
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen

Beroerte

Borstkanker





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen:*
Angststoornissen, Beroerte

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-M4

Bijlagen : 1

Datum : 15 maart 2007

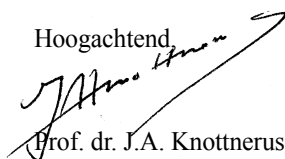
Mijnheer de minister,

Ter beantwoording van de adviesaanvraag d.d. 19 januari 2005 heb ik uw ambtsvoorganger op 22 juli van dat jaar het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg hij de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. Sindsdien zijn vier protocollen verschenen, over *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning* en *Depressieve stoornis*, alsmede de bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. De volgende drie protocollen bied ik u hierbij aan.

De protocollen in dit advies, gewijd aan *Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker*; zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Ze zijn in concept ter commentariëring voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties. Ik ben deze organisaties voor hun commentaren zeer erkentelijk. De conceptprotocollen zijn tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend



Prof. dr. J.A. Knottnerus

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen
Beroerte
Borstkanker

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2007/05, Den Haag, 15 maart 2007

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/05.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-639-6

Inhoud

Samenvatting 9

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen 13

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen 19

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte 57

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte 65

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker 103

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker 111

	Bijlagen <i>143</i>
A	Adviesaanvraag <i>145</i>
B	Commissie <i>149</i>
C	Commentaren <i>155</i>

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het vijfde tot en met zevende protocol in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind vorig jaar door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

Na het in juli 2005 verschenen advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* en de adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn*, *Hartinfarct*, *Overspanning* en *Depressieve stoornis*, is dit advies met de protocollen *Angststoornissen*, *Beroerte* en *Borstkanker* het vierde dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). In de loop van dit voorjaar zal met de publicatie van de protocollen *Chronische-vermoeidheidssyndroom*, *Lumbosacraal radiculair syndroom* en *Whiplash Associated Disorder* de reeks van tien protocollen gecompleteerd worden. De WIA-advisering door de Gezondheidsraad zal worden afgerond met een advies over verzekeringsgeneeskundige ‘mediprudentie’.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker

Verzekeringsgeneeskundig protocol

Borstkanker

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Borstkanker komt incidenteel voor bij mannen. Waar ‘werkneemster’, ‘zij’ of ‘haar’ staat kan daarom ook ‘werknemer’, ‘hij’ of ‘zijn’ gelezen worden.

Borstkanker is de verzamelterm voor kwaadaardige aandoeningen van het weefsel van de borstklier. De aard van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij een werkneemster met borstkanker is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van metastasen op afstand. In het protocol speelt dit onderscheid een belangrijke rol, in de wetenschap dat bij een deel van de in opzet curatief behandelde patiënten op termijn toch van metastasering op afstand sprake zal blijken te zijn.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens bepaalt de verzekeringsarts of bij de werkneemster op het moment van de beoordeling sprake is van aangetoonde metastasen op afstand. Vervolgens gaat hij na of en, zo ja, op welke terreinen bij de werkneemster sprake is van functiestoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

Bij een werkneemster zonder metastasen op afstand vormt de verzekeringsarts zich een indruk van:

- Aard en ernst van klachten en symptomen:
 - Wat waren de klachten en symptomen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- De in opzet curatieve behandeling: (4.2)*
 - Welke curatieve behandelingen hebben plaatsgevonden? Chirurgische, radiotherapeutische, chemotherapeutische, hormonale of immunotherapeutische behandeling?
 - Zijn er complicaties opgetreden tijdens de behandeling? Zo ja, welke vervolgbehandeling was hiervoor noodzakelijk?
 - Is de curatieve behandeling thans afgerond? Zo ja, wanneer? Zo nee, is er zicht op wanneer dat het geval zal zijn?
- Locoregionale behandelingseffecten die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (4.3)
 - functiebeperkingen en pijnklachten van de arm en schouder
 - lymfoedeem
 - neurologische klachten en uitvalsverschijnselen
 - pijnklachten in borstwand na borstampuatie of in okselkliergebied na okselklieroperatie
 - gevolgen van behandeling van locale recidieven
 - gevolgen van behandeling van solitaire regionale metastasen.
- Andere klachten en morbiditeit die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (3.2)
 - moeheid
 - andere lichamelijke klachten

