



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Enhancing return to work of cancer patients

Tamminga, S.J.

Publication date
2012

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Tamminga, S. J. (2012). *Enhancing return to work of cancer patients*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Samenvatting

De overlevingskansen van kanker zijn in de afgelopen jaren verbeterd. Daardoor is er ook meer aandacht gekomen voor psychosociale gevolgen van kanker zoals vermoeidheid, concentratieproblemen en neerslachtigheid. Deze kunnen grote invloed hebben op alle facetten van iemands leven. Een van deze facetten voor mensen met kanker is het hebben van betaald werk. Werk heeft sociale en persoonlijke waarde, is een mogelijkheid om te participeren in de maatschappij, biedt de mogelijkheid tot economische zelfstandigheid en draagt bij aan een hogere kwaliteit van leven. Eerder onderzoek heeft echter aangetoond dat mensen met kanker minder participeren in werk en meer problemen ervaren met het uitvoeren van hun werk in vergelijking tot de 'gezonde' populatie. Mensen met kanker ervaren vaker beperkingen met het uitvoeren van hun werk en gaan vaker achteruit wat betreft inkomen. Ook het werkloosheidsrisico van mensen met kanker is wereldwijd 37% hoger. Er is echter nog relatief weinig aandacht voor deze problematiek. Werkhervatting maakt bijvoorbeeld nog geen vast onderdeel uit van de gebruikelijk psychosociale-oncologische zorg. Om die reden is het belangrijk dat interventies (d.i. een actieve, bewuste en geplande ingreep om het welzijn van individuen te verbeteren) worden ontwikkeld die mensen met kanker ondersteunen in hun werkhervatting.

Dit proefschrift richt zich op de vraag hoe arbeidsparticipatie van mensen met kanker verbeterd zou kunnen worden, en hoe beperkingen die zij ervaren met het uitvoeren van hun werk, kunnen worden verminderd. Daartoe is een interventie onder de naam '*begeleiding bij werkhervatting*' ontwikkeld en getoetst op toepasbaarheid en effectiviteit. Om dat te kunnen doen, is het echter van belang om eerst te toetsen of een vragenlijst die ervaren beperkingen met het uitvoeren van het werk, valide meet in een groep van mensen met kanker. Hiertoe hebben we onderzocht wat de meet eigenschappen zijn van een dergelijke vragenlijst in een groep van mensen met kanker.

In dit proefschrift staan vier onderzoeksvragen centraal (**Hoofdstuk 1**):

- 1) Welke aspecten zijn belangrijk bij het ontwerpen van een interventie die gericht is op het bevorderen van werkhervatting en kwaliteit van leven van mensen met kanker?
- 2) Wat zijn de psychometrische eigenschappen van een vragenlijst die ervaren beperkingen met het uitvoeren van werk meet in een groep van mensen met kanker?
- 3) Wat is de toepasbaarheid in de klinische praktijk van een interventie gericht op het bevorderen van werkhervatting en kwaliteit van leven van mensen met kanker?
- 4) Wat is het effect van een interventie gericht op het bevorderen van werkhervatting en kwaliteit van leven van mensen met kanker in vergelijking met de gebruikelijke zorg?

Ad. 1 Belangrijke aspecten voor een interventie 'Begeleiding bij werkhervatting' en de ontwikkeling ervan

Om werkhervatting en kwaliteit van leven van mensen met kanker te bevorderen is een interventie onder de naam 'Begeleiding bij werkhervatting' ontwikkeld (**Hoofdstuk 5**). Voor het ontwikkelen van een interventie die gericht is op het bevorderen van werkhervatting, is eerst onderzocht welke aspecten voor een dergelijke interventie belangrijk zijn. Ten eerste blijkt het essentieel dat een interventie kort na de diagnose start: het wordt steeds moeilijker om het werk te hervatten naarmate het ziekteverzuim langer duurt. Om vroegtijdig aandacht aan werkhervatting te kunnen besteden, moet de interventie als onderdeel van de psychosociale-oncologische zorg in het ziekenhuis uitgevoerd worden. Patiënten hebben namelijk tijdens de eerste periode van ziekteverzuim over het algemeen weinig contact met hun bedrijfsarts en leidinggevende (**Hoofdstuk 5**). Daarnaast is het belangrijk dat er in de interventie aandacht wordt besteed aan misvattingen over werkhervatting, zoals het idee 'ik kan pas weer gaan werken als ik helemaal hersteld ben'. Dit soort misvattingen kunnen een belangrijke belemmering vormen voor het hervatten van werk (**Hoofdstuk 2**). Tot slot is het belangrijk dat de bedrijfsarts en de leidinggevende betrokken worden bij de interventie

