

PRAKTIJKTEST RICHTLIJN KANKER EN WERK

Teddy Oosterhuis

Carel Hulshof

Kwaliteitsbureau NVAB

april 2018

INHOUD

INLEIDING	3
METHODE	3
RESULTATEN	4
Demografie	4
Tabel 1 Kenmerken van de werknemers	4
Kenmerken van de consulten	4
Tabel 2 Kenmerken van de consulten	5
Inhoud van de consulten	5
Vergelijking eerste t/m vijfde consult	7
Ervaringen met het toepassen van de aanbevelingen	8
DISCUSSIE	9

INLEIDING

Bedrijfsartsen spelen een belangrijke rol bij de begeleiding van werkenden bij wie kanker is gediagnosticeerd. Daarom is de NVAB Richtlijn Kanker en Werk ontwikkeld, voor het handelen van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk. De richtlijn is verdeeld in de onderdelen probleemoriëntatie en diagnostiek, interventies gericht op werkhervatting, prognose voor werkhervatting en evaluatie en terugvalpreventie. Bij zowel diagnostiek als interventies is een onderverdeling gemaakt in vermoeidheid, psychische problemen en cognitieve problemen.

In 2017 is de ontwikkeling van de nieuwe NVAB richtlijn Kanker en Werk afgerond. Vervolgens is een praktijktest opgezet om te zien of de richtlijn bruikbaar is en of de aanbevelingen uit de richtlijn haalbaar zijn. Uit de resultaten van de praktijktest zal blijken of en in hoeverre bijstelling van de richtlijn Kanker en Werk nodig is.

METHODE

In twee regio's in Nederland zijn 37 bedrijfsartsen getraind in het gebruiken van de testversie van de richtlijn Kanker en Werk. De training bestond uit een drie uur durend programma met aandacht voor de inhoud van de richtlijn, performance-indicatoren en praktische aanwijzingen voor de praktijktest. De bedrijfsartsen zijn gevraagd de richtlijn te volgen bij alle consulten voor werkenden met kanker, en een online vragenlijst voor ieder consult in te vullen. Daarnaast zijn zij uitgenodigd een vragenlijst over ervaringen met de richtlijn in te vullen, gericht op implementatie.

In de periode oktober-december 2017 konden de online vragenlijsten voor de consulten worden ingevuld. Deze vragenlijst bevatte demografische en consultgegevens (zoals duur en timing), en 25 items over de inhoud van de consulten, overeenkomend met de aanbevelingen uit de richtlijn. De vragenlijst gericht op implementatie inventariseerde of er aanbevelingen waren die niet konden worden uitgevoerd, en zo ja, welke aanbevelingen dat waren, en wat de reden was dat deze niet konden worden uitgevoerd.

De analyse van de consultregistratiedata bestond uit het bepalen van frequenties van gescoorde items. Meestal werd één consult per werknemer geregistreerd. Daarom is in een post-hoc analyse de inhoud van alle eerste t/m vijfde consulten vergeleken voor de 14 meest relevante items. Dit om te zien of items opvallend vaker in eerdere of latere consulten zijn gescoord, of in gelijke mate. Voor de analyse van de ervaringen met het kunnen uitvoeren van de aanbevelingen werden alle belemmeringen per thema gecategoriseerd en beschreven.

RESULTATEN

Demografie

Door 28 bedrijfsartsen is data geregistreerd over 119 consulten, voor 106 werknemers met kanker of kanker in de voorgeschiedenis. Het betreft 49 mannen en 57 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 52,9 jaar, range 25-65 jaar. De meeste werknemers waren ouder dan 50 jaar (n=80). De meeste werknemers waren werkzaam binnen de tertiaire (n=58) en quartaire sector (n=32). Een klein aantal werknemers werkte in de secundaire sector (n=14). Niemand was werkzaam in de primaire sector. Van de 106 werknemers verzuimden 97 ten tijde van het consult, 9 werknemers verzuimden niet. Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische kenmerken.