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

- psychische klachten en psychiatrische comorbiditeit
- andere comorbiditeit.
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemster: (4.4)
 - Heeft de werknemster deelgenomen aan een begeleidingsprogramma voor borstkankerpatiënten?
 - Heeft de werknemster het advies gekregen zich te laten behandelen voor moeheid, psychische of andere comorbiditeit? Zo ja, heeft zij dat advies opgevolgd?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
 - Was in het werk sprake van factoren die werkhervatting kunnen belemmeren, zoals fysiek of mentaal belastend werk of gebrek aan sociale steun?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen?
- Werkhervatting:
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemster beoordeeld?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemster of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemster en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

Bij werknemers met metastasen op afstand vormt de verzekeringsarts zich een indruk van:

- De prognose:
 - Welke prognostische informatie heeft de behandelend arts gegeven aan de werknemster? En aan de bedrijfsarts?
- Werkhervatting:
 - Kan en wil zij haar eigen werk doen, al of niet met aanpassingen?
 - Wil de werknemster werken? En waarom wel of niet?
 - In hoeverre is haar werkomgeving bereid en in staat werkhervatting mogelijk te maken?
 - Is er een discrepantie tussen wat de werknemster wil en haar toestand, in termen van functionele mogelijkheden en prognose?

2 Beoordelingsgesprek (4.3, 4.4)

De verzekeringsarts dient bij de werkneemster met borstkanker die geen aange-
toonde metastasen op afstand heeft, de vraag te beantwoorden waarom bij deze
werkneemster het herstel gestagneerd is, wat haar functionele mogelijkheden zijn
en of herstel van functionele mogelijkheden nog te verwachten is. Hij voert het
gesprek in de wetenschap dat de meeste vrouwen die behandeld zijn voor borst-
kanker er alles aan gelegen is om hun werkzaamheden weer te hervatten en dat
een goede psychosociale begeleiding hiervoor van groot belang is. In veel geval-
len zijn de beperkingen niet diagnosespecifiek, maar komen ze overeen met de
multicausaal bepaalde beperkingen die veel mensen ervaren wanneer ze voor
kanker behandeld zijn.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die nodig
zijn voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek.

Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werkneemster op:
 - haar mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - haar inschatting dat de ziekte terugkomt of eventueel haar eigen prognose
 - wat zij meent nog te kunnen doen om haar functionele mogelijkheden te verruimen
 - belemmeringen van herstel en hervatting in het werk, met name de zwaarte van het werk en de rol en attitude van leidinggevende en collega's
 - de betekenis van betaald werk in haar levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van betrokkene, bijvoorbeeld door na te vragen wat zij doet op een 'gemiddelde' dag en door te informeren naar de gevolgen van haar klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

Belangrijke onderwerpen van het gesprek met de werkneemster met een geme-
tastaseerd mammacarcinoom zijn haar levensplan en de plaats die betaalde
arbeid daarin inneemt.

3 Medisch onderzoek (4.3)

De anamnese is gericht op het vaststellen van bijwerkingen van de behandeling, voor zover deze bij het beoordelingsgesprek nog niet of onvoldoende besproken zijn, en op het diagnosticeren van eventuele lichamelijke en psychische comorbiditeit.

De verzekeringsarts is daarbij met name alert op aanwijzingen voor een

- overspanning
- depressieve stoornis
- angststoornis.

