJLAGEN (HULPMIDDELEN VOOR HET TOEPASSEN VAN DE RICHTLIJN)

ALGEMEEN

- 43 1 Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making)
- 45 2 De zes stappen van de participatieve aanpak

PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK

- 46 3 De Lastmeter
- 47 4 Vragenlijst Arbeidsreïntegratie (VAR-2)
- 48 5 Fysieke bijwerkingen van behandelingen van kanker
- 49 6 Multidimensionele VermoeidheidsIndex
(MVI-20: NL-versie van de Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20))
- 50 7 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)
- 51 8 Aandachtpuntenlijst Depressie
- 53 9 Cognitive Symptom Checklist – Work (CSC-W DV: NL-versie)

INTERVENTIE

- 55 10 Voorbeeld Communicatieformulier (uitwisseling van medische gegevens
ivm o.a. arbeidsverzuim en reïntegratie van werknemers)
- 58 11 PACE Vragenlijst
- 59 12 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q: NL-versie)
- 60 13 Opbouwend wandelschema

EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE

- 61 14 Factoren met een voorspellende waarde voor werkherleving/arbeidsparticipatie
- 63 15 UWV-aanwijzingen voor de verzekeringsarts
- 64 16 Performance indicatoren

SAMENVATTING VAN DE RICHTLIJN

WAT	HOE
PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE	
Probleemoriëntatie gericht op de ziekte en op het werk	Lastmeter, arbeidsanamnese, VAR-2 .
Diagnostiek werkgerelateerd	Beoordeel positieve en negatieve factoren voor werkhervatting (aandachtspunten in richtlijn tabel 1).
Beroepsziekte	Zes stappenplan voor beroepsziekten (NCvB).
Diagnostiek vermoeidheid	Mate van vermoeidheid (MVI-20). Uitsluiten van andere oorzaken van vermoeidheid.
Diagnostiek psychische problemen	4DKL. Is er sprake van depressie, angst- en/of aanpassingsstoornis?
Diagnostiek cognitieve problemen	CSC-W DV ≥24.2: overweeg verwijzing naar BACO. Overleg met of verwijs naar hoofdbehandelaar voor eventueel NPO en/of intake voor medisch specialistische revalidatie bij oncologie.
Probleemdiagnose	Overweeg verwijzing naar BACO
INTERVENTIES GERICHT OP WERKHERVATTING	
Algemene interventies	(Psycho)educatie, normaliseren, voorlichting werkplek, leidraad Participatieve aanpak op de werkplek (VUmc).
Interventies bij vermoeidheid	Fysieke training, cognitieve gedragstherapie, ondersteunende (expressieve) therapie.
Interventies bij psychische problemen	Toepassen NVAB-richtlijn Psychische problemen . Zo nodig toepassen Landelijke richtlijn Angst.
Interventies bij cognitieve problemen	Psycho-educatie, aanpak stressoren, bevordering coping, eventueel fysieke training. CSC-W DV ≥24.2: overweeg verwijzing naar BACO. Overleg met of verwijs naar de hoofdbehandelaar. Zo nodig, richtlijn NAH en Arbeidsparticipatie en richtlijn Cognitieve revalidatie NAH .
PROGNOSE VOOR WERKHERVATTING	
Prognose voor werkhervatting	Beoordeel bevorderende en belemmerende factoren.
EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE	
Vaststellen van stagnatie in de werkhervatting	Nogmaals Lastmeter en/of VAR-2 . Gevolgd door andere stappen uit probleemoriëntatie en diagnostiek (zie boven).
Interventies gericht op opheffen stagnatie in herstel van functioneren.	Actualiseer reïntegratieplan. Eventueel overleg met hoofdbehandelaar. Overweeg verwijzing naar BACO.
Factoren die opnieuw uitvallen voorspellen.	Inventariseer ziekte-, persoonlijke, werk- en omgevingsfactoren.
Toetsing reïntegratie-inspanningen bij WIA-aanvraag.	Overleg zo nodig met verzekeringsarts van UWV.

INLEIDING

De richtlijn ‘Kanker en Werk’ is ontwikkeld voor bedrijfsartsen met als doel behoud van en terugkeer naar werk door mensen met kanker. Een richtlijn op dit gebied was dringend nodig. Onvoldoende kennis bij medici –ook bij bedrijfsartsen-, werkgevers/leidinggeven- den 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.

Deze richtlijn gaat niet over het krijgen van kanker door het werk. Niet omdat dat niet belangrijk is, maar omdat dat een ander soort richtlijn vergt. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Nederlands Centrum voor Beroeps- ziekten (NCvB) zijn wel in overleg over de ontwikkeling van een richtlijn over werk als oorzaak van kanker.

Het ontwikkelen van deze richtlijn kon door de NVAB worden gerealiseerd in het kader van een door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) gefinancierd en bij TNO geplaatst onderzoeksprogramma. Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

INHOUD VAN DE RICHTLIJN

In het achtergronddocument bij deze richtlijn worden 12 uitgangsvragen beantwoord die betrekking hebben op belangrijke aspecten van de relatie tussen kanker en werk. In de richtlijn zijn de aanbevelingen vertaald in een evidence based aanpak voor bedrijfsartsen. De uitgangsvragen zijn:

WERKHERVATTING ALGEMEEN

- 1 Welke interventies gericht op werkhervatting biedt de bedrijfsarts mensen met kanker?
- 2 Wat zijn prognostische factoren voor werkhervatting en arbeidsparticipatie na de diagnose kanker?

VERMOEIDHEID

- 3 Hoe stelt de bedrijfsarts bij een werkende na de primaire behandeling van kanker vast of er sprake van vermoeidheid is?
- 4 Wat is belangrijk bij de differentiaaldiagnose bij een werkende met vermoeidheid tijdens en na de behandeling van kanker?
- 5 Welke interventies gericht op functioneren biedt de bedrijfsarts voor de behandeling van kankergerelateerde vermoeidheid?

PSYCHISCHE PROBLEMEN

- 6 Hoe stelt de bedrijfsarts bij een werkende tijdens en na de behandeling van kanker vast of er psychische problemen spelen?
- 7 Wat is belangrijk bij de differentiaaldiagnose bij een werkende met psychische problemen tijdens en na de behandeling van kanker?
- 8 Welke interventies gericht op functioneren biedt de bedrijfsarts per type psychische problemen?

COGNITIEVE PROBLEMEN

- 9 Hoe stelt de bedrijfsarts bij een werkende na de behandeling van kanker vast of er cognitieve problemen spelen?
- 10 Wat is belangrijk bij de differentiaaldiagnose bij een werkende met cognitieve problemen na de behandeling van kanker?
- 11 Welke interventies gericht op functioneren biedt de bedrijfsarts voor de behandeling van cognitieve problemen?

EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE

- 12 Hoe kan de voortgang of stagnatie van functioneren bij werkenden met kanker op een transparante en aanvaardbare wijze door de bedrijfsarts worden geëvalueerd?

Voor deze richtlijn is een achtergronddocument beschikbaar met de wetenschappelijke verantwoording van en de onderbouwing bij de aanbevelingen in de richtlijn. Beide documenten zijn te vinden via www.nvab-online.nl.

ORGANISATIE VAN ZORG

De organisatie van de zorg voor mensen met kanker komt in deze richtlijn niet of slechts incidenteel aan de orde. Zie daarvoor de [Zorgstandaard Kanker](#) (Stuurgroep Zorgstandaard Kanker, 2014).

DOELSTELLING

De belangrijkste functie van deze richtlijn is dat deze leidt tot een betere begeleiding voor de (potentieel) werkende¹ met kanker; centraal staat de gezondheid en kwaliteit van leven van de (potentieel) werkende. De richtlijn geeft aanbevelingen over diagnostiek, over interventies om de kwaliteit van het leven van de werkende met kanker te verhogen, onnodig verzuim en instroom in uitkeringen/-arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken, en over prognose en terugvalpreventie.

Deze richtlijn vraagt van bedrijfsartsen een actieve en interveniërende houding. De gevolgen van kanker leiden meestal tot verzuim. Dat is niet te voorkomen. Maar de terugkeer naar werk is wel te beïnvloeden. De acties van bedrijfsartsen moeten gericht zijn op het actief opsporen van risicofactoren voor verzuim/arbeidsongeschiktheid en omstandigheden die ertoe bijdragen om te kunnen interveniëren op individueel- en organisatieniveau. Deze actieve aanpak past in het bredere kader van psychische gezondheid en vitaliteit.

Deze richtlijn vervangt deel B van de Leidraad van de [Blauwdruk Kanker en Werk](#) voor wat betreft de aanbevelingen voor de bedrijfsarts.

DOELGROEPEN

BEDRIJFSARTSEN EN ANDERE PROFESSIONALS OP HET GEBIED VAN ARBEID EN GEZONDHEID

De aanbevelingen in de richtlijn zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en voor verzekeringsartsen in de arbo-rol. Daarnaast kunnen de aanbevelingen ook worden geraadpleegd door andere adviseurs op het gebied van arbeid en gezondheid zoals verzekeringsartsen betrokken bij de WIA/beoordelingen, arboverpleegkundigen en arbeidsdeskundigen.

WERKENDEN MET KANKER

De beschreven begeleiding/zorg in deze richtlijn is bedoeld voor werkenden met kanker. Met deze richtlijn in de hand kan de werkenden met kanker de eigen reïntegratie actief beïnvloeden.

MANAGEMENT VAN ORGANISATIES

De beschreven advisering richt zich ook op het management van organisaties waar mogelijk sprake is van risicovolle factoren voor (het ontwikkelen van) klachten van werkenden met kanker.

KERNELEMENTEN VAN DE RICHTLIJN

PATIËNTENVOORKEUR EN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING

Soms zijn verschillende interventies mogelijk voor werkbehoud, terugkeer naar werk of het verkrijgen van werk. Interventies (ook een afwachtend beleid) kunnen behalve voordelen ook nadelen met zich meebrengen. In alle situaties is het belangrijk om de afwegingen van de werkende centraal te stellen in het besluitvormingsproces. Gezamenlijke besluitvorming is gedeelde verantwoordelijkheid.

Als het gaat om de aanpak en uitvoering van de reïntegratie bij kanker (binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving) blijkt dat werknemers en werkgevers behoefte hebben aan gezamenlijke, verantwoordelijkheid en regelruimte. Van de bedrijfsarts wordt hierin een duidelijke, coachende rol verwacht. Om actieve participatie aan de reïntegratie te bereiken en de gewenste eigen inbreng en opties van de medewerker met kanker te waarborgen, is een open dialoog tussen de bedrijfsarts en werknemer een belangrijk middel. In de dialoog wordt zoveel mogelijk recht gedaan aan zowel de professionele kennis van de bedrijfsarts als de persoonlijke inbreng van de werknemer, waarbij diens wensen, waarden en voorkeuren worden meegenomen. Een gesprek over de eigen inzichten van de medewerker kan aangrijpingspunten en informatie bieden aan de bedrijfsarts voor de anamnese en mogelijke interventies. Wanneer de werknemer opties aandraagt die als onwenselijk en/of onhaalbaar beoordeeld worden, zal duidelijke uitleg en toelichting hierover bevorderlijk zijn voor het proces. Op basis van de gevoerde dialoog kan vervolgens samen afgesproken worden welke stappen, wanneer gezet worden.

1 Werkenden: mensen met betaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract (dus ook mensen zonder arbeidscontract, zoals ZZP-ers). De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden of mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk.

Om tot een gezamenlijk besluit te komen kunnen de volgende stappen worden genomen (bron: richtlijn Chronisch Zieken en Werk²):

- Wederzijds informatie uitwisselen.
- Bedenktijd inlassen zodat de werknemer anderen kan raadplegen.
- Vragen in hoeverre de werkende met kanker wil meebeslissen.
- Samen een plan opstellen.
- Een vervolgspraak maken.

ACCENT OP DE EERSTE TWEE JAAR VERZUIM

De interventies van de bedrijfsarts zijn gericht op herstel in werkfunctioneren. Daarom ligt in deze richtlijn het accent voor het handelen van de bedrijfsarts op de eerste twee jaar verzuim. In deze periode kunnen de aanbevelingen in deze richtlijn nog leiden tot succesvolle reïntegratie in het werkproces.

De ziekte kanker kent een bijzonder grote variatie in ziektebeelden, behandelingen en prognoses. Eenzelfde behandeling kan van persoon tot persoon heel verschillend uitpakken qua resultaat, bijwerkingen en late effecten. Mensen die met kanker worden geconfronteerd, reageren bovendien zeer verschillend op hun ziekte en alle gevolgen. Voor de drie veel voorkomende klachten (vermoeidheid, psychische klachten en cognitieve klachten) komen in deze richtlijn diagnostiek en interventies aan de orde. De aanbevelingen zijn ook desgewenst na de eerste twee jaar verzuim toe te passen.

VERMINDEREN VAN KLACHTEN IN DE WERKSITUATIE

De richtlijn is evidence-based. Dat wil zeggen dat de aanbevelingen zoveel mogelijk zijn gebaseerd op resultaten uit systematisch verzameld wetenschappelijk onderzoek gecombineerd met praktische ervaringen van professionals en waarden en voorkeuren van werknemers met kanker. We hebben daarbij in kaart gebracht wat het effect van interventies is op het verminderen van klachten in de werksituatie. De richtlijn stelt een aanpak voor waarbij bedrijfsartsen, naast algemene interventies voor werkhervatting, aandacht hebben voor de vermoeidheid, de psychische gezondheid en de cognitieve problemen van de werkende met kanker. Dat wil niet zeggen dat andere zaken niet belangrijk (kunnen) zijn, maar die staan niet in deze richtlijn.

BELEID VOEREN EN MAATREGELEN NEMEN

In de richtlijn is opgenomen wat bekend is over werkgebonden risicofactoren die van invloed zijn op het optreden en/of voortduren van verzuim bij werkenden met kanker. Op basis van deze informatie kunnen bedrijfsartsen beleid voeren en maatregelen nemen/ adviseren.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF-MODEL) EN PARTICIPATIEVE AANPAK

Om de psychische gezondheid van werkenden met kanker te bevorderen, kunnen interventies zowel gericht zijn op de organisatie als op de werkende. Hoewel dat onderscheid niet altijd even strikt te hanteren is, geeft het wel een goed inzicht in de verschillende mogelijkheden om (preventief) te interveniëren. Werkplekgerichte (preventieve) organisatorische maatregelen kunnen op de gezondheid, op de omgeving of op het gedrag gericht zijn (uitgangspunten ICF-model). Maatregelen gericht op de werkende zijn bijvoorbeeld het versterken van de regelmogelijkheden en sociale steun op het werk. Hierbij kan de bedrijfsarts samen met de werkende belemmerende factoren (laten) aanpakken door gebruik te maken van de participatieve aanpak.

2 Ten tijde van publicatie was de Richtlijn Chronisch Zieken en Werk nog niet digitaal beschikbaar.

Er zijn aanwijzingen dat deze aanpak effectief is om de blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en het functioneren (werkprestatie) te verbeteren. Bij een participatieve aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. De bedrijfsarts heeft hierbij vooral de rol van procesbegeleider ([Leidraad Participatieve aanpak op de werkplek](#) (Huysmans m et.al, 2016).

STEPPED CARE EN MATCHED CARE

Bij de begeleiding van werkenden met kanker door de bedrijfsarts wordt uitgegaan van stepped care en matched care principes. De werkende wordt op basis van de ernst en het beloop van de klachten gematched aan specifieke interventies of een type hulpverlener. Dit houdt in dat werkenden met kanker de zorg krijgen die past bij de aard en ernst van de klachten en eerdere behandelresultaten, terwijl die zorg zo min mogelijk inbreuk maakt op diens leven. Tijdens de begeleiding wordt het beloop van de klachten gevolgd en regelmatig gemeten, zodat er tijdig kan worden overgegaan naar een volgende stap in het behandelalgoritme (stepped care). Op deze wijze worden zowel overbehandeling als onderbehandeling voorkomen.

Bij de keuze van de interventies is het patiëntperspectief meegewogen. De bedrijfsarts houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele beleid. Om reïntegratie te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen, overweegt de bedrijfsarts met de betrokkene in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste interventie waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op intensievere, meer passende interventies, in navolging van de richtlijnaanbevelingen.

TERUGVALPREVENTIE

Ter voorkoming van terugval en een chronisch beloop van problemen en klachten worden altijd interventies overwogen die de kans op terugval of herhaling voorkomen. Dreigende terugval kan worden voorkomen door regelmatige monitoring en door het maken van afspraken over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval. Het is belangrijk dat de bedrijfsarts hier tijdens de begeleiding ook expliciet aandacht aan besteedt en werkenden met kanker het vertrouwen en de aanmoediging geeft die benodigd zijn bij zelfmanagement.