Tabel 1 Kenmerken van de werknemers

	n (%)
geslacht	
man	49 (46)
vrouw	57 (54)
leeftijd	
20-29 jaar	2 (2)
30-39 jaar	6 (5)
40-49 jaar	18 (17)
50-59 jaar	54 (51)
60-65 jaar	26 (25)
economische sector	
primair (landbouw en visserij)	0
secundair (industrie)	14 (13)
tertiair (handel en diensten)	58 (55)
quartair (zorg, onderwijs en overheid)	32 (30)
niet ingevuld	2 (2)
verzuim ten tijde van consult	
ja	97 (92)
nee	9 (8)

Kenmerken van de consulten

Tabel 2 laat de kenmerken zien van de 119 geregistreerde consulten. De meeste registraties (n=92) betroffen het eerste (n=32), tweede (n=22), derde (n=14), vierde (n=14) of vijfde consult (n=10). De meeste consulten (n=72) duurden 30 minuten. De duur van een consult varieerde van 15 tot 60 minuten.

De bedrijfsartsen hebben geregistreerd hoe lang na de diagnose het eerste consult plaatsvond. Eénmaal was dit een week voor de diagnose. De meeste consulten vonden plaats in de eerste zes weken na diagnose (n=48) en in de periode 7-12 weken na diagnose (n=22). Zeven werknemers werden gezien wegens late gevolgen, variërend van 1 tot meer dan 10 jaar na diagnose. Van 19 werknemers is de tijd tussen diagnose en eerste consult niet ingevuld.

Het eerste consult vond meestal plaats na de start van de behandeling (n=57), en soms voor de start (n=27). Voor 22 werknemers is niet ingevuld of het eerste consult voor of na start van de behandeling plaatsvond.

Tabel 2 Kenmerken van de consulten

	n (%)		n (%)
consult nummer		tijd diagnose – 1e consult	
1	32 (27)	1 week	6 (5)
2	22 (18)	2 weken	6 (5)
3	14 (12)	3 weken	12 (11)
4	14 (12)	4 weken	9 (9)
5	10 (8)	5 weken	7 (7)
6	6 (5)	6 weken	8 (8)
7	5 (4)	7 weken	3 (3)
8	5 (4)	8 weken	5 (5)
9	3 (3)	9 weken	3 (3)
10	1 (1)	10 weken	6 (5)
11	1 (1)	12 weken	5 (5)
12	3 (3)	13 weken	1 (1)
13	1 (1)	14 weken	2 (2)
16	1 (1)	15 weken	2 (2)
17	1 (1)	16 weken	2 (2)
consultduur		21 weken	1 (1)
15 minuten	4 (3)	22 weken	1 (1)
20 minuten	11 (9)	1-1,5 jaar	2 (2)
25 minuten	4 (3)	2-5 jaar	4 (4)
30 minuten	72 (61)	>10 jaar	1 (1)
35 minuten	4 (3)	1 week voor diagnose	1 (1)
40 minuten	4 (3)	niet ingevuld	19 (17)
45 minuten	9 (8)	timing consult	
50 minuten	1 (1)	na start behandeling	57 (54)
60 minuten	10 (9)	voor start behandeling	27 (25)
		niet ingevuld	22 (21)

Inhoud van de consulten

De bedrijfsartsen hebben gegevens geregistreerd over de probleemoriëntatie en diagnostiek, interventies, prognose voor werkhervatting en arbeidsparticipatie en tenslotte terugvalpreventie.

Tijdens de probleemoriëntatie is vooral gefocust op fysieke bijwerkingen van de kankertherapie (n=81). Er is minder vaak informatie opgevraagd bij de behandelend arts (n=17). De resultaten van de Lastmeter zijn 14 keer gebruikt, mogelijk late effecten van (kinder-)kanker en mogelijk dragerschap van erfelijke vormen van kanker zijn beide 12 keer aan de orde geweest.

Werk-gerelateerde diagnostiek bestond vooral uit de beoordeling van positieve en negatieve factoren voor werkhervatting (n=87) en besteden van aandacht aan communicatie op de werkvloer over de werknemer met kanker (n=63). In 14 consulten werd beoordeeld of er al dan niet sprake was van een beroepsziekte.

Diagnostiek van vermoeidheid bestond vooral uit het bespreken van fysieke belastbaarheid (n=77) en emotionele distress (n=64), vaststellen van de mate van de kanker-gerelateerde vermoeidheid (n=64), bespreken van medicatie-effecten (n=55), vaststellen van in stand houdende factoren van de vermoeidheid (n=43) en bespreken van pijn (n=42). Daarnaast werden slaapstoornissen besproken (n=31), werd vastgesteld of de vermoeidheid op zichzelf staat (n=28) en werden co-morbide aandoeningen (n=21), voedingsproblemen (n=17) en anemie besproken (n=10).