(**Hoofdstuk 3**) en dat de bedrijfsarts geïnformeerd wordt over de diagnose en de behandeling van de patiënt (**Hoofdstuk 5**).

Op basis van deze bevindingen is de interventie *'Begeleiding bij werkhervatting'* ontwikkeld en getoetst. De interventie werd uitgevoerd als onderdeel van de gebruikelijke psychosociale-oncologische zorg in het ziekenhuis. Dit werd gedaan door een oncologieverpleegkundige, nurse practitioner, mammacareverpleegkundige of medisch maatschappelijk werker (hierna genoemd verpleegkundige). De interventie bestond uit de volgende componenten: 1) een verpleegkundige voerde vier gesprekken van elk een kwartier met de patiënt. Dat waren zowel een-op-een gesprekken als telefonische gesprekken, 2) het ziekenhuis stuurde medische informatie over diagnose en behandeling door de behandelend specialist en de verpleegkundige voor de bedrijfsarts van de patiënt, en 3) de bedrijfsarts kreeg het advies om een driegesprek te voeren met de patiënt en diens leidinggevende met als doel om een gefaseerd werkhervattingsplan op te stellen. Aangezien de interventie uitgevoerd werd in de klinische praktijk lag de nadruk van de interventie op de gesprekken in het ziekenhuis en het versturen van informatie naar de bedrijfsarts. In Nederland mag alleen informatie opgestuurd worden aan de bedrijfsarts als de patiënt hier toestemming voor geeft. Deze toestemming werd gevraagd door de verpleegkundige die de gesprekken voerde.

Ad. 2 Psychometrische eigenschappen van een vragenlijst waarmee ervaren beperkingen met het uitvoeren van het werk kan worden vastgesteld

Als gevolg van de diagnose kanker en/of de behandeling ervan kunnen mensen met kanker meer beperkingen met het uitvoeren van hun werk ervaren dan de 'gezonde' populatie. Zo is bekend dat zij meer moeite kunnen hebben om zich te kunnen concentreren op het werk. Het is belangrijk om in kaart te brengen welke beperkingen mensen met kanker in hun werk ervaren omdat op basis van deze kennis aanbevelingen gedaan zouden kunnen worden om werk-functioneren te verbeteren. Om deze werkbeperkingen in kaart te kunnen brengen is een goede vragenlijst noodzakelijk. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de Engelse vertaling 'Beperkingen Werk' voldoet voor het meten van beperkingen met het uitvoeren van werk. Het is echter nog niet bekend of deze vragenlijst ook voldoet voor een groep mensen met kanker. Om die reden

hebben we onderzocht wat de psychometrische eigenschappen van deze vragenlijst zijn (**Hoofdstuk 4**). Hiertoe is de vragenlijst driemaal afgenomen in een groep van 53 mensen met kanker en is de vragenlijst op drie aspecten onderzocht. Ten eerste *betrouwbaarheid*: is de gemeten waarde representatief voor de werkelijke waarde? Ten tweede *validiteit*: meet de vragenlijst wat je wil meten? En ten derde *responsiviteit*: kan de vragenlijst veranderingen in de tijd betrouwbaar meten? Het onderzoek laat zien dat de vragenlijst voldoende betrouwbaar, valide en responsief is voor het gebruik in een groep van mensen met kanker. Echter, om de vragenlijst in de praktijk op een individueel niveau te kunnen gebruiken, zou de betrouwbaarheid van de vragenlijst verbeterd moeten worden.