PERSPECTIEF WERKNEMERS/PATIËNTEN EN WERKGEVERS

De praktijk leert dat de inschatting van de belastbaarheid bij iemand die behandeld wordt/is voor kanker niet altijd eenvoudig is. Dit geldt zeker als er sprake is van klachten zoals vermoeidheid of problemen met de aandacht en/of concentratie. Voor mensen die behandeld worden/zijn voor kanker kan werkhervatting een gunstig effect hebben, zowel voor de gezondheid als het welzijn. Werk biedt naast inkomen ook daginvulling en structuur, kan een gunstig effect hebben op het zelfvertrouwen en kan leiden tot een afname van ervaren restverschijnselen. Voor werkgevers betekent werkhervatting een afname van de loonkosten bij ziekteverzuim en van productieverlies. Zowel vanuit het perspectief van de werkende als vanuit maatschappelijk oogpunt, is het dan ook van belang om werkhervatting voor mensen die behandeld worden/zijn voor kanker te ondersteunen.

Bij het beantwoorden van de uitgangsvragen is, naast de opbrengst van systematische zoekacties in de medisch wetenschappelijke literatuur, tevens gebruik gemaakt van informatie en websites van/voor mensen met kanker. Voor het onderdeel ‘werkhervatting na de diagnose kanker’ is gebruik gemaakt van de deskundigheid van de leden van de kern- en projectgroep: hun input van relevante wetenschappelijke publicaties, rapporten en richtlijnen is opgenomen in het achtergronddocument. Daarnaast worden in dat hoofdstuk de resultaten beschreven van een onderzoek (in opdracht van SZW) over het perspectief van werknemer en werkgever op reïntegratie bij kankerpatiënten (Jonkers et al. 2016).

In de kerngroep van de richtlijn participeerde een vertegenwoordiger namens de patiënten en in de projectgroep werd het patiëntenperspectief vormgegeven door drie leden. Een patiëntvertegenwoordiger was voorzitter van de projectgroep. Tijdens de commentaarfase hebben zes referenten (ervaringsdeskundigen) en patiënten werknemersorganisaties) input gegeven voor de definitieve versie van de richtlijn.

COMMENTAARFASE

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan:

- inhoudelijke experts (BACO, klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie, psycholoog oncologie, neuropsycholoog, revalidatiearts oncologie, oncologische fysiotherapie, huisarts, psychiater, wetenschapper, bureaus gespecialiseerd in reïntegratie bij kanker)
- ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en werknemersorganisaties
- werkgeversorganisaties
- tweede kamerleden betrokken bij initiatief tot deze richtlijn
- leden van de NVAB.

Van 17 professionals uit de betrokken beroepsgroep (bedrijfsarts, Baco en klinisch arbeidsgeneeskundige) is commentaar ontvangen en verwerkt, alsmede van zes experts en van zes ervaringsdeskundigen, patiënt- en werknemersorganisaties. De lijst met referenten is als bijlage opgenomen in het achtergronddocument.

VOORWAARDEN VOOR UITVOERING VAN DE RICHTLIJN

De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor de begeleiding van mensen met kanker naar werk. Van de bedrijfsarts wordt verwacht dat hij over mogelijkheden en vaardigheden beschikt om een probleemdiagnose op te stellen op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met verder onderzoek of verwijzing³. Ook zorgt de bedrijfsarts er voor 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 de werknemer en de werkgever/leidinggevende over de werk-omstandigheden en werkhervatting. Ook is van belang dat de bedrijfsarts collega's in de

3 Zie [NVAB-Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts](#).

behandelende sector adviseert over de inzet van interventies gericht op werkhervatting, zoals bijvoorbeeld medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Een belangrijk aspect van de begeleiding door de bedrijfsarts is het adviseren om het werk zo snel als de medische omstandigheden dat verantwoord toelaten weer 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 door nascholing eigen maakt.

Van de artsen in het domein Arbeid en Gezondheid die werken met deze richtlijn wordt verwacht dat zij weten hoe zij:

- voldoende tijd gaan besteden aan mensen met kanker voor:
 - spreekuurcontacten vanaf de diagnose;
 - een eerste spreekuurcontact van circa een uur extra (mede i.v.m. afname/ bespreking vragenlijsten) óf het inplannen van een tweede consult van circa een uur snel na het eerste spreekuurcontact;
 - periodieke spreekuurcontacten en monitoring met een frequentie van 6-12 weken afhankelijk van de fase van de begeleiding (onafhankelijk van de wettelijk verplichte periodiciteit m.b.t. de Wet verbetering poortwachter).
- mensen met kanker moeten begeleiden zodat zij kunnen blijven functioneren of kunnen re-integreren.
- gezamenlijke besluitvorming tot stand brengen en op basis daarvan adviseren over interventies gericht op werkhervatting. Zie ook [bijlage 1](#).
- de communicatie met mensen met kanker vormgeven en daarbij specifiek aandacht besteden aan de bejegening.
- werkgevers adviseren bij het opstellen en uitvoeren van beleid om werknemers met kanker in staat te stellen hun werk te behouden.

Voor de toepassing van deze richtlijn is achtergrondkennis vereist over de aanpak in de Richtlijn Chronisch Zieken en Werk⁴ (2016).

De begeleiding van een werkende met kanker beslaat doorgaans een langere periode. Per consult kunnen dan ook verschillen bestaan in de aspecten die aan de orde kunnen of moeten komen. Uiteraard zullen niet alle aspecten die in deze richtlijn naar voren komen tijdens elk consult of contact met de betrokkene aan bod hoeven te komen.

Met behulp van performance indicatoren kan beoordeeld worden of de richtlijn conform de belangrijkste aanbevelingen is uitgevoerd. Performance indicatoren zijn meetbare programmatische of normatieve aspecten die door de kern- en projectgroep vanuit de inhoud van de richtlijn belangrijk worden gevonden. De performance indicatoren zijn opgenomen in [bijlage 16](#).

⁴ Ten tijde van publicatie was de Richtlijn Chronisch Zieken en Werk nog niet digitaal beschikbaar.

JURIDISCHE BETEKENIS

Richtlijnen zijn op evidence en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de ‘professionele standaard’. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Dit kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Een professional die van de richtlijn afwijkt, moet dit beargumenteren en documenteren (Hulshof CT). Introductie NVAB-richtlijnen. Utrecht: 2009, Kwaliteitsbureau NVAB).

IMPLEMENTATIE

De projectgroep heeft de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van deze richtlijn in de dagelijkse praktijk besproken. Omdat de richtlijn veel aanbevelingen doet, is toepassing in de praktijk niet altijd eenvoudig. Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is nog geen gemeengoed en zal door de beroepsgroep eigen moeten worden gemaakt. Verder vormen recent verschenen richtlijnen, leidraden maar ook instrumenten waarnaar wordt verwezen mogelijk een belemmering voor de aanbevelingen over adequate begeleiding en behandeling uit deze richtlijn.

Om de implementatie te bevorderen geeft de projectgroep de volgende aanbevelingen:

- Organiseren van (gezamenlijke) nascholing voor bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen).
- Betrekken van behandelaars (huisartsen, psychologen gespecialiseerd in de oncologie, fysiotherapeuten, gespecialiseerd in de oncologie) en andere partijen zoals patiëntenorganisaties bij de implementatie.
- Ontwikkelen van implementatie-instrumenten (bijvoorbeeld een flow-chart, een checklist voor werkenden t.b.v. contacten met de bedrijfsarts, een checklist voor werkgevers/leidinggevenden t.b.v. contact met de bedrijfsarts).

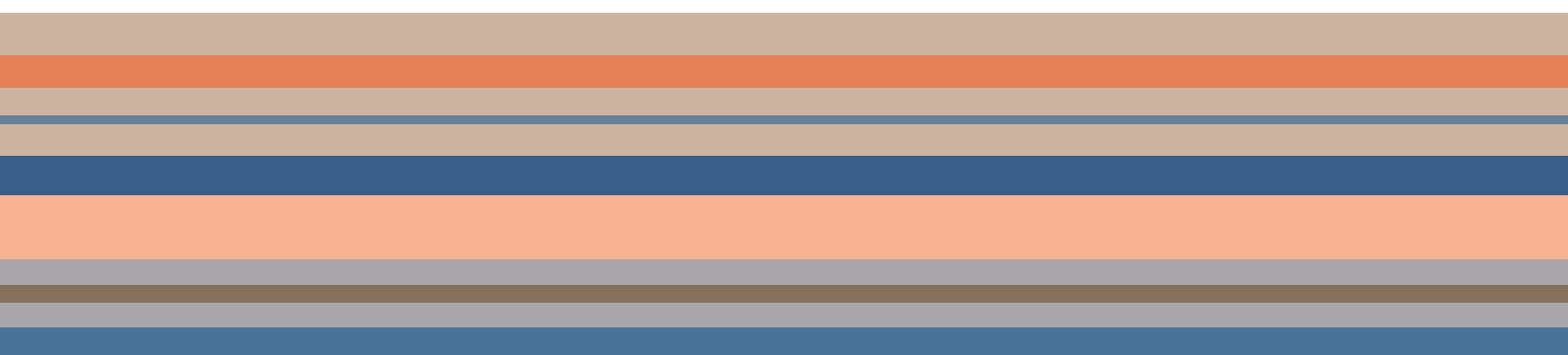
EVALUATIE EN ACTUALISERING

Binnen de financiering door SZW zijn geen middelen gereserveerd voor de evaluatie noch voor de actualisatie van de richtlijn. De auteurs van de richtlijn doen de aanbeveling om de richtlijn te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten of na maximaal 5 jaar. De NVAB is verantwoordelijk voor de initiërende activiteiten voor een actualiseringstraject.

RICHTLIJN

KANKER EN WERK

voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk



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. Voor de begeleiding van werkenden met kanker is de aanbevolen frequentie van contacten tussen bedrijfsarts en mensen met kanker eens in de 6-12 weken, afhankelijk van de fase van de begeleiding (onafhankelijk van de wettelijk verplichte periodiciteit m.b.t. de Wet verbetering poortwachter [Wvp])

NB. Als de behandeling nog in volle gang is en de komst naar de bedrijfsarts te belastend is, wordt telefonisch contact aangeraden.

1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK

A PROBLEEMORIËNTATIE BIJ WERKENDEN MET KANKER

1.1 ALGEMENE PROBLEMEN, KLACHTEN EN ZORGEN

Om te screenen hoeveel last mensen met kanker hebben van hun problemen en op welke gebieden hun problemen, klachten en zorgen liggen, wordt door behandelaars [de Lastmeter](#) afgenomen. ([Richtlijn Detecteren psychosociale zorg](#))

- ▶ Vraag betrokkene of hij/zij bij de behandelaar de Lastmeter al heeft ingevuld en wat daaruit naar voren kwam (hoeveel last betrokkene heeft van problemen, en op welke vlakken klachten en zorgen liggen). Op die manier kan het gesprek op gang worden gebracht.
Lastmeter nog niet ingevuld? Overweeg dan om hem alsnog in te laten vullen om inzicht te krijgen in de problemen, klachten en zorgen. Zie [bijlage 3](#).
- ▶ Bespreek samen met betrokkene de resultaten van de Lastmeter om de problematiek te verhelderen.
- ▶ Laat regelmatig, maar niet vaker dan elke drie maanden, de Lastmeter invullen, om het verloop in de ernst en aard van de klachten te volgen en snel en gericht te kunnen inspringen op een (veranderde) zorgbehoefte

Om een goed beeld te krijgen van de mogelijke stressbronnen bij de werkende met kanker kan de [Vragenlijst Arbeidsreïntegratie \(VAR-2\)](#) worden ingezet.

- ▶ Vraag betrokkene de VAR-2 in te vullen om mogelijke stressoren in kaart te brengen. Zie [bijlage 4](#).

1.2 MEDISCHE INFORMATIE

De bedrijfsarts begeleidt werknemers met kanker naar werk en dient daarom over relevante medische informatie te beschikken om een onderbouwd advies te geven over werkhervatting.

- Vraag informatie op bij de behandelend arts om een onderbouwd advies te kunnen geven over werkhervatting.

1.3 BIJWERKINGEN VAN DE BEHANDELING VAN KANKER

Bijwerkingen van de behandeling van kanker kunnen belemmerend zijn voor zowel medisch functieherstel als voor terugkeer naar werk.

- Beoordeel of er fysieke bijwerkingen van de behandeling van kanker zijn die voor de terugkeer naar werk belemmerend kunnen zijn. Raadpleeg [bijlage 5](#).

1.4 JEUGDKANKER

Het kan zijn dat de bedrijfsarts geconfronteerd wordt met een werknemer die in zijn jeugd behandeld is voor kanker. Veel late effecten ontstaan pas 10 tot 30 jaar na de behandeling van (kinder)kanker. Bij werkende volwassen survivors van (kinder)kanker moet de bedrijfsarts aandacht hebben voor die late effecten.

- Zorg er voor dat u op de hoogte bent van de restgevolgen van destijds en mogelijke neveneffecten (risicofactoren zijn o.a. beperkte fysieke mogelijkheden, emotionele problemen en problemen met executieve functies).

1.5 ERFELIJKE VORMEN VAN KANKER

Specifieke aandacht is nodig voor mensen die dragers zijn van erfelijke vormen van kanker, zoals borstkanker veroorzaakt door het CHEK2-gen; borstkanker en eierstokkanker veroorzaakt door een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen; darmkanker (Lynchsyndroom en Familiaire Adenomateuze Polyposis, FAP). 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.

- Besteed aandacht aan zowel de psychische als de fysieke aspecten van het functioneren van mensen met erfelijke tumoren. Het doel daarvan is het tijdig onderkennen van (dreigend) verzuim en het inzetten van adequate interventies.

B DIAGNOSTIEK WERKGERELATEERD

1.6 WERKGERELATEERDE PROBLEMEN

Om een beeld te krijgen van de arbeidssituatie en de sociale omstandigheden kunnen onderstaande aandachtspunten behulpzaam zijn ([Blauwdruk Kanker en Werk](#)). Beoordeel positieve en negatieve factoren voor werkhervatting met behulp van tabel 1.

*Tabel 1. Aandachtspunten voor het verkennen van werkgerelateerde problemen
(Bron: [Blauwdruk Kanker en Werk](#))*

Algemeen

- Vraag hoe het gaat op het werk.

Als betrokkene niet werkt vanwege de aandoening:

- Vraag dan naar knelpunten die werkhervatting belemmeren.

Als betrokkene wel werkt en aangeeft dat er problemen zijn:

- Exploreer dan waar knelpunten en mogelijke oplossingen liggen. Daarbij kunnen onderstaande aandachtspunten en bijbehorende suggesties voor vragen 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).

De bedrijfsarts besteedt aandacht aan de communicatie op de werkvloer over de werknemer met kanker.

- Bespreek de wensen van betrokkene ten aanzien van het contact met de werkplek (collega's en werkgever) tijdens het behandelproces en informeer de werkgever daarover.
- Beoordeel of er op de werkplek bij leidinggevende/collega's een stigma rust op kanker waardoor ze wellicht contact met hun zieke collega zullen vermijden. Soms vinden collega's contact te confronterend.

BEROEPSZIEKTE

Een beroepsziekte is een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden.

- Gebruik de [registratierichtlijnen van het NCvB](#) om vast te stellen 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 geraadpleegd via www.beroepsziekten.nl.

C DIAGNOSTIEK VERMOEIDHEID

Vermoeidheid is een van de meest voorkomende symptomen bij patiënten met kanker en kan voorkomen in alle stadia van kanker: voordat de diagnose is gesteld, rond en na de primaire behandeling, bij patiënten met locoregionaal uitgebreide of gemetastaseerde ziekte bij wie de behandeling palliatief van opzet is en ook na volledige genezing (National Comprehensive Cancer Network, NCCN, 2015). Na afloop van de curatieve behandeling kunnen de bijwerkingen irreversibel zijn. Bij borstkankerpatiënten met goede vooruitzichten blijft de vermoeidheid bestaan bij circa een derde van de mensen. Voortdurende vermoeidheid heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van patiënten en hun naasten. Daarbij is de invloed van vermoeidheid op het dagelijks functioneren vaak groter dan die van pijn. Vermoeidheid belemmert de rolvulling en heeft invloed op de tijd die nodig is om terug te keren naar werk.

De definitie van kankergerelateerde vermoeidheid (Cancer Related Fatigue, CRF) is omschreven als 'een distress veroorzakend, voortdurend, subjectief gevoel van fysieke, emotionele en of cognitieve vermoeidheid, gerelateerd aan kanker of de behandeling ervan, dat niet in verhouding staat tot recente activiteit en interfereert met het normale functioneren (NCCN, 2015). De NCCN richtlijn beschrijft dat CRF te weinig wordt gemeld door de patiënten, te weinig wordt gediagnosticeerd en te weinig wordt behandeld.