Tijdens de diagnostiek van psychische problemen werd aandacht besteed aan psychosociale risicofactoren voor langdurig verzuim in 52 consulten. Verder is aandacht besteed aan het differentiëren van psychische problematiek (n=64), waaruit bleek dat er sprake was van een aanpassingsstoornis (n=18), angst (n=18) of depressie/depressieve klachten (n=3). Per werknemer konden overigens meerdere van deze psychische problemen een rol spelen. Verder werden steeds één maal genoemd: aanpassingsstoornis door eerdere degradatie in functie; onzekerheid over de uitslag van genetisch onderzoek en consequenties daarvan voor naasten; twijfel over het nut van de behandeling waarbij druk door naasten ervaren werd; psychische disbalans door de medische situatie van naasten; Asperger; obsessief compulsieve persoonlijkheidstrekken; spanningsklachten; fibromyalgie; eenzaamheid.

Tijdens de diagnostiek van cognitieve problemen werd aandacht besteed aan het vaststellen van subjectief ervaren cognitieve problemen bij mensen zonder niet-aangeboren hersenletsel (NAH; n=24) en aan de differentiatie van cognitieve problemen bij mensen zonder NAH (n=18). Bij 10 werknemers werd vastgesteld of er sprake is van NAH. Er werd geen enkele keer een neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd na vaststellen of er sprake is van NAH. Er is nagegaan of er sprake is van vermoeidheid (n=22), psychische problemen (n=6) en gebruik van medicatie met invloed op het cognitief functioneren (n=3).

Enkele keren is aanvullende diagnostiek uitgevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van de Multidimensionale Vermoeidheid Index (MVI; n=5), de Vragenlijst Arbeid en Re-integratie (VAR-2; n=4) en Vierdimensionale Klachtenlijst (4 DKL; n=1). De Cognitive Symptom Checklist – Work (CSC-W DV) is bij geen van de werknemers afgenomen in de geregistreerde consulten.

Probleemdiagnose: op het moment van werkhervatting zijn vooral de wensen van de werknemer bepaald (n=78), subjectieve en objectieve belastbaarheid (n=68) en ziekte prognose (n=62). Verder zijn bepaald: de mogelijkheden van de werkgever (n=55), belemmeringen voor werkhervatting (n=45) en verplichtingen en mogelijkheden volgens de huidige sociale wetgeving (n=32).

Algemene interventies die zijn ingezet, zijn: continuïteit in spreekuurcontacten (n=66), stimuleren van contact tussen werknemer en werkgever (n=50) en bespreken van de wens cq behoefte van de werknemer om tijdens de behandeling te blijven werken (n=44). Daarnaast is in 34 consulten een re-integratieplan 'op maat' opgesteld. Verder werd een fysiek trainingsprogramma onder begeleiding (n=13) geadviseerd, een zelfstandig fysiek trainingsprogramma (n=13) of een multidisciplinaire interventie (combinatie fysiek, psycho-educatie, werkgericht) (n=11). Daarnaast is enkele keren gebruik gemaakt van een interventie volgens de Leidraad Participatieve Aanpak (n=3). Verwijzing vond plaats naar een psycholoog gespecialiseerd in oncologie (n=7), medisch specialist/ oncoloog (n=6), fysiotherapeut gespecialiseerd in oncologie (n=5), interdisciplinaire medisch specialistische oncologische zorg (n=3) of ergotherapeut (n=1). Er is tijdens de geregistreerde consulten niet verwezen naar een BACO of naar een polikliniek voor speciale groepen (LATER, AYA, BETER). Van 21

consulten werd aangegeven dat er niet verwezen is naar gespecialiseerde begeleiding. In geen van de consulten is voorlichting gegeven omdat er sprake is van stigma.

Gebruikte interventies in verband met vermoeidheid zijn vooral fysieke trainingen (n=18). Daarnaast werd verwezen naar een multidisciplinaire interventie (combinatie fysiek, psycho-educatie, werkgericht) (n=6), medisch specialist/oncoloog (n=5), interdisciplinaire specialistische oncologische revalidatie (n=2) en cognitieve gedragstherapie (n=2). Geen enkele keer werd gebruik gemaakt van monitoring met behulp van de MVI.

