

Samenvatting proefschrift

Work ability and fatigue in cancer survivors in long-term sick leave

Peter van Muijen¹

De afgelopen decennia is het aantal mensen met kanker toegenomen, maar is tevens veel vooruitgang geboekt op het gebied van vroegdiagnostiek en behandeling van kanker. Hiermee is de kans op genezing ten opzichte van het verleden duidelijk toegenomen. Ook in de Nederlandse beroepsbevolking is gedurende de afgelopen decennia sprake geweest van een geleidelijke toename van het aantal werknemers met kanker. Als gevolg van deze beide ontwikkelingen zal de komende jaren het aantal werknemers dat na behandeling van kanker het werk weer wil hervatten, dan ook toenemen. De meerderheid van de werknemers die behandeld zijn voor kanker weet binnen twee jaar na ziekmelding te hervatten in werk. Toch ontvangt het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), de organisatie die in Nederland belast is met de uitvoering van de werknemersverzekeringen (zoals de WW, WIA en Ziektewet) ieder jaar meer dan 4300 nieuwe aanvragen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanwege de diagnose kanker. Het lukt een werknemer niet altijd terug te keren op de werkvloer omdat, ook na een succesvolle behandeling voor kanker, restklachten aanwezig kunnen blijven. Deze restklachten kunnen gepaard gaan met langdurige lichamelijke, psychische en/of cognitieve beperkingen. In dit geval kan een WIA uitkering worden aangevraagd. WIA staat voor: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, het betreft de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers. Een WIA uitkering wordt gewoonlijk aangevraagd indien iemand door ziekte niet of minder kan werken, na een ziekteverzuimperiode van maximaal twee jaar (de zogenaamde einde wachttijd WIA aanvraag). Bij een WIA aanvraag beoordeelt de verzekeringsarts de belastbaarheid van de werknemer welke, indien van toepassing, omschreven wordt met een functionele mogelijkheden lijst. Tevens dient de verzekeringsarts een uitspraak te doen over de duurzaamheid van eventuele beperkingen. De praktijk leert dat de beoordeling van de belastbaarheid bij iemand die behandeld is voor kanker niet altijd eenvoudig is. Zeker indien sprake is van moeilijk te objectiveren klachten, zoals vermoeidheid, of problemen met de aandacht en/of concentratie aanwezig blijven. Voor de werknemer die behandeld is voor kanker kan werkhervatting een gunstig effect hebben, zowel ten aanzien van gezondheid als welzijn. Werkhervatting biedt naast inkomen ook dag invulling en structuur, kan een gunstig effect hebben op het zelfvertrouwen en kan leiden tot een afname van ervaren restverschijnselen. Voor de werkgever gaat werkhervatting vaak gepaard

met afname van zowel de kosten van loondoorbetaling bij ziekteverzuim, als productieverlies. Zowel vanuit het perspectief van de werknemer als vanuit maatschappelijk oogpunt is er dan ook een belang om werkhervatting voor werknemers die behandeld zijn voor kanker te ondersteunen.

De focus van dit proefschrift richt zich daarom op (1) het stimuleren van de werkhervatting van de werknemer die behandeld is voor kanker, en (2) het ondersteunen van de verzekeringsarts die de belastbaarheid van deze werknemer beoordeelt.

In dit kader is onderzocht welke factoren verbonden zijn met werkhervatting, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij werknemers die behandeld zijn voor kanker. Tevens is onderzocht welke factoren verzekeringsartsen gebruiken bij hun onderzoek naar de belastbaarheid van deze werknemers.

Na een algemene inleiding (**Hoofdstuk 1**) gaat **Hoofdstuk 2** over factoren die werkhervatting en arbeidsparticipatie voorspellen bij werknemers met langdurig ziekteverzuim die behandeld zijn voor kanker. Het doel van dit onderzoek was om een overzicht van prognostische factoren voor werkhervatting en arbeidsparticipatie te verkrijgen. Het betreft een literatuuronderzoek waarbij werd gezocht naar relevante Engelstalige artikelen. Longitudinale prospectieve cohortstudies werden geselecteerd als de populatie bestond uit patiënten met kanker tussen de 18 en 65 jaar oud. Ook de kwaliteit van de geïncludeerde studies werd beoordeeld (als hoog, gemiddeld of laag) op grond van het risico op bias. Bias betekent kort gezegd "een vertekende weergave van de daadwerkelijke associatie". Prognostische factoren werden vervolgens ingedeeld op basis van kenmerken gerelateerd aan de persoon (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht), de ziekte (bijvoorbeeld soort tumor) of werk (bijvoorbeeld belasting in werk). Aansluitend werd ook per prognostische factor de sterkte van het gevonden bewijs bepaald, op basis van de kwaliteit van de artikelen én van het aantal artikelen over deze factoren.