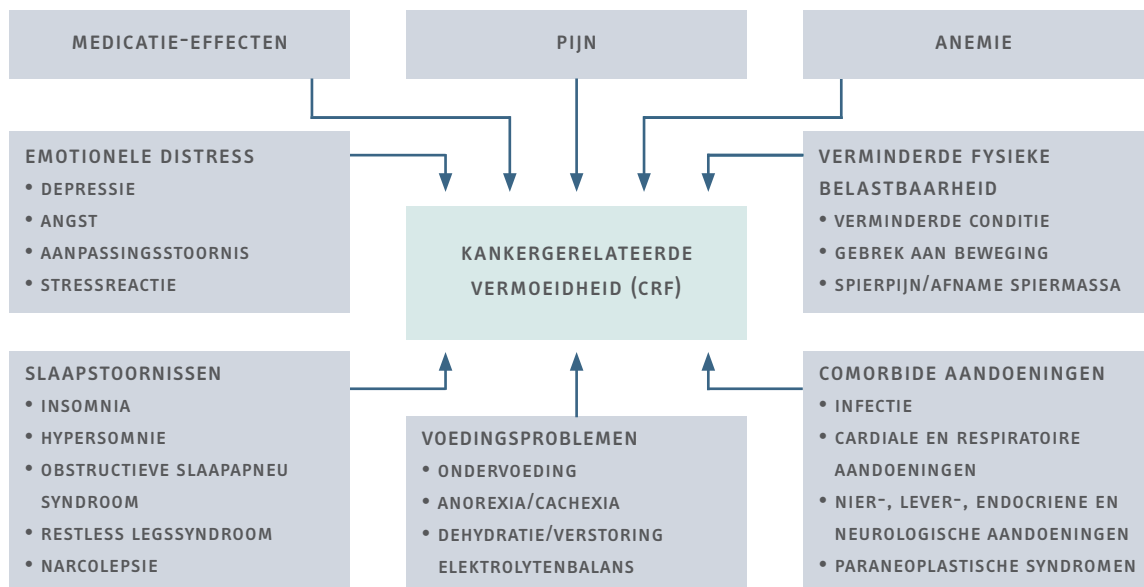
1.7 OORZAKELIJKE FACTOREN VAN VERMOEIDHEID BIJ MENSEN MET KANKER

In de landelijke richtlijn 'Vermoeidheid bij kanker' worden diverse factoren beschreven die gerelateerd zijn aan het voorkomen en de ernst van de vermoeidheid bij patiënten met kanker (Rijt2010). Meestal komen verschillende factoren tegelijkertijd voor. De factoren waarvan het bekend is dat zij gerelateerd zijn aan het optreden en de ernst van de vermoeidheid worden

schematisch weergegeven in figuur 1. Deze weergave komt in grote lijnen overeen met de ‘Cancer Related Fatigue’ richtlijn van het NCCN in de VS (NCCN, 2015).

- Neem een zorgvuldige anamnese af om een beeld te krijgen van de mogelijke oorzaken van de kankergerelateerde vermoeidheid (zie figuur 1) en bespreek:
 - medicatie-effecten
 - pijn
 - anemie
 - emotionele distress
 - slaapstoornissen
 - voedingsproblemen
 - fysieke belastbaarheid
 - comorbide aandoeningen.

Figuur 1. Schematische weergave van oorzaken kankergerelateerde vermoeidheid.
(Bron: NCCN, 2015)



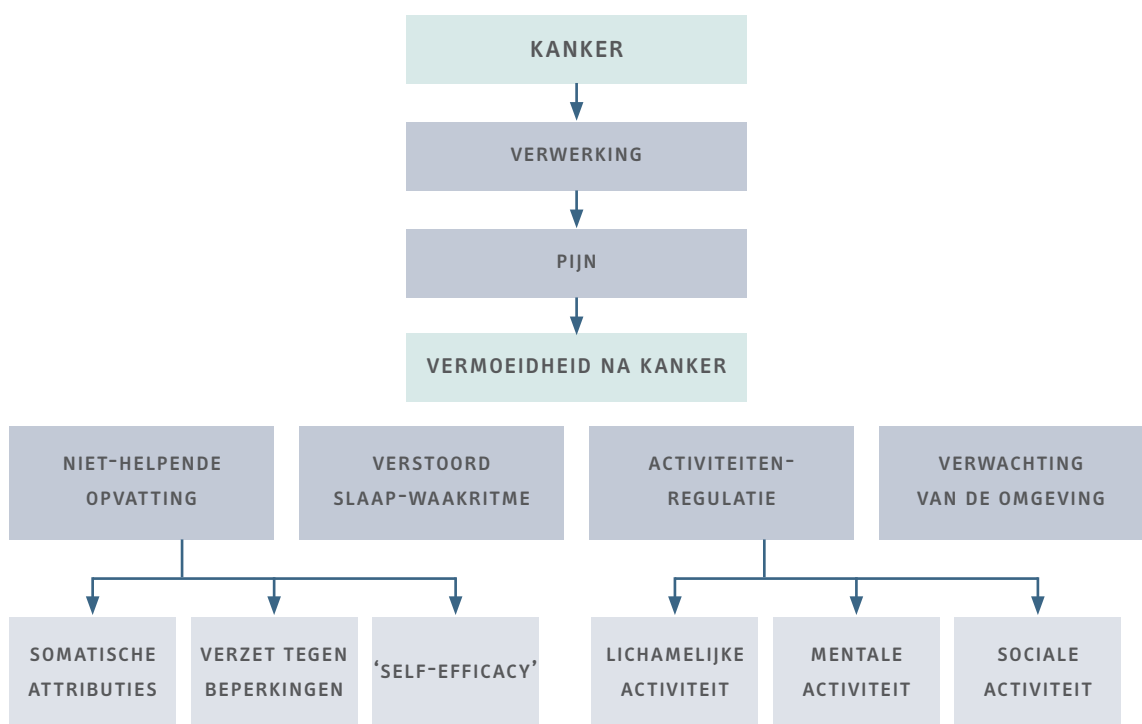
Mensen met kanker voelen zich vaak meer gehoord wanneer er een vragenlijst wordt afgenomen om hun vermoeidheidsklachten te meten. Het helpt hen om precies aan te geven wat er goed gaat en wat minder goed. De auteurs van de richtlijn bevelen aan hiervoor de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) toe te passen. Voordeel van de MVI is dat deze binnen de medisch specialistische revalidatie voor oncologie gebruikt wordt. Daarnaast zijn individuele scores eenvoudig te vergelijken met de domeinscores van zowel mensen na de behandeling van kanker als mensen met dezelfde leeftijd en geslacht. Bovendien is het instrument gratis.

- Stel de mate vast van de kankergerelateerde vermoeidheid (CRF) en overweeg hiervoor de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) te gebruiken. Zie [bijlage 6](#).

1.8 INSTANDHOUDENDE FACTOREN VAN VERMOEIDHEID BIJ MENSEN MET KANKER

Naast oorzakelijke factoren van vermoeidheid bij kanker, spelen bij het voortduren van deze vermoeidheid ook instandhoudende factoren een rol. Het door Bleijenberg et al. (2007) ontwikkelde model gaat dieper in op de veelal psychologische en gedragsfactoren die zorgen dat vermoeidheidsklachten blijven bestaan bij mensen die in opzet curatief behandeld zijn voor kanker. Deze instandhoudende factoren staan hierna in figuur 2.

Figuur 2. Factoren die vermoeidheid na kanker in stand kunnen houden.
(Bron: Bleijenberg et al. 2007)



- Inventariseer of er sprake is van instandhoudende factoren van de vermoeidheid. Leg hierbij de nadruk op de genoemde zes factoren in figuur 2 (verwerking; angst voor recidief; niet-helpende opvattingen; verstoord slaap-waakritme, activiteitenregulatie; verwachtingen van de omgeving).

1.9 STAAT VERMOEIDHEID OP ZICHZELF?

Bij het kiezen van een passende interventie is het vaststellen van de soort problematiek van belang.

- Stel vast of er sprake is van:
 - of de vermoeidheid op zichzelf staat (functioneringsproblemen op één vlak)
 - of er problematiek op verscheidene vlakken is (meervoudig maar niet samenhangend).
 - of er sprake is van complexe problematiek (meervoudig samenhangend)Gebruik hierbij [tabel 1](#) (zie §1.6).

D DIAGNOSTIEK PSYCHISCHE PROBLEMEN

1.10 PSYCHISCHE PROBLEMEN DIFFERENTIËREN

Mensen met kanker kunnen verschillende psychische problemen hebben waaronder stressgerelateerde klachten (soms te diagnosticeren als een aanpassingsstoornis), depressieve symptomen en angst (die zowel diffuus kan zijn als heel specifiek gericht op bijvoorbeeld zorgen omtrent de terugkeer van kanker).

- ▶ Neem bij vermoeden van psychische problematiek de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) af om de ernst van de klachten na te gaan, om een onderscheid te maken tussen verschillende psychische klachtenbeelden, maar ook om een gesprek met betrokkene op gang te brengen. Zie [bijlage 7](#).
NB. De 4 DKL kan ook gebruikt worden om het beloop van de psychische problemen in de tijd in kaart te brengen
- ▶ Wees bij mensen met kanker extra alert op depressie en angst. Dit wordt vaak onderschat of als normaal beschouwd bij deze patiëntengroep met als resultaat: onderdiagnostiek en onderbehandeling.

1.11 STRESSGERELATEERDE KLACHTEN

- ▶ Breng de psychosociale risicofactoren voor langdurig verzuim in kaart en overweeg daarvoor de Vragenlijst Arbeidsreïntegratie (VAR-2) te gebruiken. Zie [bijlage 4](#).

1.12 AANPASSINGSSTOORNIS BIJ MENSEN MET KANKER

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) heeft de aanpassingsstoornis een andere status gekregen en wordt deze als zelfstandige stoornis gezien. Het gaat bij een aanpassingsstoornis om een heterogene verzameling van emotionele of gedragsmatige klachten die optreden na blootstelling aan een stressvolle gebeurtenis.

- ▶ Bedenk bij een aanpassingsstoornis dat het criterium dat klachten zich binnen drie maanden na de stressor ontwikkeld moeten hebben ruim geïnterpreteerd moet worden bij mensen met kanker. Reden hiervoor is de aanwezigheid van multiple stressoren die kunnen fluctueren in de tijd.
- ▶ Raadpleeg zo nodig de [richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker](#) (Trimbos, 2016).

1.13 DEPRESSIE(VE KLACHTEN) BIJ MENSEN MET KANKER

Gezondheidszorgprofessionals onderschatten soms de morbiditeit die veroorzaakt wordt door een depressie bij kankerpatiënten, omdat zij zich goed kunnen voorstellen dat ze zich ook depressief zouden voelen als ze zelf kanker zouden hebben. Deze opvatting kan zorgen voor onderdiagnostiek en daaruit volgend onderbehandeling.

- ▶ Beoordeel of er sprake is van een depressieve stoornis. Zie [NVAB-richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen](#).
- ▶ Maak in geval van de diagnose 'depressieve stoornis' een inschatting van de arbeidsmogelijkheden en arbeidsbeperkingen met behulp van de 'Aandachtspuntenlijst Depressie' uit de NVAB- richtlijn. Zie [bijlage 8](#).
- ▶ Ga in geval van depressieve symptomen ook na of deze samenhangen met de effecten van de (farmacologische) behandeling van de kanker dan wel met de kanker zelf. De oorzaak van de somatische symptomen, bijv. afgenomen eetlust, vermoeidheid, insomnia, kan medisch zijn dan wel onderdeel uitmaken van de depressieve stoornis.

Ter info

- Het vaststellen van een depressie bij kanker is extra moeilijk wanneer er sprake is van veel fysieke symptomen. Daarom specifieke aandacht voor anhedonie (niet meer kunnen ervaren van vreugde). Bij mensen met kanker is dat een belangrijke indicatie voor een depressieve stoornis.
- Waakzaamheid is geboden bij gelijktijdig gebruik van antidepressiva en antihormonale therapie in verband met mogelijke interacties.

1.14 ANGST BIJ MENSEN MET KANKER

Omdat angst een normale reactie is op dreigend gevaar, speelt angst ook een belangrijke rol bij een ingrijpende ziekte als kanker. Er is sprake van een angststoornis indien de angst disproportioneel is ten opzichte van de bedreiging óf zo hevig is dat deze het gewone dagelijkse functioneren belemmert. Bij mensen met kanker moet vooral naar het aspect 'belemmeringen in het functioneren' worden gekeken om te bepalen of er sprake is van pathologische angst: het criterium disproportionaliteit is moeilijker toepasbaar bij potentieel levensbedreigende ziektes ([Landelijke richtlijn Angst](#), 2009).

- ▶ Beoordeel met behulp van onderstaande anamnestiche vragen of er sprake is van angstklachten of van een angststoornis.

DIAGNOSTIEK ANGST

Begrippen

- *Angstklachten*: klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt en die gerelateerd zijn aan als dreigend ervaren problemen.
- *Angststoornis*: stoornis met abnormale angst en aanhoudend subjectief lijden of belemmering van het sociaal functioneren; paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis.

Anamnese

- Voelt u zich gespannen of angstig? Maakt u zich veel zorgen?
- Heeft u angst zonder dat u weet waarvoor?
- Vinden u en uw naasten de angsten reëel?
- Belemmert de angst u in het dagelijks functioneren?

Vraag bij het vermoeden van angstklachten of een angststoornis naar:

- duur en beloop van de klachten, duur en frequentie van aanvallen, ernst van de klachten, mate van subjectief lijden en sociaal disfunctioneren
- situaties waarin angst optreedt
- waar de patiënt bang voor is
- vermijden van situaties of activiteiten
- aanleiding en eventuele relatie met stress
- begeleidende lichamelijke symptomen
- dwanghandelingen en tijd die deze innemen
- misbruik van alcohol, drugs of benzodiazepinen
- suïcidale gedachten of plannen
- comorbiditeit: depressieve klachten, hallucinaties of wanen, geheugenstoornis.

Gebruik desgewenst de 4DKL voor onderscheid tussen angst, depressie, somatisatie en spanningsklachten. Bron: [NHG Standaard Angst](#), 2012

- ▶ Ga in geval van angst na of dit samenhangt met de effecten van de (farmacologische) behandeling van de kanker dan wel met de kanker zelf.
- ▶ Wees alert op specifieke angst bij mensen met kanker zoals:
 - angst voor terugkeer van de kanker nadat de primaire behandelingen zijn afgerond.
 - Post traumatisch stress syndroom (PTSS).
 - prikangst tijdens chemotherapie.

E DIAGNOSTIEK COGNITIEVE PROBLEMEN

Cognitieve problemen komen voor bij vrijwel alle patiënten met schade aan het brein (door primaire hersentumor, metastase, schedelbestraling of operatieve ingreep). Daarnaast kunnen cognitieve problemen voorkomen bij patiënten met overige vormen van kanker.

De cognitieve problemen kunnen verschillende oorzaken hebben.

- *Bij hersentumoren speelt de ziekte zelf een belangrijke rol. Door de behandelingen ontstaat er betere tumorcontrole en daarmee kan ook het cognitief functioneren verbeteren. De keerzijde is dat deze behandelingen (m.n. radiotherapie) bij een deel van de patiënten met een hersentumor ernstige cognitieve gevolgen hebben. In deze groep kan ook chemotherapie bijdragen aan cognitieve problemen, net zoals andere vormen van medicatie zoals anti-epileptica.*
- *Bij patiënten met andere tumoren is de invloed van chemotherapie het meest onderzocht, maar er is ook onderzoek gedaan naar effecten van hormonale therapie bij prostaatkanker en mammacarcinoom.*
- *Voor alle tumoren geldt dat factoren als angst, depressie, vermoeidheid mede van invloed kunnen zijn op het cognitief functioneren.*

Cognitieve problemen kunnen bij patiënten nog lang voortduren nadat de kankerbehandeling is afgerond.

1.15 VASTSTELLEN VAN COGNITIEVE PROBLEMEN BIJ MENSEN MET KANKER

Subjectieve cognitieve klachten kunnen met een vragenlijst worden gemeten zoals de CSC-W DV (zie [bijlage 9](#) die een indicatie geeft van de mate van cognitieve symptomen die op het werk ervaren worden). Met een vragenlijst kan echter geen objectieve cognitieve stoornis worden vastgesteld en zelfrapportage kan sterk samenhangen met factoren als angst en depressie. Als er vervolgens reden is om een cognitieve stoornis te objectiveren, is de uitvoering van een neuropsychologisch onderzoek (NPO) noodzakelijk.