Het lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd op geleide van de anamnese. Indien locoregionale behandelingseffecten hebben bijgedragen aan het uitblijven van (volledige) werkhervatting richt het lichamelijk onderzoek zich bovendien op:

- functies van arm en schouder
- sensibiliteit van de arm
- aanwezigheid en mate van oedeem
- pijnklachten in borst en arm, o.a. plexus brachialis neuralgie en dysesthesie (deafferentiatieneuralgie of zenuwpijn)
- huid van borst, oksel en schouder.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden. Als de verzekeringsarts meent dat er arbeidsmogelijkheden zijn bij een werknemer met aange- toonde metastasen op afstand die zelf een andere mening is toegedaan, dan vergaart hij de meest recente informatie over de aard en de ernst van de metastasen, de ingestelde behandeling(en) en het te verwachten beloop van het ziekte- proces.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

- ernstige twijfel over de comorbide diagnose(n), met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor het beoordelen van de beperkingen en de prog- nose
-

- gefundeerde twijfel over nog te benutten revalidatiemogelijkheden; zulke twijfel kan zich voordoen als:
 - ondanks adequate begeleiding het herstel langdurig gestagneerd is
 - begeleiding en revalidatie veel te wensen overlieten.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de behandeling en de begeleiding in de wetenschap dat vele patiënten zonder metastasen en zonder ernstige comorbiditeit, al of niet met aanpassingen, weer in arbeid re-integreren.
- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- Als ten tijde van de beoordeling sprake is van een gemetastaseerd mammacarcinoom, is de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis van minder belang en richt de verzekeringsarts zich op de actuele situatie en het te verwachten beloop.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen van de functionele mogelijkheden bij een patiënte die behandeld is voor mammacarcinoom in het algemeen multifactorieel bepaald zijn. Een duidelijk onderscheid tussen de verschillende oorzaken kan niet altijd gemaakt worden.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werknemster met *niet-gemetastaseerde borstkanker* zijn:

- beperkingen van de bovenste lichaamshelft als gevolg van:
 - bewegingsstoornis van de schouder
 - stoornis van de spierkracht van schouder en arm
 - sensorische stoornissen: pijnklachten en dysesthesieën
 - stoornissen in de functies van de huid
 - beperkingen ten gevolge van verlies van mentale en fysieke energie:
 - stoornis in geheugen, concentratie en stemming
 - vermoeidheid
 - beperkingen ten gevolge van systemische bijwerkingen van de behandeling:
-

- endocriene stoornissen: verlies van functies van het urogenitaal stelsel, osteoporose, gegeneraliseerde spier en gewrichtsklachten
- cardiale stoornissen.

Voor de beoordeling van beperkingen ten gevolge van comorbiditeit, bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis of overspanning, wordt verwezen naar de desbetreffende verzekeringsgeneeskundige protocollen.

Bij *gemetastaseerde borstkanker* is sprake van een grote diversiteit en veranderlijkheid van functiebeperkingen, afhankelijk van het beloop, de toegepaste therapieën en de bijwerkingen daarvan. De verzekeringsarts geeft zich bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden rekenschap van de visie van betrokkene op haar arbeidsmogelijkheden en van haar levensplan. Indien hij meent dat er een relevante discrepantie is tussen de klinische prognose en de inschatting van betrokkene zelf van haar arbeidsmogelijkheden, betreft hij de meest recente informatie van de behandelaars bij zijn definitieve oordeelsvorming.

3 Te verwachten beloop (6.3)

In geval van volledige arbeidsongeschiktheid van een patiënte bij wie geen metastasen op afstand zijn aangetoond, is voor de beoordeling van het te verwachten beloop het volgende onderscheid van belang:

- Ongeschiktheid als gevolg van locoregionaal recidief. Dit is slechts bij een kleine groep vrouwen aan de orde. Na behandeling is de prognose gunstig, zij het minder gunstig dan wanneer niet van een recidief sprake zou zijn geweest.
- Gestagneerd functioneel herstel door andere oorzaken. Dit is de grootste groep. De prognose is in dit geval in belangrijke mate afhankelijk van:
 - begeleiding en revalidatie
 - comorbiditeit.