Ad. 3 Toepasbaarheid van de interventie 'Begeleiding bij werkhervatting'

De toepasbaarheid van de interventie *'Begeleiding bij werkhervatting'* in de klinische praktijk is in twee studies onderzocht, te weten een casestudy (**Hoofdstuk 6**) en een procesevaluatie (**Hoofdstuk 7**). In de casestudy is het werkhervattingsproces beschreven van een patiënt die de *'Begeleiding bij werkhervatting'* succesvol heeft doorlopen. Daarnaast is beschreven hoe de *'Begeleiding bij werkhervatting'* de patiënt tijdens het werkhervattingsproces heeft ondersteund. In de procesevaluatie is onderzocht in hoeverre patiënten bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, in hoeverre de interventie volgens het protocol was uitgevoerd en in hoeverre patiënten en verpleegkundigen tevreden zijn met de interventie.

De casestudy (**Hoofdstuk 6**) beschrijft wat de verpleegkundige heeft gedaan om de patiënt te helpen het werk gefaseerd te hervatten. Ook is beschreven hoe het herstel van de patiënt verloopt en waar het mis gaat als er mogelijk een recidief dreigt en er onenigheid is met de bedrijfsarts. Uiteindelijk hervat de patiënt het werk volledig.

Uit de procesevaluatie (**Hoofdstuk 7**) blijkt dat patiënten en verpleegkundigen zeer tevreden te zijn over de interventie. Daarnaast blijkt dat 47% van alle geschikte patiënten ook daadwerkelijk deelnam aan het onderzoek. De interventie *'Begeleiding bij werkhervatting'* bleek goed uitgevoerd te worden in de klinische praktijk. In 85% van de gevallen werd de informatie en begeleiding door de verpleegkundige volgens het protocol uitgevoerd; in alle gevallen werd aan de bedrijfsarts ten minste één brief verstuurd. In slechts 10% van de gevallen vond echter het driegesprek met bedrijfsarts,

leidinggevende en patiënt plaats. Tot slot gaven de verpleegkundigen de volgende aanbevelingen om de interventie te optimaliseren: 1) het gesprek over werk kan qua tijd en duur beter gepland worden, 2) de gesprekken zouden een-op-een moeten plaatsvinden omdat dit prettiger en effectiever geacht wordt, en 3) om alle gesprekken een-op-een te kunnen laten plaatsvinden zou in sommige gevallen dit aspect van zorg moeten worden overgedragen aan een zorgprofessional die de patiënt langer volgt.

Op basis van deze twee studies kan worden geconcludeerd dat de '*Begeleiding bij werkhervatting*' in de klinische praktijk geïmplementeerd zou kunnen worden, en dat patiënten en verpleegkundigen zeer tevreden zijn. We concluderen echter ook dat de werkplek en de bedrijfsarts van de patiënt moeilijk te bereiken zijn vanuit het ziekenhuis.

Ad. 4 Effectiviteit van de interventie 'Begeleiding bij werkhervatting'

In **Hoofdstuk 8** is het effect van de interventie '*Begeleiding bij werkhervatting*' vergeleken met de gebruikelijke zorg op werkhervatting en kwaliteit van leven. Het onderzoek betrof patiënten die gediagnosticeerd waren met kanker, die behandeld werden met curatieve intentie en die op het moment van diagnose betaald werk hadden. Het onderzoek is in 6 ziekenhuizen uitgevoerd en er deden in totaal 133 patiënten mee; 65 patiënten zaten in de interventiegroep en kregen de interventie '*begeleiding bij werkhervatting*'; 67 patiënten zaten in de controlegroep en kregen de gebruikelijke zorg. Van de 133 patiënten was 62% gediagnosticeerd met borstkanker, 33% had een gynaecologische vorm van kanker en 5% had een andere vorm van kanker. Aan de hand van vragenlijsten werden gedurende 12 maanden de volgende uitkomstmaten gemeten: 1) wel of geen gedeeltelijke of volledige werkhervatting, 2) het aantal dagen vanaf ziekmelding tot werkhervatting, 3) kwaliteit van leven, 4) werkvermogen, 5) ervaren beperkingen met het uitvoeren van werk (*ad 2*), en 6) kosten (zowel kosten door ziekteverzuim als kosten om de interventie uit te voeren).