- ▶ *Stel vast of er sprake is van subjectief ervaren cognitieve problemen die de terugkeer naar of behoud van werk belemmeren. Hiervoor kan de CSC-W DV gebruikt worden (bijlage 9). Overleg met een BACO als de CSC-W DV score >24 is. NB Het invullen van de CSC-W DV vraagt een goede beheersing van de Nederlandse taal.*
- ▶ *Overleg en/of verwijs bij mensen met cognitieve klachten naar de hoofdbehandelaar. Die kan indien nodig doorverwijzen naar de revalidatiearts voor een intake voor medisch specialistische revalidatie voor oncologie. Hierbij kan NPO ook deel van het diagnostisch proces uitmaken.*

1.16 DIFFERENTIËREN VAN COGNITIEVE PROBLEMEN VAN MENSEN MET KANKER

De oorzaken van cognitieve problemen bij mensen met kanker zijn onder andere directe neurotoxiteit van chemotherapie, versnelling van het verouderingsproces vanwege DNA beschadiging door de kankerbehandeling en systemische ontstekingen. Echter, cognitieve

klachten kunnen ook onderdeel zijn van aanwezige angst, depressie of vermoeidheid bij de patiënt. Subjectief cognitief functioneren (zelfrapportage met vragenlijsten) is slechts beperkt gerelateerd aan objectief cognitief functioneren (neuropsychologische testprestaties) bij patiënten met kanker. Zelfgerapporteerd cognitief functioneren is meer indicatief voor emotioneel welzijn, waarbij cognitieve klachten weerspiegelingen kunnen zijn van stemmingsproblemen en mentale vermoeidheid. Bij een patiënt met kanker die zich presenteert met cognitieve klachten is het daarom belangrijk om deze gebieden ook langs te lopen en psycho-educatie te geven over de samenhang tussen cognitieve en psychische klachten dan wel vermoeidheid. Tot slot kan medicatie ook bijdragen aan cognitieve beperkingen. De NCCN-richtlijn Survivorship raadt aan om mensen met kanker, die rapporteren over cognitieve problemen, te screenen op (beïnvloedbare) factoren die kunnen bijdragen aan cognitieve beperkingen zoals depressie, pijn, vermoeidheid en slaapproblemen en bepaalde medicatie (NCCN-richtlijn Survivorship, 2016). Zie Tabel 2.

Tabel 2. Factoren die potentieel bijdragen aan cognitieve disfunctie van kankerpatiënten (bron: Asher et al. 2015)

FACTOREN DIE POTENTIEEL BIJDAGEN AAN COGNITIEVE DISFUNCTIE VAN KANKERPATIËNTEN

- Directe neurotoxische effecten van chemotherapie
- Genetische factoren (APOE4, COMT)
- Inflammatoire cytokinen
- Andere medicatie (benzodiazepinen, corticosteroïden, bepaalde antibraakmiddelen, opioïden etc.).
- Andere medische problemen (hypothyreoïdie, anemie, leverziekte)
- Hormonale veranderingen (deprivatie van androgenen of oestrogenen)
- Voedingsfactoren en tekorten
- Inactiviteit / deconditionering
- Weinig cognitieve reserve (door leeftijd, educatie etc.)
- Depressie/angst
- Chronische sociale isolatie/stress

- Beoordeel bij mensen die cognitieve klachten rapporteren, of er sprake is van psychische problemen (distress, depressie, angst) en/of vermoeidheid (inclusief slaapproblemen).
- Geef zo nodig voorlichting over de samenhang tussen cognitieve en psychische klachten dan wel vermoeidheid.
- Ga bij deze mensen ook na of er medicatie wordt gebruikt die invloed kan hebben op het cognitieve functioneren (benzodiazepinen, corticosteroïden, bepaalde antibraakmiddelen, opioïden etc.) .

F PROBLEEMDIAGNOSE

CO-MORBIDITEIT *Vooraf bij oudere werknemers met kanker is er vaak sprake van co-morbiditeit, bijvoorbeeld diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen, COPD, reumatische aandoeningen of neurologische aandoeningen. Gezien de diversiteit en complexiteit van co-morbiditeit bij patiënten met kanker wordt dit onderwerp in deze richtlijn niet behandeld. Wel is het belangrijk om te weten, welke consequenties een behandeling met bijvoorbeeld chemotherapie, immunotherapie of hormoontherapie in combinatie met een van de genoemde chronische aandoeningen heeft voor een te adviseren interventie en/of voor het arbeidsvermogen.*

- ▶ Raadpleeg bij co-morbiditeit tevens de op de aandoening van toepassing zijnde richtlijn, alvorens een interventie te adviseren of een reïntegratieadvies af te geven.
- ▶ Overleg zo nodig met de behandelaar(s) en/of overweeg een verwijzing naar een BACO.
- ▶ Stel de bedrijfsgeneeskundige problemdiagnose op.
Ter info
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 werknemer
 - de mogelijkheden van de werkgever
 - de huidige sociale wetgeving (Ziektewet, WIA).
- ▶ Bespreek de bevindingen met betrokken werknemer 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 werknemer. 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.
- ▶ Beoordeel of er belemmeringen zijn voor werkhervatting en adviseer 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^e spoor.
- ▶ Bij aanwezigheid van een of meerdere van belemmerende factoren kan een adequate medische-/psychologische interventie worden geadviseerd, bijvoorbeeld psychosociale begeleiding of medisch specialistische revalidatie voor oncologie.
- ▶ Overweeg bij twijfel of onduidelijkheid over de diagnostiek te verwijzen naar een BACO.

2 INTERVENTIE GERICHT OP WERKHERVATTING

De in de diagnostische fase ingezette begeleiding door de bedrijfsarts wordt voortgezet. De aanbevolen frequentie van de contacten tussen de bedrijfsarts en mensen met kanker is eens in de 6-12 weken, afhankelijk van de fase van de begeleiding (onafhankelijk van de wettelijk verplichte periodiciteit m.b.t. de Wvp). Als de behandeling nog in volle gang is en de komst naar de bedrijfsarts te belastend is, wordt telefonisch contact aangeraden. In 25% van de gevallen blijven kankerpatiënten tijdens de behandelingen doorwerken, maar in het merendeel van de gevallen zal de werkhervatting pas na de behandeling plaatsvinden.

A ALGEMENE INTERVENTIES

*Van belang is het tijdstip waarop een bepaald type interventie wordt ingezet gedurende het traject: een **fysiek** trainingsprogramma kan al gedurende de kankerbehandeling worden ingezet. Fysieke trainingsprogramma's, zowel gesuperviseerd als zelfstandig thuis uitgevoerd en zowel tijdens als na de kankerbehandeling, lijken voordelige effecten te hebben op terugkeer naar werk en op de ervaren problemen op het werk. Een multidisciplinaire interventie is met name van toepassing na afronding van de kankerbehandeling. Verwijzen voor een multidisciplinaire interventie is geïndiceerd bij een discrepantie tussen het huidige en het optimale niveau van functioneren met lichamelijke en/of psychosociale beperkingen.*

2.1 GEDURENDE DE KANKERBEHANDELING: FYSIEK TRAININGSPROGRAMMA

- ▶ Beoordeel gedurende de kankerbehandeling of een fysiek trainingsprogramma de arbeidsparticipatie kan bevorderen. Afhankelijk van de wens van de werknemer kan dat zowel een gesuperviseerd programma (matig tot hoge intensiteit) als een zelfstandig uit te voeren programma zijn (lage tot matige intensiteit).

Kan betrokkene zelfstandig trainen?

- ▶ Maak een inschatting of betrokkene zelfstandig kan trainen of begeleiding nodig heeft: gebruik hiervoor de PACE vragenlijst, zie [bijlage 11](#). Met deze vragenlijst wordt inzicht verkregen in het huidige beweeggedrag en in het huidige lichamelijke activiteitenpatroon.
- ▶ Sluit contra-indicaties uit als betrokkene zelfstandig wil gaan trainen en hanteer daarvoor de Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Zie [bijlage 12](#).
- ▶ Zijn er geen contra-indicaties om zelfstandig te trainen? Dan kan gestart worden met een aerobe training met een lage tot matige intensiteit, bijvoorbeeld een opbouwend wandelschema. Zie [bijlage 13](#).

Gaat betrokkene onder supervisie trainen?

- ▶ Adviseer in geval van trainen onder supervisie een matig tot hoog intensieve gecombineerde aerobe en krachttraining.

2.2 NA AFRONDING VAN DE KANKERBEHANDELING: MULTIDISCIPLINAIRE INTERVENTIE

- ▶ Verwijs na afronding van de kankerbehandeling na overleg met de werknemer op indicatie naar een multidisciplinaire interventie (bestaande uit combinaties van fysieke training, psycho-educatie en werkgerichte componenten) om de werkhervatting te bevorderen.

2.3 INTERVENTIES VANUIT HET PERSPECTIEF VAN WERKNEMER, WERKGEVER EN BEDRIJFSARTS

- ▶ Bespreek of de werknemer mogelijkheden ziet of behoefte heeft om tijdens de kankerbehandeling te blijven werken ('werk als anker'). De bedrijfsarts neemt zelf het initiatief tot continuïteit in de spreekuurcontacten; dat werkt bevorderend voor werkhervatting. Het is van belang om werknemergericht te werken, en de hulpvraag van de werkende met kanker centraal te stellen (binnen de kaders van de sociale wetgeving; informeer betrokkene over haar/zijn rechten en plichten).
- ▶ Zorg voor de mogelijkheid tot het maken van (vroeg) afspraken op het bedrijfs-geneeskundig spreekuur voor werkenden met kanker om de behoefte van de werknemer te inventariseren en de wijze en frequentie van het contact af te stemmen.
- ▶ Zorg als bedrijfsarts voor continuïteit van zorg/begeleiding.
- ▶ Vervul als bedrijfsarts een coachende rol voor de werkende met kanker, eventueel in combinatie met een reïntegratiebureau dat gespecialiseerd is in het begeleiden van mensen met kanker.

Contact tussen de werknemer met kanker en werkgever/werkvloer draagt in belangrijke mate bij aan de werkhervatting.

- ▶ Stimuleer de werkgever tot contact met de werknemer gedurende alle fasen, vanaf de diagnose tot de terugkeer naar werk.
- ▶ Stimuleer de werkende met kanker om het contact met werkgever en collega's tijdens de behandelingen te onderhouden.

Het kan voorkomen dat op de werkplek bij collega's een stigma rust op kanker waardoor ze wellicht contact met hun zieke collega zullen vermijden. Soms vinden collega's contact te confronterend.

- ▶ Geef in dat geval voorlichting om het contact tussen de collega's en de werknemer met kanker te bevorderen.

PARTICIPATIEVE AANPAK

Om de psychische gezondheid van werkenden met kanker te bevorderen, kunnen interventies zowel gericht zijn op de organisatie als op de werkende. Hoewel dat onderscheid niet altijd even strikt te hanteren is, geeft het wel een goed inzicht in de verschillende mogelijkheden om (preventief) te interveniëren. Werkplekgerichte (preventieve) organisatorische maatregelen kunnen op de gezondheid, op de omgeving of op het gedrag gericht zijn (uitgangspunten ICF-model). Maatregelen gericht op de werkende zijn bijvoorbeeld het versterken van de regelmogelijkheden en sociale steun op het werk. Hierbij kan de bedrijfsarts samen met de werkende belemmerende factoren (laten) aanpakken door gebruik te maken van de

participatieve aanpak. Er zijn aanwijzingen dat deze aanpak effectief is om de blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en het functioneren (werkprestatie) te verbeteren. Bij een participatieve aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. (Leidraad Participatieve aanpak op de werkplek, 2016).

- Overweeg de participatieve aanpak bij het bepalen van belangrijke knelpunten in het werk en het vaststellen van bruikbare passende oplossingen indien de werknemer met kanker zich kan vinden in deze benadering.
- Vervul bij toepassing van de participatieve aanpak vooral de rol van procesbegeleider.

REÏNTEGRATIEPLAN

- Bepaal op voorhand samen met de werkende en de leidinggevende de vorm van de reïntegratie. Dit kan maatwerk bevorderen en het begrip bij de werkgever vergroten. NB. Aan te bevelen is een gezamenlijk overleg tussen bedrijfsarts, werknemer, leidinggevende(n) en eventueel HR-adviseur waarin het reïntegratieplan wordt besproken.
- Maak duidelijk dat eenzijdige druk vanuit de werkomgeving om weer ‘gewoon’ aan het werk te gaan het reïntegratieproces kan belemmeren. Maar ook te weinig stimulans kan het proces vertragen. Er bestaat geen standaard voor succesvol re-integreren: het is maatwerk.
- Wees alert bij integratie-adviezen als duidelijk is dat het werk mogelijk heeft bijgedragen aan het ontstaan van kanker, bijvoorbeeld bij borstkanker en nachtdienst, en bespreek dit met betrokkene.

Het zal voor een werkende een grote uitdaging zijn om een interventie voor vermoeidheid dan wel psychische en/of cognitieve klachten te combineren met opbouw naar werk. De auteurs van de richtlijn zijn van mening dat bij werkenden met kanker de trainingsuren tijdens de interventie of revalidatie eigenlijk als werkuren zouden moeten gelden. Dit betreft ook de reistijd naar de locatie waar de interventie/revalidatie wordt gegeven.

- Zorg voor een reïntegratieplan en toets regelmatig of het reïntegratieplan nog passend is (maatwerk).
- Formuleer een gericht advies voor werkhervatting op basis van de totale belasting van betrokkene. Houd hierbij rekening met werk, reistijd van en naar werk, reistijd van en naar geadviseerde interventie/revalidatie, huishouden, maar ook de eventuele belasting door interventies gericht op vermoeidheid, psychische en/of cognitieve klachten.
- Adviseer alleen flexibele werkaanpassingen die aansluiten bij de onvoorspelbaarheid en grilligheid van de ziekte, het behandelen het hersteltraject. Neem hierin waar nodig een coachende en stimulerende rol richting leidinggevende.
- Stem adviezen af met de behandelend arts en met de huisarts tot de reïntegratie is gerealiseerd. Zie [bijlage 10](#) voor voorbeeldbrieven om tegenstrijdige adviezen te voorkomen.
- Wees alert op de langetermijneffecten van de ziekte en/of behandeling en bespreek na afloop van het reïntegratietraject of betrokkene nog speciale behoeften heeft. NB. Bij mensen met kanker kunnen onder meer vermoeidheidsklachten ook op de lange termijn nog voor problemen op het werk (gaan) zorgen.

2.4 GESPECIALISEERDE BEGELEIDING GERICHT OP WERKHERVATTING

Voor het vinden van ondersteunende behandeling en begeleiding bij kanker is de *Verwijsgids Kanker* een goed hulpmiddel.

- ▶ Verwijs tijdig naar of overleg met een **bedrijfsarts/consulent oncologie** (BACO). Dat kan:
 - positieve effecten hebben op de werkhervatting;
 - tegenstrijdige adviezen van zorgprofessionals voorkomen.
- ▶ Verwijs:
 - bij energieproblemen of functieproblemen van de handen (neuropathie) naar de ergotherapeut.
 - bij problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig, niet samenhangend) naar naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog.
 - bij complexe problematiek (meervoudig, samenhangend) waarvoor onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, naar medisch specialistische revalidatie voor oncologie.
- ▶ Informeer de werknemer bij verwijzing naar een psycholoog of fysiotherapeut op het bestaan van BIG-geregistreerde psychologen en fysiotherapeuten met een specialisatie in de oncologie.
- ▶ Informeer de werknemer - indien van toepassing - op het bestaan van:
 - LATER poliklinieken (voor langetermijneffecten na kinderkanker)
 - AYA-poli's (voor adolescenten en jongvolwassenen)
 - BETER-poliklinieken (bij Hodgkin lymfoom).

B INTERVENTIES BIJ VERMOEIDHEID

Het zal voor een werkende een grote uitdaging zijn om een interventie voor kanker-gerelateerde vermoeidheid (CRF) te combineren met opbouw naar werk. De auteurs van de richtlijn zijn van mening dat bij werkenden met kanker de trainingsuren tijdens de interventie of revalidatie eigenlijk als werkuren moeten gelden. Dit betreft ook de reistijd naar de locatie waar de interventie/revalidatie wordt gegeven en de reistijd naar het werk.