Als er metastasen op afstand zijn aangetoond, is de verzekeringsarts zich ervan bewust dat de prognose infaust is. Levensverwachting, symptomen en functionele beperkingen kunnen individueel sterk verschillen en zijn in veel gevallen niet voorspelbaar. De door betrokkene ervaren gezondheidsklachten zijn een belangrijke indicator voor de functionele mogelijkheden, maar waarschijnlijk ook voor de prognose.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Bij arbeidsongeschiktheid als gevolg van een locoregionaal recidief verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer naast de oncologische behandeling adequaat wordt begeleid bij de revalidatie en bij de verwerking van deze nieuwe ingrijpende ervaring.
- Wanneer functioneel herstel bij niet-gemetastaseerde borstkanker langere tijd is uitgebleven zonder locoregionale oorzaak, overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om deze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Borstkanker

1	Inleiding 113
2	De aandoening 115
2.1	Kenmerken 115
2.2	Epidemiologie 115
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid 116
3	Ontstaan en beloop 117
3.1	Ontstaan 117
3.2	Beloop 117
4	Diagnose en behandeling 121
4.1	Diagnose 121
4.2	Behandeling 122
4.3	Bijwerkingen 124
4.4	Begeleiding en revalidatie 126
5	Werkhervatting 129
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 133
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis 133
6.2	Functionele mogelijkheden 134

6.3	Te verwachten beloop	135
6.4	Behandeling en begeleiding	136
	Literatuur	137
A	pTNM-classificatie	141

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met borstkanker. Het behandelt in deel *A Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel *B Beoordeling* de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer die behandeld is voor borstkanker, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- prognose
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de richtlijnen *Behandeling van het mammacarcinoom, Lymfoedeem, Mammacarcinoom: screening en diagnostiek* van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de *NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom*.¹⁻⁴

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de

orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

2.1 Kenmerken

Borstkanker (mammacarcinoom) is de verzamelterm voor kwaadaardige aandoeningen van het weefsel van de borstklier.

Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie wordt gebruik gemaakt van de volgende CAS-code:

U229 Nieuwvorming in borst

2.2 Epidemiologie

Borstkanker is de meest voorkomende kwaadaardige nieuwvorming bij vrouwen. Jaarlijks wordt de diagnose bij ruim 12 500 vrouwen in Nederland gesteld. Een vrouw heeft negen tot tien procent kans om gedurende haar leven borstkanker te krijgen. In 2005 stierven ongeveer 3400 mensen aan borstkanker. De overall vijfjaarsoverleving na het stellen van de diagnose is 85 procent. Minder dan een procent van het aantal borstkankerpatiënten is man.* In het protocol wordt om die reden steeds over de vrouwelijke patiënt gesproken.

De kans op het optreden van borstkanker neemt toe met de leeftijd. De incidentie is 31 per 100 000 voor vrouwen tussen de 30 en 34 jaar en loopt voor de

* Bron: <http://ikcnet.nl>, geraadpleegd 25 mei 2006.

groep tussen de 55 en 59 jaar op tot 223 per 100 000. Ongeveer een kwart van alle mammacarcinomen wordt voor het vijftigste levensjaar gediagnosticeerd en ongeveer de helft voor het 65^e jaar. Na de invoering van het bevolkingsonderzoek voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar is het aantal gediagnosticeerde mammacarcinomen toegenomen. Een groot aantal hiervan is niet invasief en heeft een zeer goede prognose.^{1,3,4}

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

In een Canadees onderzoek onder vrouwen met borstkanker werd een gemiddelde verzuimduur van zes maanden gevonden, met een spreiding van minder dan vier maanden tot langer dan een jaar.⁵ Er wordt thans onderzoek gedaan naar de verzuimduur bij vrouwen met borstkanker in Nederland.