Achtentwintig cohort studies voldeden aan de inclusiecriteria. Zwaar werk en chemotherapie waren negatief geassocieerd met werkhervatting, terwijl minder invasieve chirurgie positief was geassocieerd met werkhervatting. Werknemers die behandeld waren voor

¹ Promotie instituut: Vrije Universiteit Amsterdam; promotiedatum: 23 november 2016

borstkanker hadden de grootste kans op werkhervatting. Hogere leeftijd, lage opleiding en een laag inkomen waren negatief geassocieerd met arbeidsparticipatie.

Factoren die na twee jaar ziekteverzuim geassocieerd zijn met arbeidsongeschiktheid worden besproken in Hoofdstuk 3 en 4. In **Hoofdstuk 3** staan de resultaten van een longitudinale cohort studie beschreven. Er is onderzocht welke factoren de mate van arbeidsongeschiktheid na twee jaar ziekteverzuim voorspellen. Het onderzoek betrof 131 werknemers in vaste dienst, die na ziekmelding met de diagnose kanker twee jaar werden gevolgd. Bij tien maanden ziekteverzuim ontvingen zij een vragenlijst, tevens werd na de beoordeling van de WIA aanvraag de mate van arbeidsongeschiktheid genoteerd. Als onafhankelijke variabelen werden socio-demografische, gezondheid- en werk-gerelateerde kenmerken en ook verwachtingen ten aanzien van werkhervatting gekozen. De vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid per einde wachttijd diende als afhankelijke variabele. De mate van arbeidsongeschiktheid werd ingedeeld in twee groepen, namelijk loonverlies <80% versus ≥80%. Univariate en multivariate analyses werden verricht, de laatste volgens een hiërarchisch model. In de multivariate analyse bleek dat het ontbreken van invloed op de reïntegratie en een negatieve visie van zorgverleners ten aanzien van de werkhervatting geassocieerd waren met een grotere mate van arbeidsongeschiktheid.

In **Hoofdstuk 4** wordt een onderzoek naar determinanten van arbeidsongeschiktheid bij werknemers met kanker die twee jaar verzuimen beschreven. Het betreft een cross-sectioneel onderzoek bij 351 werknemers. Zij kregen voorafgaand aan de WIA beoordeling een vragenlijst thuisgestuurd en tevens werden gegevens bij het UWV opgevraagd. Als onafhankelijke variabelen werden wederom socio-demografische, gezondheids- en werk-gerelateerde kenmerken gekozen. De vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid, weer ingedeeld volgens loonverlies ≤80% versus >80%, werd als afhankelijke variabele gebruikt. Ook hier werden univariate en multivariate analyses (volgens hiërarchisch model) verricht. In de multivariate analyse bleek dat Nederlandse nationaliteit, hogere opleiding, hormoontherapie, metastasering, veel ervaren belemmeringen en laag ervaren werkvermogen geassocieerd waren met een grotere mate van arbeidsongeschiktheid.

In **Hoofdstuk 5** worden de resultaten besproken van een prospectieve cohort studie naar voorspellende factoren van werkvermogen en vermoeidheid bij werknemers die behandeld zijn voor kanker. Het doel van deze studie was om prognostische factoren voor werkvermogen en vermoeidheid te identificeren. Voor dit onderzoek werden werknemers geselecteerd die behandeld waren voor kanker, twee jaar verzuimden, en een aanvraag voor een WIA uitkering hadden ingediend. Bij de WIA aanvraag en één jaar later werden gegevens verzameld

met een vragenlijst. Ook werden gegevens bij het UWV opgevraagd. Univariate en multivariate lineaire regressie analyse werd gebruikt om voorspellers te identificeren. Vervolgens werden twee predictiemodellen gemaakt, een om werkvermogen en een om vermoeidheid één jaar na de WIA beoordeling te voorspellen. Uit het predictiemodel voor werkvermogen blijkt dat een hoger werkvermogen één jaar na de WIA beoordeling wordt voorspeld door behandeling met chemotherapie, een algemeen beter ervaren gezondheid, en het oorspronkelijk rond de WIA beoordeling gerapporteerde werkvermogen. Een lager werkvermogen één jaar na de WIA beoordeling wordt voorspeld door kostwinnerschap, of iemand ziektevrij is, de ervaren fysieke belemmeringen, en de mate van loonverlies. Uit het predictiemodel voor vermoeidheid blijkt dat grotere vermoeidheid één jaar na de WIA beoordeling voorspeld wordt door burgerlijke staat (bijvoorbeeld meer vermoeidheid bij gescheiden werknemers of wier partner was overleden), de ervaren fysieke belemmeringen, depressieve symptomen, en werken in de gezondheidszorg. Een lagere vermoeidheid wordt voorspeld door behandeling met chemotherapie en het niveau van vermoeidheid bij de WIA beoordeling.