2.5 FUNCTIONERINGSPROBLEMEN OP ÉÉN SPECIFIEK VLAK

*Op basis van anamnese, de Lastmeter en aanvullende screening kan de conclusie zijn dat er sprake is van enkelvoudige problematiek (bijvoorbeeld beperkte schouderfunctie bij een patiënte met borstkanker). Tijdens en na de kankerbehandeling kan dan gekozen worden voor fysieke en/of psychologische interventies die gericht zijn op het verminderen van deze vermoeidheid. De *richtlijn Medisch Specialistische revalidatie bij Oncologie* geeft onderstaande aanbevelingen voor interventies.*

Tijdens de behandeling

- Overweeg om ter beperking van vermoeidheid tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker fysieke training onder supervisie aan te bieden.
- Overweeg om ter voorkoming van chronische vermoeidheid cognitieve gedrags-therapie als psychosociale interventie aan te bieden tijdens de in opzet curatieve behandeling aan patiënten die al bij diagnose kanker vermoeidheidsklachten ervaren.

Revalidatieprogramma's na afloop curatieve behandeling (citaat uit eerste versie van de richtlijn):

- De werkgroep adviseert een trainingsprogramma van tenminste matige intensiteit, bestaande uit een aërobe training (lopen en fietsen) ter verbetering van de aërobe capaciteit, kanker gerelateerde vermoeidheid en rolfunctioneren.
- De werkgroep adviseert een trainingsprogramma van tenminste matige intensiteit, bestaande uit een progressieve spierkrachttraining (progressive resistance training), ter verbetering van de spierkracht, kanker gerelateerde vermoeidheid en rolfunctioneren.
- Het verdient aanbeveling dat per patiënt een behandelprogramma op maat wordt bepaald, waarbij rekening wordt gehouden met de kenmerken van de ziekte en de voorkeuren en de persoonlijke doelen van de patiënt.
- De werkgroep adviseert cognitieve gedragstherapie, bij in opzet curatief behandelde patiënten met kanker, die één jaar na het afsluiten van de laatste oncologische behandeling nog ernstig vermoeid zijn ter verbetering van de kanker gerelateerde vermoeidheid en ter verbetering van ervaren functionele beperkingen.

Bron: landelijke richtlijn [Medisch Specialistische revalidatie bij Oncologie](#) (VIKC, 2017 gereviseerd).

- Adviseer conform de aanbevelingen in de richtlijn [Medisch Specialistische revalidatie bij Oncologie](#), bespreek met betrokkene de verschillende opties inclusief de voor- en nadelen, en bied ruimte voor inbreng en eigen regie.

2.6 FUNCTIONERINGSPROBLEMEN OP VERSCHIEDENE VLAKKEN

Bij functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig), lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak en/of met betrekking tot rolfunctioneren en/of zingeving of bij een verhoogd risico hierop, dient de onderlinge samenhang en complexiteit bepaald te worden.

MEERVOUDIGE NIET-SAMENHANGENDE PROBLEMATIEK

Bij meervoudige problematiek is er sprake van een hulpvraag op meerdere vlakken (zowel fysieke als psychosociaal). Hiervoor kan een interdisciplinaire op elkaar afgestemde behandeling wenselijk zijn wanneer er sprake is van samenhang.

- Verwijs naar een medisch specialist/oncoloog conform de richtlijn [Medisch Specialistische revalidatie bij Oncologie](#) omdat er wellicht naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen geïndiceerd zijn.

COMPLEXE PROBLEMATIEK

Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld amputatie na osteosarcoom) is er sprake van een sterke interactie tussen problemen op fysiek gebied en psychosociaal gebied en/of van zeer uitgebreide functiestoornissen dat interdisciplinaire behandeling door een revalidatie-geneeskundig team noodzakelijk is.

- ▶ Volg de richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologieals er sprake is van complexe problematiek (meervoudig samenhangende problematiek op verscheidende vlakken) en verwijs naar een revalidatiearts voor een interdisciplinair afgestemd behandelplan.

2.7 MONITORING

- ▶ Monitor de kankergerelateerde vermoeidheid en gebruik daarvoor ook de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI). Zie [bijlage 6](#).
NB. Vervolgmomenten voor monitoring kunnen zijn:
 - tijdens de behandeling van de kanker: aan het begin en het einde van elke vorm van behandeling en/of elke 3 maanden wanneer het een langdurige behandeling betreft.
 - tijdens de controleperiode van de behandelaar: bij elk controlebezoek maar niet vaker dan elke 2 of 3 maanden.

C INTERVENTIES BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN

2.8 STRESSGERELATEERDE KLACHTEN

- ▶ Vervul bij stressgerelateerde klachten tenminste de rol van procesbegeleider.
- ▶ Vul deze rol desgewenst aan met behandelinterventies gericht op de werkende en/of interventies gericht op de werkomgeving (conform de [NVAB-richtlijn Psychische problemen](#)). Daarnaast kan zo nodig advies worden ingewonnen bij een [bedrijfsarts consulent oncologie](#) (BACO).

2.9 ANPASSINGSSTOORNIS BIJ MENSEN MET KANKER

- ▶ Handel en adviseer conform de [richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker](#) (Trimbos Instituut, 2016).

2.10 DEPRESSIE(VE KLACHTEN) BIJ MENSEN MET KANKER

- Baseer de behandeling van een depressieve episode op de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) (Trimbos Instituut, 2013).

BEHANDELING DEPRESSIE (TRIMBOS INSTITUUT, 2013)

Lichte depressieve episode, korter dan 3 maanden

Voor lichte depressieve episoden die korter dan 3 maanden bestaan worden naast de basisinterventies in overleg met de patiënt naar keuze eerste-stap interventies toegevoegd.

Basisinterventies: Psycho-educatie, dagstructurering en actief volgen.

Eerste-stap interventies. Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie, bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie), activerende begeleiding, counseling of psychosociale interventies.

NB. Farmacotherapie is bij lichte depressie niet geïndiceerd.

Lichte depressieve episode, langer dan 3 maanden

In het geval van lichte depressieve episoden die langer dan 3 maanden bestaan of optreden als recidief, wordt aanbevolen eerst probleemoplossende therapie of systematische kortdurende behandeling te overwegen en indien dit onvoldoende effect sorteert, psychotherapie te overwegen. Psychotherapie kan in de vorm van cognitieve (gedrags)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT) of interpersoonlijke therapie (IPT). Indien dit ook onvoldoende effect sorteert is het tijdig heroverwegen van het behandelbeleid geïndiceerd en wordt farmacotherapie als behandelalternatief overwogen.

Matige of ernstige depressieve episode, eerste episode

Ook in de behandeling van eerste (matig) ernstige depressieve episoden zijn de basisinterventies altijd geïndiceerd, eventueel aangevuld met (continuering van) eerste-stap interventies. Tegelijkertijd is ook behandeling met psychotherapie dan wel farmacotherapie geïndiceerd.

Matige of ernstige depressieve episode, recidiverend

In de behandeling van recidiverende (matig) ernstige depressieve episoden is, naast de basisinterventies, psychotherapie dan wel combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd. Een behandelbeleid met uitsluitend farmacotherapie is niet geïndiceerd bij een recidiverende matige of ernstige depressie.

Ter info

Interventie-onderzoek bij mensen met kanker geeft specifieke aanbevelingen voor de behandeling van depressie bij deze groep door middel van psycho-educatie, mindfulness, cognitieve gedragstherapie (CGT) en antidepressiva.

2.11 ANGST BIJ MENSEN MET KANKER

In de Landelijke richtlijn Angst wordt gesteld dat denken in termen van angst als symptoom, in plaats van als een stoornis, meer praktische handvaten kan bieden bij mensen met kanker.

ANGSTKLACHTEN

Mensen met kanker met reactieve angst (gekenmerkt door gevoelens van beklemming en vrees in reactie op dreigend onheil en gevaar) hebben veelal ondersteuning nodig. Luisteren en her- en erkenning van de angst kan voor de patiënt voldoende zijn om zijn angsten het hoofd te bieden. Bij reactieve angst is een aparte behandeling veelal niet nodig. Een medicamenteuze behandeling bij angstklachten is onnodig en niet effectief.

- ▶ Bied een luisterend oor en geef voorlichting.
NB. Is dit onvoldoende, dan kan zelfhulp op basis van CGT-technieken of mindfulness overwogen worden.

Angststoornis

De rol van medicamenteuze behandeling bij een angststoornis is beperkt.

- ▶ Ga na of er bij een ongecompliceerde angststoornis CGT plaatsvindt.
Is dat niet het geval ga dan in overleg met betrokkene en de behandelaar om er voor te zorgen dat er alsnog CGT word ingezet.

Specifieke angst bij mensen met kanker

- ▶ Verwijs bij specifieke angsten van mensen met kanker in overleg met de behandelaar en ga na of er in het behandelteam een BIG-geregistreerde psycholoog zit met specialisatie in de oncologie.

D INTERVENTIES BIJ COGNITIEVE PROBLEMEN

Cognitieve klachten kunnen weerspiegelingen zijn van stemmingsproblemen en mentale vermoeidheid. Het onderscheid heeft belangrijke implicaties voor de interventie die aangeboden moet worden. Bij een organische geheugenbeperking kunnen technieken aangeboden worden zoals het gebruik van geheugensteunen terwijl bij stemmingsproblemen een andere aanpak nodig is. Een praktische interventie waarmee gestart kan worden is het informatie geven aan patiënten over de relatie tussen cognitieve problemen en emotionele distress. De daarop volgende behandeling richt zich op de specifieke stressoren die een rol spelen bij de patiënt en de bevordering van effectieve copingstrategieën om hier mee om te gaan.

2.11 KANKERGERELATEERDE COGNITIEVE KLACHTEN

- ▶ Ga na welke medicatie is voorgeschreven vanwege de mogelijke invloed daarvan op het cognitief functioneren.
- ▶ Zorg voor uitleg in de vorm van psycho-educatie over de relatie tussen de ervaren cognitieve problemen tijdens het werk en de mogelijke samenhang hiervan met psychische klachten en vermoeidheid.
- ▶ Zorg voor behandeling van de specifieke stressoren (distress, depressie, angst en/of vermoeidheid inclusief slaapproblemen) en voor het bevorderen van effectieve copingstrategieën.
- ▶ Overweeg een fysieke training te adviseren.
- ▶ Overweeg bij een CSC-W score van ≥ 24.2 verwijzing naar een [bedrijfsarts consulent oncologie](#)
- ▶ Overleg met en/of verwijs bij mensen met cognitieve klachten naar de hoofdbehandelaar. Die kan indien nodig doorverwijzen naar de revalidatiearts voor medisch specialistische revalidatie voor oncologie.
- ▶ Adviseer mensen met schade aan het brein (door een primaire hersentumor, metastase, schedelbestraling of operatieve ingreep) volgens de aanbevelingen uit de [richtlijn NAH en Arbeidsparticipatie](#) en de richtlijn [Cognitieve revalidatie niet-aangeboren hersenletsel](#).

3 PROGNOSE VOOR WERKHERVATTING EN ARBEIDSPARTICIPATIE

Het beoordelen van en advies geven over de prognose behoort tot het werk van zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts.

Hieronder staan de belangrijkste voorspellende factoren (positief en negatief) voor werkhervatting en arbeidsparticipatie bij mensen met kanker. Ook wordt een overzicht gegeven van voorspellende factoren voor arbeidsparticipatie bij overlevenden van kanker op de kinderleeftijd.

- ▶ Inventariseer of er factoren zijn met een voorspellende waarde voor werkhervatting en arbeidsparticipatie. De belangrijkste voorspellers zijn:
 - *Leeftijd*
Mannen > 50 jaar en vrouwen > 55 jaar zijn meer at risk.
 - *Laag opleidings- en inkomensniveau*
Voorspellers van langere tijd tot werkhervatting.
 - *Type kanker*
Hoofd- en nektumoren, long- en borstkanker en leukemie leiden tot langer verzuim.
 - *Behandeling*
Chemotherapie en combinatietherapie zijn geassocieerd met een langere verzuimduur.
 - *Symptomen*
Vermoeidheid, pijn en depressie belemmeren terugkeer naar werk.
 - *Aard van het werk*
Laagbetaald werk, private sector en veeleisende banen belemmeren werkhervatting.
 - *Sociale steun op het werk*
Steun van collega's en werkgever bevordert werkhervatting.In [bijlage 14](#) is een uitgebreid overzicht opgenomen met voorspellende factoren.

- ▶ Houd bij de beoordeling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid rekening met de voorspellende factoren voor werkhervatting en arbeidsparticipatie.

- ▶ Beoordeel de bevorderende en belemmerende factoren voor werkhervatting (zie Aandachtspunten voor het verkennen van werkgerelateerde problemen in [tabel 1](#) van deze richtlijn onder Diagnostiek werkgerelateerd).

- ▶ Adviseer betrokkene en zijn/haar leidinggevende met elkaar in gesprek te gaan over de werkgerelateerde factoren.

- ▶ Adviseer om steun van collega's te organiseren (bijvoorbeeld een buddy).

- ▶ Overleg zo nodig met de (hoofd)behandelaar over adequate behandeling/interventies in relatie tot de voorspellende ziektegerelateerde factoren. Bijvoorbeeld over de gevolgen van de hormoonbehandeling. Soms kan voor een middel gekozen worden dat minder invloed heeft op arbeidsmogelijkheden.

4 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE

Ter voorkoming van terugval en een chronisch beloop van problemen en klachten worden altijd interventies overwogen die de kans op terugval of herhaling voorkomen. Dreigende terugval kan worden opgespoord door regelmatige monitoring en tevens kunnen afspraken worden gemaakt over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval. Het is belangrijk dat de bedrijfsarts en de verzekeringsarts in de arbo-rol hier tijdens de begeleiding ook expliciet aandacht aan besteden en werkenden met kanker het vertrouwen en de aanmoediging geven die benodigd zijn bij dit zelfmanagement.

Een belangrijk doel van deze richtlijn is daarnaast om inzicht te geven hoe stagnatie in herstel van functioneren en van terugkeer naar werk tijdig kan worden vastgesteld en welke acties dan nodig zijn. Voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts in de arbo-rol is het belangrijk om bij stagnatie actief te kunnen interveniëren. Kennis over stagnatie is ook belangrijk omdat voorafgaand aan de WIA-beoordeling de reïntegratie inspanningen getoetst moeten worden. Deze richtlijn biedt inzicht in de aspecten waarop getoetst moet worden. Signaleren van stagnatie is een gezamenlijk belang van alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de verzuimende werkende.

- Wees alert op de langetermijneffecten van de ziekte en/of behandeling en bespreek na afloop van het reïntegratietraject of de werknemer nog speciale behoeften heeft. Ter info.
Vermoeidheidsklachten bij werknemers met kanker kunnen ook op de lange termijn nog voor problemen op het werk zorgen.

4.1 VASTSTELLEN STAGNATIE VAN DE WERKHERVATTING

- Volg voor het vaststellen van stagnatie de stappen uit de [NVAB-richtlijn Psychische Problemen](#):
 - hoe lang is de werkende bezig met herstel?
 - past dit bij (het beloop van) de ziekte?
 - welke hersteltaken vervult de werkende ?
 - wordt het herstelproces adequaat doorlopen?
- Onderzoek welke aspecten een rol spelen bij stagnatie van de werkhervatting. Denk daarbij aan:
 - Ziektespecifieke factoren:
 - ernst van de aandoening, onvoldoende respons op behandeling, morbiditeit.
 - Symptomen, met name vermoeidheid, pijn of depressie
 - Persoonlijke factoren:
 - coping, veerkracht.
 - Werkomgeving:
 - aard en inhoud van het werk, houding en ondersteuning leidinggevende, collegae.
 - Omgevingsfactoren:
 - factoren buiten de werkomgeving die herstel doen stagneren.
- Maak zo nodig nieuwe afspraken en actualiseer het reïntegratieplan op punten waar sprake is van (dreigende) stagnatie.
- Overleg met de (hoofd)behandelaar.

4.2 INTERVENTIES GERICHT OP OPHEFFEN STAGNATIE IN HERSTEL VAN FUNCTIONEREN

- Documenteer in geval van stagnatie in het herstel van functioneren:
 - of de werkende zich onder behandeling heeft gesteld en de behandeladviezen heeft opgevolgd.
 - of er factoren in de persoon en/of in de werkomgeving zijn die herstel van functioneren en werkhervatting blokkeren.
- Leg eveneens vast:
 - welke acties zijn ondernomen om deze herstelblokkerende factoren op te heffen;
 - wat het resultaat van deze actie(s) was;
 - en of er nieuwe afspraken zijn gemaakt en/of het begeleidingsplan is aangepast.

ZIEKTESPECIFIEKE FACTOREN ALS OORZAAK VAN DE STAGNATIE

- Overleg met de behandelaar voor heroverweging van de behandeling:
 - als er 6 weken na start van de geadviseerde interventies geen enkele verbetering is.
 - als er bij twee opeenvolgende contacten (met een tussenliggende periode van 3-5 weken in de eerste 3 maanden, of van 6 weken na 3 maanden) geen begin van – verdere – vooruitgang is.