Borstkanker werd in 2004 bij bijna twee procent van de instroom in de WAO, dat wil zeggen bij ongeveer duizend vrouwen, als eerste diagnose genoemd.*

* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071 personen van de totale WAO-instroom, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren).

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Bij minder dan de helft van het aantal gevallen van borstkanker is er sprake van een of meer van de bekende risicofactoren. De belangrijkste bekende risicofactoren zijn: eerder doorgemaakte borstkanker, kinderloosheid, eerste voldragen zwangerschap op latere leeftijd, eerste menstruatie op jongere leeftijd, late overgang, overgewicht na de overgang, hormoongebruik na de overgang en een alcoholconsumptie van drie of meer glazen per dag.⁴

Vrouwen met een familiale belasting voor borstkanker, in het bijzonder vrouwen die familieleden hebben die al voor hun vijftigste jaar borstkanker kregen of familieleden met bilateraal mammacarcinoom, hebben ook een verhoogde kans op het ontwikkelen van borstkanker. Dit is in versterkte mate het geval indien tevens ovariumcarcinoom in de familie voorkomt. In families die op dergelijke wijze zijn belast is relatief frequent sprake van dragerschap van een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen. De kans dat een vrouw met een mutatie in een van deze genen voor het zeventigste levensjaar borstkanker krijgt, bedraagt 55 tot 85 procent.³

3.2 Beloop

Onbehandelde invasieve borstkanker heeft een infauste prognose. In het protocol wordt ervan uitgegaan dat praktisch alle vrouwen met borstkanker behandeld

worden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen het beloop van de ziekte in engere zin en het beloop van het functioneel herstel na behandeling. Niet borstkanker-specifieke en niet tot een bekende biomedische oorzaak te herleiden gevolgen van diagnose en behandeling zijn voor het functioneel herstel van groot belang.^{6,7}

3.2.1 De ziekte in engere zin

De biomedische prognose van borstkanker is voor een groot deel afhankelijk van het stadium waarin de tumor gediagnosticeerd wordt. Vier hoofdstadia kunnen worden onderscheiden:¹

- *Lobulair carcinoma in situ (LCIS)* en *ductaal carcinoma in situ (DCIS)*. Bij het LCIS is sprake van een premaligne aandoening. Bij het DCIS is nog geen invasie van de carcinoomcellen in het stroma opgetreden. De genezingskansen voor de aandoeningen is na behandeling bijna honderd procent.¹ De behandeling van LCIS bestaat alleen uit locale excisie. De behandeling van DCIS is wel ingrijpend, nl. lumpectomie, gevolgd door bestraling van de borst. Bij een uitgebreider DCIS kan ook een borstamputatie geïndiceerd zijn, al of niet met een borstreconstructie tijdens dezelfde operatie. In principe is een okselstaderende procedure niet geïndiceerd.
- *Reseceerbare infiltrerend mammacarcinoom (T1-2, N0-1 M0)*. Het mammacarcinoom wordt het meest frequent (negentig procent) in dit stadium gediagnosticeerd. De krachtigste voorspellers voor de prognose zijn de grootte van de tumor en de differentiatiegraad. Op grond van deze twee criteria kan een onderscheid gemaakt worden tussen patiënten met een tienjaarsoverleving van meer of minder dan tachtig procent. De prognose wordt ook bepaald door de aan- of afwezigheid van okselkliermetastasen, de aan- of afwezigheid van hormoonreceptoren en/of de overexpressie van HER-2.* Patiënten jonger dan 35 jaar hebben een slechtere prognose dan de oudere leeftijdsgroep. In de toekomst wordt het waarschijnlijk mogelijk om een genexpressie-profiel aan de prognostische criteria toe te voegen.
- *Lokaal ver voortgeschreden mammacarcinoom*. Als er sprake is van een mastitis carcinomatosa, uitgebreide doorgroei in de thoraxwand (T4) of van gefixeerde oksellymfklieren, spreekt men van locoregionaal ver voortgeschreden mammacarcinoom.⁸ De prognose hiervan is aanzienlijk slechter dan die van het reseceerbaar infiltrerend carcinoom; de vijfjaarsoverleving is