De resultaten van de effectstudie zijn als volgt. Het aantal patiënten dat na 12 maanden volledig of gedeeltelijk het werk had hervat was 79% in de interventiegroep en 79% in de controlegroep. Als de patiënten die tussentijds waren overleden of een zeer korte levensverwachting hadden niet meegenomen worden in de berekening, zijn deze cijfers respectievelijk 86% en 83%. Redenen om het werk niet te hervatten waren:

9 patiënten waren hun baan kwijt, 7 patiënten hadden dusdanige klachten dat het hervatten van werk (nog) niet mogelijk was (bijv. vermoeidheid), 4 patiënten hadden een zeer slechte levensverwachting en 4 patiënten waren overleden gedurende 12 maanden. Het duurde gemiddeld 194 dagen (spreiding 14-435 dagen) in de interventiegroep en 192 dagen (spreiding 82-465 dagen) in de controlegroep voordat men het werk gedeeltelijk had hervat. Kwaliteit van leven, werkvermogen en ervaren beperkingen met het uitvoeren van werk verbeterden in de loop van de tijd maar verschilden niet tussen de groepen. Kosten voor ziekteverzuim waren gemiddeld €41.792 in de interventiegroep en €40.147 in de controlegroep. De kosten voor de uitvoering van de interventie bedroegen €119 per patiënt in de interventiegroep. Zowel in de interventiegroep als in de controlegroep was het aantal patiënten dat het werk had hervat relatief groot. We vonden geen verschillen tussen de groepen. Verder onderzoek is dan ook nodig om na te gaan welke elementen van de interventie succesvol zijn en welke elementen verbeterd moeten worden.

Conclusies en aanbevelingen

Het belang van werk voor mensen met kanker wordt bevestigd door de onderzoeken van dit proefschrift. We vonden geen verschil tussen de groep die de interventie *'begeleiding bij werkhervatting'* kreeg en de groep die de gebruikelijke zorg kreeg. Daarom is een aanbeveling voor vervolgonderzoek om na te gaan welke elementen van de interventie succesvol zouden kunnen zijn en welke elementen verbeterd moeten worden. De belangrijkste aspecten hierbij zijn nagaan hoe in de klinische praktijk een intensievere werkgerichte interventie uitgevoerd kan worden, bijvoorbeeld door zelfmanagement en hoe de training van verpleegkundigen in de uitvoer van de interventie geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast zou gekeken moeten worden hoe de bedrijfsarts en de leidinggevende beter betrokken zouden kunnen worden bij een interventie die uitgevoerd wordt in de klinische praktijk.

De grote spreiding in de tijd tot werkhervatting geeft aan dat begeleiding bij werkhervatting maatwerk is zowel voor de psychosociale oncologie als voor de leidinggevende en de bedrijfsarts. Voor de psychosociale oncologie is een aanbeveling om aandacht te besteden aan het werk van mensen met kanker omdat dit door hen belangrijk wordt gevonden en door verpleegkundigen uitvoerbaar geacht wordt. Voor

de werkgever, leidinggevende en de bedrijfsarts is het belangrijk om bewust te zijn van de lange-termijn gevolgen van kanker. Daarnaast kan aan mensen met kanker aanbevolen worden kennis te hebben van de wet- en regelgeving rondom ziekteverzuim en al vroeg in het behandeltraject na te denken over hoe om te gaan met zijn of haar werk en dit te bespreken met een verpleegkundige in het ziekenhuis.

Tot besluit concluderen we dat het belang van werk voor mensen met kanker wordt bevestigd door de onderzoeken van dit proefschrift. Daarom is het belangrijk dat we doorgaan met het ontwikkelen van interventies die mensen met kanker ondersteunen in hun werkhervatting.