FACTOREN IN DE (WERK) OMGEVING ALS OORZAAK VAN DE STAGNATIE

- Heroverweeg het begeleidingsplan:
Ligt de oorzaak van stagnatie in de *afspraken op de werkplek* en met de leidinggevende?
- Overleg dan met werkende en leidinggevende en maak afspraken over het wel of niet bijstellen van het begeleidingsplan.
Ligt de oorzaak van stagnatie in omgevingsfactoren?
- Inventariseer dan wat de blokkerende factoren zijn en zorg ervoor dat er een actieplan komt om deze op te heffen.

4.3 FACTOREN DIE OPNIEUW UITVALLEN VOORSPELLEN

- Inventariseer of er factoren zijn met een voorspellende waarde voor werkhervatting/ arbeidsparticipatie. Zie [hoofdstuk 3 Prognose](#) en [bijlage 14](#) voor de prognostische factoren voor werkhervatting en arbeidsparticipatie.
- Betrek de geïnventariseerde factoren bij de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel en bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

4.4 THERAPEUTISCH WERKEN UIT MEDISCH OOGPUNT

Bij therapeutisch werken worden werkzaamheden verricht die uit medisch oogpunt wenselijk zijn om de reïntegratie van de werknemer te bevorderen. Het gaat daarbij om werkzaamheden waaraan geen loonwaarde kan worden gekoppeld. Dat is bijvoorbeeld zo als de werknemer weer aan het werk gaat, maar nog onduidelijk is of hij ook daadwerkelijk zijn eigen werkzaamheden weer zal kunnen gaan uitvoeren. De periode van therapeutisch werken uit medisch oogpunt is maximaal 4 weken. Het is geen noodzakelijk onderdeel van de reïntegratie. Therapeutisch werken heeft niet altijd betrekking op eigen werk (kan ook toegepast worden op passende arbeid/aangepast werk) en is geen werkhervatting (er is geen sprake van loonwaarde).

4.5 TOETSING REÏNTEGRATIE INSPANNINGEN DOOR UWV BIJ WIA-AANVRAAG

De ‘Werkwijzer Poortwachter’ (UWV, 2017) geeft aanwijzingen hoe de verzekeringsarts de voorgeschiedenis, voorafgaand aan de WIA-beoordeling moet beoordelen (zie [bijlage 15](#)). De UWV-werkwijzer heeft als doel zowel concrete beoordelingscriteria als praktische aanwijzingen te bieden aan de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige, aan werkgevers, werknemers en degenen die hen ondersteunen. De UWV-werkwijzer beperkt zich tot de toets van reïntegratieverslagen van werknemers, inclusief toets reïntegratieverslag einde dienstverband.

- Betrek de geïnterviewde factoren die opnieuw uitval voorspellen bij de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel en bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

De auteurs van de richtlijn hebben gediscussieerd over indicaties voor afstemming tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts en adviseren het volgende:

- Bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek wordt contact geadviseerd tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts om de eigen bevindingen toe te lichten of verduidelijken. Dit is in het belang van goede zorg voor de werkende met kanker.

5 ONDERWERPEN WAAR DEZE RICHTLIJN GEEN OF WEINIG AANDACHT AAN BESTEEDT

Alhoewel ze niet minder belangrijk zijn, wordt in deze richtlijn niet of niet uitvoerig ingegaan op onderstaande punten.

WERK ALS OORZAAK VAN KANKER

Deze richtlijn gaat niet over het krijgen van kanker door het werk. Dat is niet omdat dit niet belangrijk is maar omdat dat een ander soort richtlijn vergt. De NVAB en het NCvB zijn hierover in overleg en er bestaat een gerede mogelijkheid op financiering. In dat geval kan er in de nabije toekomst gestart worden met de ontwikkeling van een richtlijn waarin het gaat om werk(omstandigheden) als oorzaak van kanker.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZE

Er is (nog) onvoldoende bewijs dat alternatieve geneeskundige interventies een positief effect hebben.

PARTNERS EN MANTELZORGERS

Ook partners en mantelzorgers kunnen op het spreekuur van de bedrijfsarts terecht komen. Uit de literatuur is bekend, dat bijvoorbeeld partners van mannen met prostaatkanker meer psychische klachten aangeven, dan de mannen zelf.

ERFELIJKE VORMEN VAN KANKER

Voor mensen met erfelijke vormen van kanker is het risico dat de ziekte zich op elk moment kan manifesteren, of kan terugkeren, 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.

UITZAAIINGEN EN CHRONISCHE VORMEN VAN KANKER

Mensen met uitzaaingen en chronische vormen van kanker, die weten dat ze niet meer beter worden, worden palliatief behandeld. De behandeling is gericht op het remmen van de ziekte, het verminderen of voorkomen van klachten. Een palliatieve behandeling bestrijdt vaak pijn. Op het eerste gezicht lijken veel palliatieve behandelingen op curatief gerichte behandelingen. Dit kan voor werknemers verwarrend zijn, zeker wanneer de behandeling aanslaat en de klachten afnemen.

Het 'wait and see' beleid is vaak emotioneel extra belastend. Werknemers worden extra gecontroleerd en er wordt afgewacht hoe de ziekte verloopt. Pas als de klachten toenemen en hinderlijk worden, wordt tot actief behandelen overgegaan. Dit voelt onnatuurlijk aan. Mensen horen dat ze een kwaadaardige ziekte hebben en er wordt niets aan gedaan. Ook de omgeving kan hier met onbegrip op reageren, bijvoorbeeld door druk uit te oefenen dat er toch iets gedaan moet worden.

Bij mensen met een zeer korte levensverwachting is het de vraag of de medewerker wel of geen contact wenst. Daarnaast kan de bedrijfsarts geconfronteerd worden met de ethisch soms lastige overweging of voor de werkende een versnelde IVA aangevraagd moet worden (WIA-uitkering met verkorte wachttijd). De werknemer zelf, waarvan duidelijk is, dat die niet meer zal re-integreren, heeft er zelf wellicht niet echt belang bij, terwijl de werkgever daar financieel wel baat bij heeft.

**LANGE TERMIJN
EFFECTEN EN LATE
GEVOLGEN**

Langetermijneffecten en late gevolgen van de kankerbehandelingen kunnen consequenties hebben voor het werk. Dit geldt zowel voor kanker op de volwassen leeftijd, maar zeker ook voor kanker in de kinderleeftijd. Langetermijn effecten ontstaan in de behandelfase en kunnen (levens)lang blijven bestaan, zoals bijvoorbeeld neuropathie, verminderde belastbaarheid, oedeem en hormonale veranderingen door hormoontherapie. Late gevolgen kunnen zich ook jaren na de behandeling manifesteren, zoals bijvoorbeeld hart- en vaatziekten na bestraling en biologische veroudering ten gevolge van chemotherapie.

CO-MORBIDITEIT

Vooral bij oudere werknemers met kanker is er vaak sprake van co-morbiditeit, bijvoorbeeld diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen, COPD, reumatische aandoeningen of neurologische aandoeningen. Gezien de diversiteit en complexiteit van co-morbiditeit bij patiënten met kanker wordt dit onderwerp in deze richtlijn niet behandeld. Wel is het belangrijk om te weten, welke consequenties een behandeling met bijvoorbeeld chemotherapie, immunotherapie of hormoontherapie in combinatie met een van de genoemde chronische aandoeningen heeft voor een te adviseren interventie en/of voor het arbeidsvermogen. Daarom wordt er wel enige aandacht aan besteed in deze richtlijn.

**VERSCHIL TUSSEN
KANKER EN ANDERE
LANGDURIGE
AANDOENINGEN**

De ziekte kanker verschilt van andere langdurige aandoeningen. Kanker blijft een moeilijk onderwerp om op werkvloer te bespreken, de behandeling van kanker is in veel gevallen ziekmakend en er is sprake van onvoorspelbaarheid van het herstel. Tevens is veelal de angst voor een recidief aanwezig en is het moment om na te denken over rol van werk in het leven vaak geforceerd.

Ook komt het voor dat er op de werkplek een stigma op kanker rust bij leidinggevende/ collega's waardoor ze contact met hun zieke collega vermijden (soms vindt men contact te confronterend).

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING (SHARED DECISION MAKING)

Gezamenlijke besluitvorming gaat over het delen van informatie met de werknemer over de diagnostiek en behandelmogelijkheden, zodat mensen met kanker en de bedrijfsarts gezamenlijk de informatie kunnen wegen en samen kunnen beslissen over de behandeling. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd, situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van mensen met kanker spelen een belangrijke rol in de gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde werknemer die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven. De volgende punten moeten aan de orde komen:

- 1 Wat zijn de opties?
- 2 Wat zijn de voor- en nadelen?
- 3 Wat betekent dit in deze situatie voor de werkende?

Bedrijfsarts en werknemer bespreken dit met elkaar en komen samen tot een keuze in het behandelbeleid. De verantwoordelijkheid bij het nemen van een beslissing ligt bij beide partijen. De bedrijfsarts en de werkende met kanker worden gezien als experts op verschillende gronden en zijn gelijkwaardige partners. Gezamenlijke besluitvorming heeft over het algemeen een positief effect: mensen zijn meer tevreden over de behandeling en kunnen effectiever met hun ziekte/beperking omgaan.

De volgende stappen kunnen worden genomen om tot een gezamenlijk besluit te komen:

1. Wederzijds informatie uitwisselen
2. Bedenktijd inlassen zodat de patiënt een keuzehulp of anderen kan raadplegen
3. Vragen in hoeverre de werkende wil meebeslissen
4. Samen een plan opstellen
5. Een vervolgspraak maken

Op het gebied van arbeidsparticipatie en chronische aandoeningen zijn nog geen keuzehulpen ontwikkeld. Wel zijn de werkscan (<https://werkscan.onderzoek.nl>) en de scan werkvermogen werkzoekenden (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/dossiers/duurzame-inzetbaarheid> of <https://werkscan.onderzoek.nl>) ontwikkeld door het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum, tools die mogelijk kunnen ondersteunen bij gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming niet altijd mogelijk

Waar sommige mensen graag de regie in eigen hand willen houden en juist betrokken willen worden bij beslissingen, willen andere mensen de besluitvorming misschien geheel overlaten aan bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Het kan de werkende met kanker ook ontbreken aan vaardigheden, energie of veerkracht die noodzakelijk zijn voor een verdergaande vorm van gezamenlijke besluitvorming. In dat geval zijn vaak wel minder vergaande vormen mogelijk. Het is aan de bedrijfsarts om voorafgaand aan en tijdens het besluitvormingsproces samen met de werkende vast te stellen welke rol deze hierin kan en wil vervullen.

Gezamenlijke besluitvorming met betrekking tot arbeid onder mensen met een chronische aandoening

Binnen de arbeidsgeneeskundige zorg gaan beslissingen vaak over arbeidsparticipatie en is naast het belang van de werkende het belang van de werkgever in veel gevallen ermee gemoeid. Financiële consequenties van uitval uit werk of terugkeer naar werk kunnen voor zowel werkgevers als werknemers een rol spelen in het besluitvormingsproces. Gezamenlijke besluitvorming vindt soms plaats in de vorm van een dialoog:

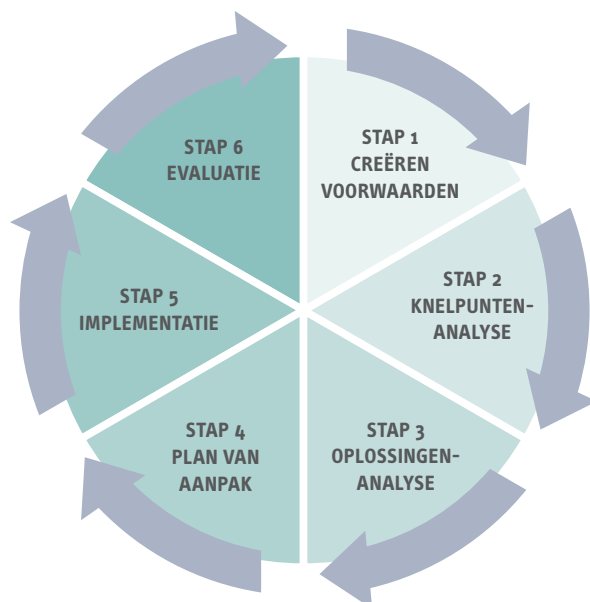
bijvoorbeeld tussen de bedrijfsarts, de werkende met een chronische aandoening en diens leidinggevende. Een gesprek tussen vier personen kan in sommige gevallen effectief zijn, bijvoorbeeld een gesprek tussen een arbeidsdeskundige, de werkende, diens leidinggevende en een vriend, familielid of ander vertrouwenspersoon van de werkende.

Randvoorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming

Zie Achtergronddocument (§ 1.10) bij deze richtlijn.

BIJLAGE 2

DE ZES STAPPEN VAN DE PARTICIPATIEVE AANPAK OP DE WERKPLEK



STAP 1: CREËREN VOORWAARDEN EN INITIËREN PARTICIPATIEVE AANPAK

Doel: Waarborgen van draagvlak voor Participatieve Aanpak (PA) en voldoende middelen om PA uit te voeren, en duidelijkheid scheppen omtrent wanneer en door wie de PA wordt ingezet.

STAP 2: KNELPUNTEN ANALYSE

Doel: Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de knelpunten.

STAP 3: OPLOSSINGEN ANALYSE

Doel: Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de oplossingen.

STAP 4: PLAN VAN AANPAK

Doel: Het formuleren van een duidelijk Plan van Aanpak voor het realiseren van de oplossingen.

STAP 5: IMPLEMENTATIE

Doel: Vergroten van de slagingskans van de implementatie van de oplossingen door het bieden van begeleiding en ondersteuning.

STAP 6: EVALUATIE

Doel: Vaststellen of de knelpunten verholpen zijn.

BIJLAGE 3

DE LASTMETER

LASTMETER ALS SIGNALERINGSINSTRUMENT PSYCHOSOCIALE ZORGBEHOEFTE BINNEN DE ONCOLOGIE

Het signaleren van de psychosociale/paramedische zorgbehoeften gebeurt binnen de oncologie aan de hand van een vragenlijst: de Lastmeter. Door beantwoording van 50 vragen geven patiënten hierin aan in welke mate ze last hebben van problemen, van welke problemen ze last hebben (fysiek, emotioneel, sociaal, praktisch, spiritueel/levensbeschouwelijk) en of ze daarvoor zorg willen van een professional.

Door regelmatig de Lastmeter in te laten vullen, kunnen behandelaars het verloop in de ernst en aard van de klachten volgen en snel en gericht inspringen op een (veranderde) zorgbehoefte. Een essentieel onderdeel van de signalering is het bijbehorende gesprek waarin de punten van de lastmeter besproken worden en de problematiek verhelderd.

De Lastmeter kan zowel in ziekenhuizen gebruikt worden als in de thuiszorg, de huisartsenpraktijk of door de bedrijfsarts (al gebeurt dit laatste voor zover bekend nog niet vaak). Patiënten vullen de Lastmeter op gezette tijden in, vanaf de periode kort na diagnose tot aan beëindiging van de follow-up.

Bij de implementatie is het van belang dat de (lokale) verwijismogelijkheden in kaart gebracht zijn. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van [Verwijsgids Kanker](#).

Verkrijgbaarheid

U vindt de gratis digitale Lastmeter via de webshop van het IKNL en via www.lastmeter.nl.

BIJLAGE 4

VRAGENLIJST ARBEIDSREÏNTEGRATIE (VAR-2)

De Vragenlijst Arbeid en Reïntegratie (VAR) (Vendrig et al. 2011) is een vragenlijst voor het meten van psychosociale arbeidsbelasting. Inmiddels is de VAR herzien. De VAR-2 (Vendrig et al. 2014) heeft 13 (genormeerde) schalen die verdeeld zijn over vijf domeinen: steun, stressoren, persoonskenmerken, klachten en ervaren beperkingen. Bij een aantal schalen behoren subschalen (thema's). De thema's zijn niet genormeerd en worden gebruikt als checklist. Er zijn in totaal 23 thema's. Op geaggregeerd niveau worden er drie risico-indexen berekend: verzuimrisico, vitaliteit en balans steun-stressoren.

BIJLAGE 5

FYSIEKE BIJWERKINGEN VAN BEHANDELINGEN VAN KANKER

In onderstaande tabel uit de [Blauwdruk Kanker en Werk](#) zijn fysieke bijwerkingen samengevat van diverse vormen van therapie die kankerpatiënten ondergaan. Vaak is er sprake van multi-therapie met als gevolg tegelijkertijd optreden van diverse klachten en beperkingen.

Ook vindt u informatie op de website [Bijwerkingen bij Kanker](#) (IKNL).