* HER-2 staat voor *humaan epidermal growth factor-receptor-2*. Borstkanker met expressie van HER-2 heeft een slechtere prognose dan HER-2-negatieve tumoren.

veertig tot zestig procent en de tienjaars overleving ongeveer 25 procent. De behandeling is wel in opzet curatief.¹

- *Gemetastaseerd carcinoom*. Het op afstand gemetastaseerd carcinoom moet worden beschouwd als een niet-curabele ziekte. De mediane overleving na vaststelling van de metastasering is anderhalf tot twee jaar. Het beloop is echter zeer variabel en overleving kan ook vele jaren duren.⁸

De behandeling van het reseceerbare infiltrerende carcinoom en het lokaal uitgebreid carcinoom, zonder metastasen op afstand, is in opzet curatief. Een na de primaire behandeling optredend *locoregionaal recidief* – dat wil zeggen: een terugkeer van de ziekte in borst, thoraxwand, oksel, infraclaviculaire of parasternale kliergebied – impliceert een verslechtering van de prognose. De kans op een lokaal recidief is onder andere afhankelijk van de locoregionale behandeling van de tumor (resectievlakken wel of niet vrij) en het tumorstadium ten tijde van de diagnose. De recidiefkans varieert van een tot vijf procent voor de *early breast cancer* en minder dan vijf tot vijftien procent voor het reseceerbare infiltrerend carcinoom tot twintig à dertig procent voor het lokaal ver voortgeschreden mammacarcinoom. Na borstsparende behandeling komt een locoregionaal recidief in het algemeen wat vaker voor; dit beïnvloedt de overleving echter niet. Circa de helft van de locoregionale recidieven wordt binnen twee jaar na de oorspronkelijke behandeling gediagnosticeerd, de andere helft tot twintig jaar daarna. De behandeling van het locoregionaal recidief is ook in opzet curatief.

3.2.2 *Het functioneel herstel*

Het beloop van het functioneel herstel bij het in opzet curatief behandelde mammacarcinoom is afhankelijk van verschillende factoren waaronder:

- locoregionale gevolgen van de chirurgische en de radiotherapeutische behandeling van primaire tumor en recidief (4.3.1)
- systemische bijwerkingen van de behandeling (4.3.2)
- comorbiditeit
- psychosociale gevolgen van de ziekte en behandeling.

Een aantal klachten en stoornissen is niet rechtstreeks te herleiden tot een bekende biomedische oorzaak of kan daardoor maar ten dele verklaard worden. Deze klachten en stoornissen komen ook voor bij de meeste andere vormen van kanker en zijn niet specifiek voor het mammacarcinoom.⁹⁻¹¹ De meest voorkomende zijn:

- vermoeidheid
-

- depressieve klachten
- slaapstoornissen
- algemene fysieke klachten
- cognitieve stoornissen
- psychologische distress
- libidoverlies.

Van deze klachten is vermoeidheid het meest bekend en het meest onderzocht. Op middellange termijn, tussen de een en vijf jaar, heeft 35 tot 40 procent van de patiënten nog klachten van aanzienlijke tot ernstige vermoeidheid. Deze is onafhankelijk van de leeftijd. In het algemeen wordt er bij aanhoudende vermoeidheid na de behandeling geen somatische oorzaak voor de vermoeidheid gevonden.¹²⁻¹⁴ Uit onderzoek blijkt dat driekwart van de patiënten die hun werkzaamheden hebben aangepast dit hebben gedaan in verband met hun vermoeidheid.¹⁵ In twintig procent van de gevallen houden de klachten meer dan vijf jaar aan. De vermoeidheid wordt niet alleen fysiek ervaren, maar soms omschreven als een volledig gebrek aan energie en een ernstige mentale uitputting.⁹ Er is vaak een relatie tussen de vermoeidheid bij borstkanker en depressie, angst en slaapstoornissen.^{9,15}