Hoofdstuk 6 gaat over de rol van coping bij werknemers die behandeld zijn voor kanker. Het doel was om de mogelijke mediërende rol van actieve en passieve coping te onderzoeken tussen enerzijds zelf-gerapporteerde gezondheidsklachten en anderzijds functionele beperkingen, zoals beoordeeld door een verzekeringsarts, zelf gerapporteerd werkvermogen, en werkstatus. Met gevalideerde vragenlijsten werden gegevens met betrekking tot gezondheid, werkvermogen en werkstatus verzameld. De functionele beperkingen van de respondenten werden getransformeerd in schalen voor psychische en lichamelijke beperkingen, en beperkingen van de werktijden. Met behulp van een LISREL analyse werd een model ontworpen en getest. Hierin werd alleen voor actieve coping een mediërende rol gevonden.

De bevindingen van een kwalitatief onderzoek worden in **Hoofdstuk 7** gepresenteerd. Dit hoofdstuk gaat over factoren die verzekeringsartsen gebruiken bij het beoordelen van de belastbaarheid van kankerpatiënten na twee jaar ziekteverzuim. Hiertoe werden focusgroep interviews verricht, waaraan 29 verzekeringsartsen deelnamen. Zij werden groepsgewijs bevroegd naar de wijze waarop zij de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker beoordelen, in het bijzonder met betrekking tot vermoeidheidsklachten. Ook het gebruik van de functionele mogelijkheden lijst en verzekeringsgeneeskundige protocollen werd besproken. Tenslotte was er aandacht voor de behoefte onder de verzekeringsartsen aan een prognostisch instrument van werkvermogen. Uit het onderzoek blijkt dat verzekeringsartsen grote verantwoordelijkheid voelen om de belastbaarheid van deze werknemers zo goed mogelijk te beoordelen. Hierbij worden in eerste aanleg argumenten

van medische aard en inhoud gebruikt. Naar mate deze medische argumenten minder uitgesproken zijn, wordt meer belang gehecht aan niet medische factoren ter onderbouwing van het oordeel. Ook blijkt dat het gebruik van de bestaande verzekeringsgeneeskundige protocollen verdere aandacht verdient, en dat bij de invoering van een prognostisch instrument van werkvermogen een implementatiestrategie gewenst is.

In **hoofdstuk 8** volgt de discussie, waarin de belangrijkste resultaten van dit proefschrift worden besproken, in onderling verband én in perspectief worden geplaatst. Hierbij worden de bevindingen ook gespiegeld aan de resultaten van eerder onderzoek waarna aanbevelingen voor verder onderzoek en voor de praktijk volgen. Als belangrijke punten kunnen worden genoemd dat:

- diverse voorspellers (zoals functie-eisen, gezondheid, verwachtingen en sociale steun) van invloed zijn op de arbeidsparticipatie van werknemers die behandeld zijn voor kanker;
- de verzekeringsarts deze voorspellers dient te betrekken bij zijn/haar onderzoek, bij voorkeur in een vroeg stadium;
- de verzekeringsarts zich hierbij bewust moet zijn van eigen attitude, niet louter aandacht dient te schenken aan gepresenteerde gezondheidsklachten, en dat gebruik van beschikbare protocollen tot meer uniformiteit kan leiden;
- op basis van de resultaten van dit onderzoek een prognostisch instrument voor werkvermogen is ontwikkeld, hetgeen de verzekeringsarts kan ondersteunen bij de beoordeling van de belastbaarheid en/of het plannen van een heronderzoek.

Als aanbeveling voor verder onderzoek is het gewenst om te kijken naar lange-termijn effecten van behandeling voor kanker op deelname in arbeid en naar het effect van vroege interventies op arbeidsongeschiktheid na twee jaar ziekteverzuim bij kankerpatiënten. Maar ook onderzoek naar langdurige arbeidsongeschiktheid na behandeling voor kanker verdient verdere aandacht. In het bijzonder lijkt het gewenst hierbij aandacht te schenken aan de kwetsbare positie van werknemers zonder vast dienstverband, de zogenaamde vangnetters.

Als aanbeveling voor de praktijk wordt verzekeringsartsen bij de beoordeling van de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker, geadviseerd rekening te houden met de verwachtingen en perceptie van de werknemer, het ervaren werkvermogen en sociale steun. Beleidsmakers binnen de verzekeringsgeneeskunde wordt geadviseerd om de verdere ontwikkeling en validering van predictieregels te faciliteren en ter hand te nemen, waarbij actieve participatie van verzekeringsartsen gewenst is. Tot slot lijkt het noodzakelijk dat, zowel in de eerste als tweedelijns geneeskunde, (nog) meer aandacht komt voor arbeidsparticipatie van werknemers die behandeld zijn voor kanker.