Type behandeling	Fysieke bijwerking
Chirurgie	
Oksekliertoilet	beperkte schouder- en armfunctie en lymfoedeem
Darmresectie	defecatieproblemen en stoma
Longresectie	verminderde longfunctie
Gynaecologische operaties	darm- en blaasklachten, vervroegde menopauze en onvruchtbaarheid
Lieskliertoilet/ bekkenkliertoilet (urogenitale tumoren en melanoom)	lymfoedeem
Prostaatoperaties	mictieklachten
Resecties bij bot- en weke delentumoren	functiebeperking
Cosmetische gevolgen na mammacarcinoom.	hoofd- en hals tumoren en bot- en weke delentumoren
Hoofd- en halstumoren	beperkte schouderfunctie na halsklierdissectie
Chemotherapie	<i>Korte termijn gevolgen:</i> remming van het beenmerg, misselijkheid, braken, irritatie van het mondslijmvlies, gewichtsverlies, vermoeidheid en kaalheid. <i>Lange termijn gevolgen:</i> 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	<i>Korte termijn gevolgen:</i> algehele malaise en vermoeidheid. Afhankelijk van het bestraalde gebied: huidveranderingen, slijmvliesveranderingen, misselijkheid en braken, haarverlies en vervroegde menopauze. <i>Lange termijn gevolgen:</i> - 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, mammacarcinoom, lymfomen) fibrose spieren waardoor functiebeperking. - bestraling zenuwweefsel waardoor radiatieneuropathie. - bestraling hart: hartklachten.
Hormonale therapie	<i>Bij vrouwen:</i> vervroegde menopauze en osteoporose. <i>Bij mannen:</i> vasomotore klachten en osteoporose.
Immunotherapie	Vermoeidheid. Hartklachten (trastuzumab).

BIJLAGE 6

MULTIDIMENSIONELE VERMOEIDHEIDSINDEX (MVI) NEDERLANDSTALIGE VERSIE VAN DE MFI-20 (MULTIDIMENSIONAL FATIGUE INVENTORY)

De belangrijkste (rest)klacht bij kanker is vermoeidheid. Van de patiënten met kanker rapporteert 60% tot 96% vermoeidheidsklachten tijdens of na de kankerbehandeling. De MVI-20 is een zelfrapportage instrument en bestaat uit twintig stellingen en uitspraken die betrekking hebben op vijf dimensies van vermoeidheid en de consequenties hiervan. Dit zijn: (1) algemene vermoeidheid, (2) lichamelijke vermoeidheid, (3) reductie in activiteit, (4) reductie in motivatie en (5) cognitieve vermoeidheid (Zie toelichting op de MVI-20 [via deze link](#).)

NB.

De individuele MVI-scores van een werkende moeten worden vergeleken met de domeinscores van mensen na de behandeling van kanker, mensen met zelfde leeftijd en geslacht en (en indien in de toekomst beschikbaar: van werkenden).

MVI

Naam _____ Geb. dat. _____ Datum _____

Met behulp van de onderstaande uitspraken willen wij een indruk krijgen van hoe u zich de laatste dagen voelt.

Voorbeeld:

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

“Ik voel me ontspannen”

			X		
--	--	--	---	--	--

Hoe minder u deze uitspraak van toepassing vindt, hoe meer het kruisje naar rechts richting ‘nee, dat klopt niet’ kunt plaatsen. Sla geen uitspraken over en plaats telkens één kruisje bij iedere uitspraak. Er zijn geen foute antwoorden. Het gaat om uw eerste indruk.

Het gaat om hoe u zich **de laatste dagen** voelt.

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

- 1 Ik voel me fit.
- 2 Lichamelijk voel ik me tot weinig in staat.
- 3 Ik zit vol activiteit
- 4 Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen.
- 5 Ik voel me moe.
- 6 Ik vind dat ik veel doe op een dag.
- 7 Als ik ergens mee bezig ben, kan ik mijn gedachten er goed bijhouden.
- 8 Lichamelijk kan ik veel aan.
- 9 Ik zie er tegenop om iets te doen.
- 10 Ik vind dat ik weinig doe op een dag.
- 11 Ik kan me goed concentreren.
- 12 Ik voel me uitgeput.
- 13 Het kost me moeite om ergens mijn aandacht bij te houden.
- 14 Lichamelijk voel ik me in slechte conditie.
- 15 Ik zit vol plannen.
- 16 Ik ben gauw moe.
- 17 Er komt weinig uit mijn handen.
- 18 De zin om dingen te ondernemen ontbreekt me.
- 19 Mijn gedachten dwalen gemakkelijk af.

Via de website van Oncoline is [dit de link naar de pdf van de MVI](#). Via [deze link](#) komt u bij de scoringstool.

BIJLAGE 7

VIERDIMENSIONALE KLACHTENLIJST (4DKL)

Als hulpmiddel bij de diagnostiek van psychische klachten in het algemeen, en overspanning in het bijzonder, wordt in verschillende richtlijnen waaronder de [NVAB-richtlijn Psychische Problemen](#) en de [LESA Overspanning en burnout](#) de 4DKL (Terluin 1996) aanbevolen.

Omdat deze vragenlijst met 50 items vier dimensies (distress, depressie, angst, somatisatie) van psychische klachten in kaart brengt, kan de lijst helpen bij het maken van een onderscheid tussen deze verschillende psychische klachtenbeelden. De 4DKL meet juist die psychosociale dimensies die gezamenlijk in de eerste lijn het meeste voorkomen.

De distressschaal (16 items) bevraagt spanningsklachten (piekeren, gespannenheid maar ook onmacht). De depressieschaal (6 items) brengt symptomen van een stemmingsstoornis in kaart terwijl in het kader van de angstschaal (12 items) gevraagd wordt naar irrationele en fobische angst. Functionele lichamelijke klachten worden uitgevraagd in de somatisatieschaal (16 items) van de 4DKL.

Verkrijgbaarheid: kosteloos via meetinstrumenten in de zorg

Link: <http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=24>

BIJLAGE 8

AANDACHTPUNTENLIJST DEPRESSIE (SLEBUS, 2008)

In een Delphi studie in twee rondes onder 64 praktiserende verzekeringsartsen is een checklist ontwikkeld voor het vaststellen van de meest belangrijke aspecten betreffende de arbeidsmogelijkheden en de beperkingen van patiënten met een depressie (Slebus et al. 2008).

Aandachtpuntenlijst Depressie (ADp) voor het beoordelen van het werkvermogen.

Kruis hieronder de punten van de ADp aan die tijdens de anamnese ter sprake zijn gekomen bij de depressieve werkende. Noteer per punt de vragen of voorbeeld(en) die u geformuleerd en gebruikt hebt.

- ☐ Aandacht kunnen opbrengen

- ☐ Aandacht kunnen volhouden

- ☐ Zich kunnen concentreren

- ☐ Handelingen kunnen afmaken

- ☐ Adequaaf kunnen reageren

- ☐ Kunnen inprenten

- ☐ Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren

- ☐ Gestructureerd werk kunnen uitvoeren

- ☐ Zaken kunnen herinneren

- ☐ Zelfstandig kunnen handelen

NB. Zie voorbeelden op de volgende pagina.

Voorbeelden ADp	
Aandacht kunnen opbrengen	Een chauffeur (groepsvervoer) kan een remmende auto vóór hem tijdig opmerken.
Aandacht kunnen volhouden	Een chauffeur (bus of vrachtwagen) kan ook op een lange saaie weg binnen zijn baan blijven rijden.
Zich kunnen concentreren	Een callcenter medewerker kan zich ondanks het omgevingslawaaï concentreren op het gesprek dat hij voert.
Handelingen kunnen afmaken	Een bakker moet niet alleen het deeg in de over zetten maar ook het bakproces in de gaten houden en de broden uit de oven halen.
Adequaaf kunnen reageren	Een productiemedewerker kan bij een calamiteit alert reageren door bijvoorbeeld de productieketen tijdig te stoppen.
Kunnen inprenten	Een horecamedewerker kan onthouden welke bestelling bij welke tafel bezorgd moet worden.
Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren	Een productiemedewerker kan de standaard terugkerende taken van zijn werk zonder problemen uitvoeren.
Gestructureerd werk kunnen uitvoeren	Een verpleegkundige kan de verschillende handelingen/taken bij de patiëntzorg in de juiste volgorde verrichten en afmaken (zoals bijv. medicatie verstrekken, ongebruikelijke signalen van patiënt waarnemen en rapporteren, patiëntenlijst invullen, helpen met lichamelijke verzorging, etc.)
Zich kunnen herinneren	Een verzekeringsarts kan datgene dat hij in het verleden heeft geleerd voor ogen halen om de klachten van een patiënt te beoordelen.
Zelfstandig kunnen handelen	Een schoonmaakster kan haar werkzaamheden verrichten zonder steeds hulp van een collega te roepen.

BIJLAGE 9

COGNITIVE SYMPTOM CHECKLIST – WORK (CSC-W DV) 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	Niet van toepassing op mijn werk
1	Ik heb moeite om me te herinneren wat ik van plan was op te schrijven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ik heb moeite om me mijn gedachtegang te herinneren terwijl ik praat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ik heb moeite om me de inhoud van telefoongesprekken te herinneren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ik heb moeite om me de inhoud van gesprekken en/of vergaderingen te herinneren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ik heb moeite om op een woord te komen dat ik wil zeggen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ik heb moeite om me de naam van een bekend voorwerp of persoon te herinneren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ik heb moeite om op informatie te komen die ‘op het puntje van mijn tong ligt’.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ik heb moeite om me dingen te herinneren die iemand mij gevraagd heeft te doen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ik heb moeite om te begrijpen dat specifieke taken samen een groter geheel vormen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Ik heb moeite om te begrijpen hoe een taak in een plan of systeem past.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ik heb moeite om te bedenken waar ik informatie kan vinden om een probleem op te lossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ik heb moeite om erachter te komen hoe een besluit is genomen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ik heb moeite om nieuwe informatie te gebruiken om opnieuw te beoordelen wat ik weet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ik heb moeite om alle aspecten van wat ik hoor of zie te overwegen, in plaats van me op één onderdeel te richten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Ik heb moeite om te begrijpen wat een probleem is als het zich voordoet, en om duidelijk te omschrijven wat het probleem is.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Ik heb moeite om de gang van zaken te volgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Ik heb moeite om grafieken en schema's te begrijpen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ik heb moeite om alle stappen van een taak of activiteit af te maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Ik heb moeite om stappen zo te ordenen dat de belangrijkste stappen eerst gedaan worden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Scoringsinstructies van de CSC-W DV

- Items worden op de volgende manier gescoord: 0=Nooit, 1=Zelden, 2=Soms, 3=Vaak, 4=Altijd. Er is ook een antwoord-mogelijkheid ‘Niet van toepassing op mijn werk’. De scores niet van toepassing op mijn werk worden als missend gescoord.
- Een totaalscore kan worden berekend door alle scores op alle items bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal ingevulde items (meestal 19, kan minder zijn door missende waarden). Dit wordt vervolgens vermenigvuldigd met 25 om zo tot een getal tussen 0 en 100 te komen, waarbij een hogere score meer cognitieve symptomen op het werk betekent. Indien er meer dan 3 items niet zijn ingevuld kan er geen score worden berekend en is er sprake van een missende waarde op de totaalscore.
- De subschaalscores worden berekend door alle scores op alle items van de subschaal bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal ingevulde items van de subschaal. Dit wordt vervolgens vermenigvuldigd met 25 om zo tot een getal tussen 0 en 100 te komen, waarbij een hogere score meer cognitieve symptomen op het werk betekent. Indien er meer dan 2 items van de subschaal “Werkgeheugen” of meer dan 2 items van de subschaal Executief functioneren niet zijn ingevuld kan er geen score worden berekend en is er sprake van een missende waarde voor de subschaal.
- De CSC-W DV wordt gescoord op een schaal van 0 (geen cognitieve symptomen op het werk) tot 100 (heel veel cognitieve symptomen op het werk).

Subschalen

- “Werkgeheugen” (working memory, WM); (item 1 t/m 8).
- “Executief functioneren” (executive functioning, EF); (item 9 t/m 19).

Vrij gebruik

Iedereen mag de Cognitive Symptom Checklist-Work, Dutch Version gebruiken. Wel vragen de auteurs u om bij gebruik van de vragenlijst te refereren naar onderstaand artikel.

Dorland HF, et al. The Cognitive Symptom Checklist-Work in cancer patients is related with work functioning, fatigue and depressive symptoms: a validation study. J Cancer Surviv. 2016 Jun;10(3):545-52

Disclaimer

De vragenlijst is gevalideerd op groepsniveau en niet op individueel niveau. Onderzoek hiernaar is nog gaande (november 2016).

SCORINGSFORMULIER VOOR DE COGNITIVE SYMPTOM CHECKLIST – WORK, DUTCH VERSION (CSC-W DV)

Naam _____ Datum _____

Scoring

- 0 = Nooit
1 = Zelden
2 = Soms
3 = Vaak
4 = Altijd

De scores ‘Niet van toepassing op mijn werk’ worden als *missend* gescoord.

1	_____	9	_____
2	_____	10	_____
3	_____	11	_____
4	_____	12	_____
5	_____	13	_____
6	_____	14	_____
7	_____	15	_____
8	_____	16	_____
		17	_____
		18	_____
		19	_____

Somscore _____ Totaal _____

Alle somscores delen door het aantal ingevulde vragen, vervolgens vermenigvuldigen met 25 om zo tot een getal tussen 0 en 100 te komen:

Werkgeheugen _____ Executief functioneren _____
(max 2 missend) (max 2 missend)

De CSC-W DV wordt gescoord op een schaal van 0 (geen cognitieve symptomen op het werk) naar 100 (veel cognitieve symptomen op het werk), waarbij een hogere score meer cognitieve symptomen op het werk betekent.

Contactgegevens

H.F. Dorland, F.I. Abma, U. Bültmann (UMC Groningen | Gezondheidswetenschappen | Sociale Geneeskunde | Arbeid & Gezondheid
h.f.dorland@umcg.nl

BIJLAGE 10

VOORBEELD COMMUNICATIEFORMULIER

Dit formulier is in 2002 ontwikkeld door TNO Arbeid en deels bewerkt door de KNMG.

Afzender

Naam arts	_____	Functie	_____
Adres	_____	Postcode en plaats	_____
Telefoon/fax	_____	E-mail	_____

Ontvanger

Naam arts	_____	Functie	_____
Adres	_____	Postcode en plaats	_____

Geachte collega,

Datum: _____

Ik zag heden uw patiënt dhr/mw. _____, geboren _____ van bedrijf/organisatie _____
met als functie _____ en wel/niet* ziekgemeld sinds _____
met het volgende doel:

- ☐ diagnose
- ☐ behandeling
- ☐ verzuimbegeleiding
- ☐ re-integratieadvies
- ☐ beoordeling arbeidsgeschiktheid
- ☐ deskundigenoordeel
- ☐ aanstellingskeuring
- ☐ preventief medisch onderzoek
- ☐

Ik heb dit formulier* aan uw patiënt meegegeven om de volgende reden(en):

- ☐ Mijn relevante informatie/bevinding voor u is (probleemdiagnose, PAGO, bevindingen bij onderzoek, oordeel belastbaarheid):
- ☐ Graag verwijs ik hem/haar naar u met de volgende vraag:
- ☐ Er ontbreekt mij nog de volgende (feitelijke) informatie:
- ☐ Afstemming van inzicht/advies lijkt mij gewenst over:

Gaarne uw reactie (*indien van toepassing*) op het antwoordformulier vermelden en aan patiënt/werknemer meegeven.
Zo nodig kunt u mij telefonisch bereiken.

Met collegiale hoogachting,
Handtekening (arts, afzender): _____

* Uitsluitend aan patiënt/werknemer meegeven (één kopie is voor hem/haar en één voor u) voor de ontvangend arts © TNO Arbeid

Machtiging

Ondergetekende, (naam patiënt/werknemer): verklaart toestemming te verlenen voor het verstrekken van de hierboven gevraagde gegevens.

Handtekening patiënt/werknemer:

Ik verleen wel/geen* toestemming voor eventueel nader overleg tussen bovengenoemde artsen. Deze toestemming betreft uitsluitend overleg en afstemming, noodzakelijk om over voldoende informatie te beschikken met het oog op adequate behandeling, verzuimbegeleiding of re-integratieplan en geldt voor deze klachtenepisode. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor bovengenoemde artsen en mag niet zonder mijn toestemming verstrekt worden aan derden.

Mij is duidelijk wat de strekking is van dit overleg.

Ondergetekende, naam patiënt/werknemer:

Handtekening patiënt/werknemer:

Bereikbaarheid (dag, tijd)

--

Declaratie

--

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Antwoordformulier bij communicatieformulier voor huis- en bedrijfsartsen .