Interventies bij psychische problemen bestonden met name uit het invullen van de rol als procesbegeleider (n=27). Daarnaast is gebruik gemaakt van interventies voor angst volgens de NVAB richtlijn Kanker en Werk (n=8), interventies volgens de multidisciplinaire richtlijn depressie (Trimbos) (n=2) en interventies volgens de Trimbos richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker (n=1).

Interventies bij cognitieve problemen vonden weinig plaats. Dit betrof psycho-educatie (n=5) en fysieke training (n=3) bij mensen zonder NAH. Er is niet verwezen naar een BACO. Aanpassingen in het werk volgens de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie bij mensen met NAH waren niet van toepassing.

Voor het opstellen van de prognose met betrekking tot werkhervatting en arbeidsparticipatie zijn de volgende factoren in kaart gebracht: belemmerende en bevorderende factoren voor werkhervatting (n=52) en factoren met een voorspellende waarde voor werkhervatting en arbeidsparticipatie (n=35). Daarnaast is advies gegeven aan werknemer en leidinggevende om te spreken over werk-gerelateerde factoren (n=32) en om steun van collega's te organiseren (n=14) voor een adequate aanpak van deze factoren.

Terugvalpreventie bestond uit het vaststellen van eventuele stagnatie (n=27) en factoren die daarbij een rol spelen (n=23). Het vaststellen van stagnatie en/of relevante factoren daarbij is 31 keer gedocumenteerd, en 2 keer niet gedocumenteerd. De meest gebruikte interventie om stagnatie op te heffen en/of terugval te voorkomen is het actualiseren van het re-integratieplan (n=18). Verder zijn factoren met voorspellende waarde voor werkhervatting en arbeidsparticipatie heroverwogen (n=14) en is er overleg geweest met de hoofdbehandelaar (n=4). Deze drie interventies zijn steeds gedocumenteerd, op één keer per soort interventie na.

Tenslotte, overleg met de verzekeringsarts bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek heeft drie keer plaatsgevonden.

Vergelijking eerste t/m vijfde consult

De frequenties van 14 gescoorde items zijn vergeleken voor het eerste t/m vijfde consult. Hieruit bleek dat de percentages over het algemeen weinig verschilden. Het item over stagnatie (is hier sprake van, en welke factoren spelen een rol) werd vaker in latere consulten gescoord. Het advies aan werknemer en leidinggevend om te spreken over werk-gerelateerde factoren is ook iets vaker in het vijfde consult gegeven dan eerdere consulten.

Ervaringen met het toepassen van de aanbevelingen

Zeventien bedrijfsartsen hebben een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met het toepassen van aanbevelingen uit de richtlijn. Voor negen van hen waren sommige aanbevelingen uit de richtlijn niet uitvoerbaar. Dat betrof met name het gebruik van de aanbevolen vragenlijsten en aanbevelingen over overleg met werkgever of andere zorgverleners. Daarnaast blijkt er onduidelijk te zijn over wanneer welke aanbevelingen uit de richtlijn kunnen worden toegepast.

Voor zowel het gebruik van vragenlijsten als het vertalen van uitkomsten (van de Lastmeter en MVI) naar werkhervatting is gemeld dat ervaring en kennis ontbrak, alsmede voldoende tijd. Als een consult wordt ingepland is nog niet altijd bekend dat de afname van vragenlijsten, en daarmee extra tijd nodig is. Voor gebruik van de MVI-20 werd als belemmerende factor genoemd dat er geen bruikbare online versie is. Verder is genoemd dat meetinstrumenten met name relevant zijn bij stagnatie, en niet wanneer re-integratie adequaat verloopt. Ook dan zou tijd overigens weer een belemmerende factor kunnen zijn.

Als reden om niet te overleggen met andere zorgverleners, of met de werkgever over de probleemanalyse, wordt genoemd het privacy reglement van de autoriteit persoonsgegevens. Verder staat arbo-curatieve samenwerking nog in de kinderschoenen. Wanneer een werknemer al langer ziek is, wordt het beleid bepaald door de oncoloog, en een respondent gaf aan zich dan geen gelijkwaardige gesprekspartner te voelen in verband met het verschil in kennis tav oncologie.