Jonge vrouwen met een erfelijke vorm van borstkanker krijgen vaak te maken met een zeer moeilijk en soms stagnerend verwerkingsproces. Door de erfelijke belasting kunnen zij het rouwproces over de ingrijpende gebeurtenis niet afronden; er is immers een voortdurende dreiging voor herhaling bij familie, kinderen en bij hen zelf. Het seksueel functioneren kan zijn aangetast zowel ten gevolge van de ziekte als door de behandeling. Aantasting van het lichaamsbeeld door de chirurgische ingreep kan bijdragen aan psychische klachten en verlies van libido.^{9,16}

De prognose van de functionele mogelijkheden bij gemetastaseerde borstkanker is niet alleen afhankelijk van de hiervoor genoemde algemene en locoregionale gevolgen van de behandeling, maar ook van de klachten, stoornissen en beperkingen die een gevolg zijn van de metastasen en de behandeling(en) voor deze metastasen.¹

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

Het merendeel van de mammatumoren wordt door de patiënt zelf ontdekt. Sinds 1998 is er een landelijk dekkend systeem van bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen in de leeftijd tussen de 50 en 75 jaar. Het aantal niet-palpeerbare tumoren dat gediagnosticeerd wordt, is hierdoor toegenomen. Dit betreft voor een deel in situ carcinomen.

Een onderdeel van de diagnostiek is de stadiëring van de tumor. De stadiëring is van belang voor zowel de keuze van de behandeling als voor de prognose. Internationaal en voor de landelijke registratie wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem. Door de toevoeging van de letter p vóór de T, N of M worden de bevindingen van het onderzoek door de patholoog weergegeven (zie bijlage A op pagina 141).

De diagnostiek tijdens de follow-upperiode is gericht op een tijdige diagnose van tumormanifestaties die opnieuw curatief behandelbaar zijn, te weten: een lokaal of regionaal recidief na borstsparende therapie of amputatie en een tweede primair carcinoom in het resterende borstklierweefsel (ook contralateraal).

De diagnostiek van metastasen op afstand is geen vast onderdeel van de controles bij follow-up, maar vindt plaats op geleide van klachten van de patiënte. Het actief opsporen en vervolgens systemisch behandelen van a-symptomatische metastasen leidt niet tot een aantoonbaar overlevingsvoordeel. Metastasering

komt bij 75 procent van de patiënten aan het licht naar aanleiding van klachten van de patiënt.¹

4.2 Behandeling

Het beloop van het functieherstel wordt sterk beïnvloed door de biomedische effecten van de behandeling van borstkanker. De verschillende onderdelen van de behandeling worden in deze paragraaf kort besproken, waarbij de nadruk ligt op die aspecten die voor de beoordeling van het re-integratie-proces en het vaststellen van de functionele mogelijkheden van belang kunnen zijn.

4.2.1 Primaire behandeling

Chirurgie

Het doel van de chirurgische behandeling is het verwijderen van de primaire tumor en van regionale lymfekliermetastasen.¹ De tumor kan in principe verwijderd worden door:

- ablatio mammae: verwijdering van de klierschijf
- een borstsparende operatie: een ruime lokale excisie van de tumor, altijd gevolgd door radiotherapie
- gemodificeerde radicale mastectomie.

Bij de twee eerstgenoemde ingrepen vindt stadiëring van de okselklieren plaats, in de meeste gevallen door eerst de schildwachtklier op te sporen. Bij positieve bevindingen volgt okselklierdissectie. Bij negatieve bevindingen is de kans op uitzaaiingen in de overige lymfeklieren klein (een tot vijf procent) en wordt geen okselklierdissectie geadviseerd. Patiënten die alleen een schildwachtklierbiopsie hebben ondergaan, ondervinden veel minder vroege en late klachten van oksel en arm dan patiënten bij wie een volledige okselklierdissectie heeft plaatsgevonden. Ze hebben vrijwel geen lymfoedeem en een normale arm- en schouderfunctie.