Uitwisseling van medische gegevens in verband met ARBEIDSVERZUIM EN RE-INTEGRATIE van werknemers

Afzender

Naam arts	_____	Functie	_____
Adres	_____	Postcode en plaats	_____
Telefoon/fax	_____	E-mail	_____

Ontvanger

Naam arts	_____	Functie	_____
Adres	_____	Postcode en plaats	_____

Geachte collega,

Datum: _____

Ik zag heden uw patiënt dhr/mw., geboren van bedrijf/organisatie
Naar aanleiding van uw schrijven d.d, heb ik met uw patiënt dhr/mw.,
geboren op, mijn antwoord/reactie besproken.

Mijn antwoord/reactie* is:

Met collegiale hoogachting,
Handtekening (arts, afzender):

Op dit formulier is de NZa-vergoedingsregeling van toepassing.

* Uitsluitend aan patiënt/werknemer meegeven (één kopie is voor hem/haar en één voor u) voor de ontvangend arts © TNO Arbeid

BIJLAGE 11

‘PHYSICIAN-BASED ASSESSMENT AND COUNSELING FOR EXERCISE’ (PACE-VRAGENLIJST: NL-VERSIE)

De PACE bepaalt het lichamelijke activiteitsniveau.

Dit is de link naar de digitale versie van de PACE vragenlijst van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) (pdf).

BIJLAGE 12

PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE (PAR-Q) (BREDIN ET AL 2013, SHEPHARD ET AL 2015) – NL VERSIE

Een vragenlijst voor mensen tussen 15 en 69 jaar.

Het regelmatig uitvoeren van fysiek activiteiten is leuk en gezond. Steeds meer mensen worden actief. Meer actief worden is voor de meeste mensen erg veilig. Hoewel, sommige mensen wordt geadviseerd eerst hun (huis)arts te consulteren voordat zij actiever gaan worden. Indien u overweegt om veel actiever te worden dan u nu bent, beantwoord dan de 7 vragen hieronder. Indien U in de leeftijd bent tussen 15 en 69 jaar, geeft de PAR-Q aan wanneer u uw arts voor aanvang moet consulteren. Indien u ouder bent dan 69 jaar, en u niet lichamelijk actief bent, raadpleeg dan uw arts voordat u actiever gaat worden. Gebruik uw gezond verstand voor het beantwoorden van deze vragen.

Lees de vragen eerst aandachtig door, beantwoord daarna elke vraag eerlijk met Ja of Nee.

	Ja	Nee
1 Heeft een arts ooit gezegd dat u een hartprobleem heeft <i>en</i> dat u alleen fysieke inspanning op advies van een arts zou mogen uitvoeren?	☐	☐
2 Heeft u pijn op de borst bij fysieke inspanning?	☐	☐
3 Heeft u in de afgelopen maand pijn in de borst gehad terwijl u geen fysieke inspanning uitvoerde?	☐	☐
4 Verliest u wel eens uw evenwicht als gevolg van duizeligheid of verliest u wel eens het bewustzijn?	☐	☐
5 Heeft u een skelet- of gewrichtsprobleem (bijvoorbeeld aan rug, knie of heup) dat kan verergeren door een verandering in uw fysieke activiteiten patroon?	☐	☐
6 Schrijft uw arts op dit moment medicijnen voor (bijvoorbeeld plaspillen) in verband met bloeddruk of hartproblemen?	☐	☐
7 Bent u op de hoogte van <i>andere redenen</i> waarom u geen fysieke inspanning zou mogen uitvoeren?	☐	☐

Indien u een of meerdere vragen met JA heeft beantwoord:

Consulteer uw arts VOORDAT u begint met uw fysieke activiteiten beging of VOORDAT u een fitheidstest uitvoert. Vertel uw arts over de PAR-Q en welke vragen u met JA heeft beantwoord.

- U mag alle activiteiten uitvoeren die u wilt. Indien u op een laag niveau begint en de activiteiten geleidelijk opvoert. Bespreek de activiteiten die u wilt uitvoeren met uw arts en volg zijn advies op.
- Ga op zoek naar veilige bewegingsprogramma's die op dit moment bij u in de buurt worden gegeven (bijvoorbeeld Hart in Beweging)

Indien u alle vragen met NEE heeft beantwoord:

Indien u eerlijk en naar waarheid alle vragen met NEE heeft beantwoord, dan kunt u redelijk veilig aannemen dat u:

- Kunt beginnen met actiever worden – begin rustig en bouw de activiteiten langzaam op. Dit is de makkelijkste en veiligste manier.

Laat uw fitheid testen. Dit is een uitstekende manier om uw algehele fitheid in kaart te brengen. Hierdoor kunt u ook het beste plannen welke activiteiten het best bij u passen. Het is aanbevolen dat u uw bloeddruk laat meten. Indien uw bloeddruk boven 144/94 is, consulteer dan uw arts voordat u actiever wordt.

Wacht met actiever worden:

- Indien u zich niet lekker voelt vanwege een tijdelijke ziekte zoals een verkoudheid of koorts. Wacht tot u weer beter bent.
- Indien u zwanger bent – consulteer dan uw arts voordat u actiever gaat worden.

BIJLAGE 13

OPBOUWEND WANDELSHEMA

Week	Warm up	Activity	Cool down	Total time
Week 1	During each week, do at least three walking sessions on different days, outlined below:			
Session 1	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 2 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	12 minutes
Session 2	Repeat above pattern			
Session 3	Repeat above pattern			

Repeat with at least three walking sessions during each week using the weekly progression below:

Week 2	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 4 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	14 minutes
Week 3	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 6 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	16 minutes
Week 4	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 8 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	18 minutes
Week 5	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 10 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	20 minutes
Week 6	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 12 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	22 minutes
Week 7	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 14 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	24 minutes
Week 8	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 16 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	26 minutes
Week 9	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 18 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	28 minutes
Week 10	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 20 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	30 minutes
Week 11	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 22 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	32 minutes
Week 12 and beyond	Walk for 5 minutes	Than walk fast for 24 minutes	Than walk slowly for 5 minutes	34 minutes

Notes

Bron:

Jeff Vallance, PhD and Kerry Courneya, PhD. Exercise for health, an exercise guide for breast cancer survivors (2008), p. 54-55.

Link: <http://www.behaviouralmedlab.ualberta.ca/en/~media/behaviouralmedlab/Documents/AnExerciseGuideforBreastCancerSurvivors.pdf>

BIJLAGE 14

FACTOREN MET EEN VOORSPELLENDE WAARDE VOOR WERKHERVATTING / ARBEIDSPARTICIPATIE

Factoren die werkhervatting/arbeidsparticipatie POSITIEF beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonsgebonden	ziektegerelateerd
• praten met de leidinggevende • ervaren medewerking van de werkgever voor werkaanpassingen, flexibele werkafspraken (zoals eigen invulling van uren) en bijv. een terugkeer naar werk bijeenkomst • openheid over kanker naar collega's • positieve houding van collega's • plezier in het werk en autonomie op het werk • voor mensen met borstkanker: aanpassen van onregelmatige diensten of nachtdiensten • trainingsdiensten • job replacement diensten • ondersteuning bij werk zoeken en behouden.	• jonge leeftijd • hoger opleidingsniveau • mannelijk geslacht • de aanwezigheid van sociale steun • positieve inschatting van de eigen mogelijkheden .	• kankertype (urogenitale kanker, melanomen, Hodgkin-lymfom) • geen en minder invasieve chirurgie • behandeling voor borstkanker • minder fysieke symptomen • continuïteit van zorg • korter verzuim • advies van de arts over werk.
Factoren die werkhervatting/arbeidsparticipatie NEGATIEF beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonsgebonden	ziektegerelateerd
• niet-steunende werkomgeving • zwaar lichamelijk werk • laaggeschoold werk • manueel werk • werkstress • hoge werkdruk of een hoog werktempo • een veranderde, negatievere houding ten opzichte van werk • discriminatie door werkgever vanwege de kanker(behandeling) • laag inkomen.	• hogere leeftijd • lager opleidingsniveau • laag inkomen • vrouwelijk geslacht • afwezigheid van een relatie.	• kankertype (lever, longen, vergevorderde maligniteiten van het bloed of lymfe, kanker van de hersenen en centrale zenuwstelsel, gastro-intestinale kanker, alvleesklierkanker, hoofd- en nekkanker) • vergevorderd tumorstadium • uitgebreide chirurgie • hormonale therapie • uitgebreide ziekte ('extensive disease') • excessieve chemotherapie en/of radiotherapie • co-morbiditeit (bijv. depressie en/of angst) • cognitieve beperkingen • lichamelijke klachten en symptomen • vermoeidheid , fysieke uitputting en verslechtering • slechte algemene gezondheid • pijn.

Voorspellende factoren m.b.t. arbeidsparticipatie voor overlevenden van kanker op kinderleeftijd		
werkgerelateerd	persoonsgebonden	ziektegerelateerd
Geen factoren gevonden	• 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.	• 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 • behandeling met radiotherapie, beperkingen in het motorisch functioneren, epilepsie en amputatie hangen samen met werkloosheid.

Bronnen:

- NVAB, Coronel Instituut, CBO, NFK (2009). [Achtergronddocument bij de Blauwdruk Kanker en Werk](#). Geraadpleegd op 17-11-2016.
- NVAB, Coronel Instituut, CBO, NFK (2009). [Blauwdruk Kanker en Werk](#). Geraadpleegd op 17-11-2016.
- Mehnert A1. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Feb;77(2):109-30. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004. Epub 2010 Feb 8.
- Van Muijen P¹, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, van der Beek AJ. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013 Mar;22(2):144-60. doi: 10.1111/ecc.12033. Epub 2012 Dec 26.
- Vooijs M, Van Der Heide I, Leensen M, Hoving J, Wind H, Frings-Dresen M (2016). *Richtlijn Chronisch Zieken en Werk*. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid.

BIJLAGE 15

UWV-AANWIJZINGEN VOOR DE VERZEKERINGSARTS OM DE VOORGESCHIEDENIS TE BEOORDELEN, VOORAFGAAND AAN DE WIA-BEOORDELING

De 'Werkwijzer Poortwachter' (UWV, 2017) geeft aanwijzingen hoe de verzekeringsarts de voorgeschiedenis, voorafgaand aan de WIA-beoordeling moet beoordelen.

Aandachtspuntenlijst hoe de verzekeringsarts het sociaal medisch handelen van de bedrijfsarts toetst gedurende de eerste twee ziektejaren van de werknemer.

Bron: Werkwijzer Poortwachter, UWV, 2017.

Aandachtspuntenlijst conform de verzekeringsgeneeskundige protocollen

- 1 *Aard en ernst van de klachten en symptomen*
Hoe waren de klachten aan het begin van het verzuim en wat was het verloop?
Waren er klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan het verzuim?
- 2 *Diagnostiek*
Zijn diagnose(n) gesteld, geëvalueerd en zo nodig herzien? Is er co-morbiditeit?
Is er overleg geweest tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Wanneer, met welk resultaat?
- 3 *Behandeling*
Is werknemer verwezen? Wanneer en naar welke vorm van behandeling?
Zijn er adviezen gegeven inzake het medisch herstel en de reïntegratie?
- 4 *Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag van werknemer*
Is werknemer daadwerkelijk onder behandeling gesteld bij verwijzing? Heeft werknemer de behandeladviezen opgevolgd?
Heeft werknemer andere activiteiten ontplooid ten aanzien van herstel en reïntegratie?
Heeft werknemer ziekte-inzicht?
Zijn er concrete aanwijzingen dat werknemer zijn herstel belemmerd heeft?
- 5 *Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij werknemer en in het werk*
Zijn er factoren die bijdragen aan het ontstaan of voortbestaan van de stoornis?
Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
Heeft de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden beoordeeld in de loop van de tijd?
Is er verschil van mening tussen bedrijfsarts/werkgever en werknemer over de belastbaarheid?
Hebben werknemer en werkgever acties ondernomen ten behoeve van werkhervatting?
Is er gereageerd op stagnatie van de reïntegratie? Is het Plan van aanpak bijgesteld?
- 6 *Werkhervatting*
Heeft de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden beoordeeld in de loop van de tijd?
Is er verschil van mening tussen bedrijfsarts/werkgever en werknemer over de belastbaarheid?
Hebben werknemer en werkgever acties ondernomen ten behoeve van werkhervatting?
Is er gereageerd op stagnatie van de reïntegratie? Is het Plan van aanpak bijgesteld?

BIJLAGE 16

PERFORMANCE-INDICATOREN

Performance-indicatoren geven de key-issues van de richtlijn weer. Ze laten zien waar het in de richtlijn om gaat en geven daar meetbare normen bij. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de arbo-rol kunnen deze indicatoren gebruiken als checklist bij de richtlijn.

1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK

A DIAGNOSTIEK ALGEMEEN

Er is:

- a. beoordeeld of er werkgerelateerde problemen zijn voor werkhervatting. JA /NEE
- b. vastgesteld of er sprake is van een beroepsziekte. JA/NEE
- c. melding gedaan van de vastgestelde beroepsziekte bij het NCvB. JA/NEE/NVT

B DIAGNOSTIEK VERMOEIDHEID

Beoordeeld is:

- a. of er sprake is van kankergerelateerde vermoeidheid. JA /NEE
- b. wat de oorzakelijke en de instandhoudende factoren van de vermoeidheid zijn. JA/NEE/NVT

C DIAGNOSTIEK PSYCHISCHE PROBLEMEN

Beoordeeld is:

- a. of er sprake is van depressie en/of angst en/of aanpassingsstoornis. JA/NEE/NVT
- b. wat bij een depressieve stoornis en/of angststoornis en/of aanpassingsstoornis de arbeidsmogelijkheden en – beperkingen zijn. JA/NEE/NVT

D DIAGNOSTIEK COGNITIEVE PROBLEMEN

Beoordeeld is:

- a. wat de subjectief ervaren cognitieve problemen zijn. JA/NEE
- b. of overleg met een BACO is aangewezen. JA/NEE/NVT

E PROBLEEMDIAGNOSE

Er is:

- a. een bedrijfsgeneeskundige problemdiagnose opgesteld en besproken met werknemer en werkgever. JA /NEE
- b. op basis van geconstateerde belemmeringen voor werkhervatting advies aan de werknemer gegeven. JA/NEE/NVT

2 INTERVENTIES GERICHT OP WERKHERVATTING

A ALGEMENE INTERVENTIES

Er is:

- a. voor werkenden met kanker altijd toegang tot het bedrijfsgeneeskundig spreekuur. JA/NEE
- b. geadviseerd over een fysiek trainingsprogramma 'op maat' gedurende de kankerbehandeling. JA/NEE
- c. gestimuleerd dat er vanaf de diagnose tot terugkeer naar werk contact is en blijft tussen werkgever, werknemer en collega's. JA/NEE
- d. een reïntegratieplan 'op maat' opgesteld en in gezamenlijk overleg door de bedrijfsarts besproken met werknemer, leidinggevende en evt. HR-adviseur. JA/NEE
- e. indien nodig afstemming geweest over de inhoud van het werkadvies met de behandelend arts en de huisarts. JA/NEE.

B INTERVENTIES BIJ VERMOEIDHEID

Er is:

- a. gesproken over de verschillende opties, incl. voor- en nadelen met de werknemer, waarbij betrokkene ruimte is geboden voor inbreng en eigen regie. JA/NEE

C INTERVENTIES BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN

Er is:

- b. beleid gevoerd conform de NVAB-richtlijnen 'Psychische problemen' en 'Depressie'. JA/NEE
- c. in geval van een aanpassingsstoornis geadviseerd conform de interventies in de richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker (Trimbos, 2016). JA/NEE

D INTERVENTIES BIJ COGNITIEVE PROBLEMEN

Er is:

- d. voorgelicht, overlegd en/of verwezen conform het aanbevolen beleid, en in het geval van hersentumoren geadviseerd conform de richtlijn NAH en Arbeidsparticipatie en de richtlijn Cognitieve revalidatie niet-aangeboren hersenletsel. JA/NEE
- e. verwijzing naar een BACO overwogen. JA/NEE

3 PROGNOSE VOOR WERKHERVATTING EN ARBEIDSPARTICIPATIE

Er zijn:

- a. factoren in kaart gebracht die het functioneren in werk of terugkeer naar werk in negatieve of positieve zin beïnvloeden/beïnvloed hebben en interventies of maatregelen geadviseerd voor een adequate aanpak van deze factoren. JA/NEE

4 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE

Er is:

- a. besproken of werknemer na afloop van het reïntegratietraject speciale behoeften heeft. JA/NEE
- b. beoordeeld of er verdere belemmeringen zijn voor herstel van functioneren en werkhervatting en maatregelen geadviseerd om de stagnatie en/of de belemmeringen op te heffen. JA/NEE
- c. contact geweest tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek. JA/NEE/NvT