De aanbeveling om voor het eerste consult een uur uit te trekken wordt gezien als niet realistisch. Bovendien is het plannen van een consult meteen na diagnosestelling niet altijd haalbaar, vanwege het eigen-regie model. Er zijn namelijk vaak nog geen vragen op dat moment, en dus geen reden voor een werknemer om een consult aan te vragen. Daarbij komt een privacy-aspect: de werkgever hoeft niet naar diagnose te vragen, en dus is niet altijd bekend dat en wanneer de diagnose kanker is gesteld.

Er zijn verschillende opmerkingen gemaakt over het toepassen van de volledige richtlijn. Ten eerste wordt tijdgebrek cq beperkte spreekuurtijd genoemd, bijvoorbeeld om alle details te onderzoeken, en om alles te registreren. Daarnaast worden patiënten niet vaak genoeg gezien door de bedrijfsarts om adequaat te kunnen interveniëren. Kennis van andere dan NVAB-richtlijnen waarnaar verwezen wordt kan onvoldoende zijn, waardoor aanbevelingen niet opgevolgd kunnen worden. Bovendien komen op verschillende momenten in het proces andere onderwerpen aan bod. Een werknemer moet bijvoorbeeld al wel een deel van een behandeling hebben ondergaan om de effecten daarvan te hebben ervaren. Daarnaast blijkt uit de richtlijn zelf niet duidelijk dat niet alle aanbevelingen tijdens elk consult aan de orde hoeven te komen. Dit is iets wat met name duidelijk is geworden uit de scholing over de richtlijn.

Overige opmerkingen die zijn gemaakt betreffen het niet ingeschakeld worden als bedrijfsarts, vanwege contractuele beperkingen vanuit de werkgever, en het feit dat Oncoline ingewikkeld is om te gebruiken. Een opmerking gaat over interventies bij niet-NAH: de richtlijn geeft hier te weinig houvast. Bovendien wordt de nadruk die gelegd wordt op het verschil tussen NAH en niet-NAH bij diagnostiek, gezien als onnodig complicerend. Ten slotte wordt geadviseerd om de bedrijfsartsen bekend te maken met de rijke inhoud van de richtlijn, om de richtlijn goed te kunnen implementeren.

DISCUSSIE

Voor 106 werknemers met kanker of kanker in de voorgeschiedenis zijn consulten geregistreerd, de meesten van hen waren 50 jaar of ouder. Meestal werd één consult per werkende geregistreerd. Hieruit bleek dat vooral de volgende aspecten vaak aan bod kwamen in consulten: diagnostiek wat betreft positieve en negatieve factoren voor werkhervatting, differentiëren van psychische problemen, vaststellen van fysieke belastbaarheid, emotionele distress en de mate van kanker-gerelateerde vermoeidheid en continuïteit in spreekuurcontacten.

Meetinstrumenten (Lastmeter, VAR-2, MVI, CSC-W) werden opvallend weinig gebruikt, en ook overleg met de hoofdbehandelaar vond weinig plaats. Zowel over meetinstrumenten als overleg met andere zorgverleners zijn opmerkingen gemaakt in de ervaringsvragenlijst. Met name onvoldoende kennis en tijd speelden een rol bij het beperkt gebruiken van meetinstrumenten. Dit is een aandachtspunt bij het opzetten van een training voor het gebruik van de richtlijn.

Daarnaast dient gekeken te worden naar een praktische oplossing voor het niet altijd kunnen plannen van voldoende tijd voor het eerste consult. Een ander aandachtspunt voor eventuele bijstelling van de richtlijn is het onderscheid dat de richtlijn maakt tussen NAH en niet-NAH, dit onderscheid wordt gezien als onnodig complicerend. Verder kan bij het opzetten van de training rekening worden gehouden met de gebleken onduidelijkheid over wanneer welke aanbevelingen gebruikt kunnen en moeten worden.

Bovenstaande resultaten kunnen gebruikt worden om de richtlijn bij te stellen, om zo het daadwerkelijk gebruik van de richtlijn Kanker en Werk te faciliteren. Bovendien geven de resultaten informatie over de gewenste inhoud van een training voor het werken met de richtlijn, als onderdeel van de implementatie.