Bij een gemodificeerde radicale mastectomie wordt verwijdering van de klierschijf, waarbij de pectoralimusculatuur in situ wordt gelaten, gecombineerd met okselklierdissectie. Bij okselklierdissectie worden de n. thoracodorsalis (innervatie van de m. latissimus dorsi), de n. thoracicus longus (m. serratus anterior) en zo mogelijk ook de sensibele zenuwtakken gespaard.

Radiotherapie

Radiotherapie vormt een integraal onderdeel van de borstsparende behandeling.¹ Het doel van postoperatieve regionale radiotherapie van de mamma is het verminderen van de kans op een locoregionaal recidief. In eerste instantie wordt een dosis van 50 Gy in vijf weken gegeven (25 bestralingen van 2 Gy). Patiënten onder de 60 jaar krijgen vervolgens een boost (8 bestralingen van 2 Gy) op het oorspronkelijke tumorgebied. Bij vier of meer okselkliermetastasen of bij een kliermetastase in de okseltop is de kans op locoregionaal recidief zo groot dat na een ablatio mammae radiotherapie wordt gegeven op alle regionale lymfeklierstations en op de thoraxwand. Indien bij borstsparende behandeling sprake is van vier kliermetastasen of meer wordt ook locoregionaal bestraald: de borst volgens het borstsparende protocol en de regionale klierstations tot 50 Gy.

Adjuvante systemische therapie

Het doel van vroege systemische behandeling is het elimineren van eventueel aanwezige, maar nog niet vast te stellen metastasen op afstand (micrometastasen).¹ Deze adjuvante therapie levert een duidelijke bijdrage aan de genezingskansen van vrouwen met een vroeg stadium van borstkanker. De overlevingswinst is afhankelijk van het stadium en de aanwezigheid van micrometastasen. De kans op occulte metastasen wordt onder andere bepaald door factoren als aanwezigheid van lymfkliermetastasen, tumorgrootte, tumorgraad, leeftijd, hormoonreceptorpositiviteit en overexpressie van HER-2. De keuze voor de aanvullende behandeling wordt afgestemd op de individuele situatie van een patiënt. Duur en intensiteit van de verschillende behandelvormen kunnen sterk variëren. Dat geldt ook voor ernst en duur van de bijwerkingen.

Polychemotherapie duurt doorgaans vier tot zes maanden. Chirurgische of medicamenteuze uitschakeling van de ovariële functie bij premenopauzale vrouwen in combinatie met tamoxifen (anti-oestrogeen) resulteert in een reductie van de mortaliteit. De hormonale behandeling duurt minimaal vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen wordt als hormonale adjuvante therapie een sequentie van twee tot drie jaar tamoxifen geadviseerd, gevolgd door twee tot drie jaar aromataseremmers (remming van de oestrogeenproductie), hetgeen resulteert in een behandelduur van vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen met HER-2 overexpressie en positieve hormoonreceptoren wordt een vijf jaar durende behandeling met een aromataseremmer aanbevolen. Aan alle vrouwen met HER-2 overexpressie bij wie een indicatie bestaat voor adjuvante chemotherapie, wordt daar-

naast adjuvante behandeling met trastuzumab (antilichaambehandeling) gedurende een jaar geadviseerd.^{1,17,18}

4.2.2 *Vervolgbehandeling*

Behandeling van het locoregionale recidief

De behandelingskeuze voor een locoregionaal recidief hangt af van een groot aantal factoren, zoals de primaire behandeling, bevindingen bij stadiëringsonderzoek ten tijde van het recidief, de grote van de tumor en de anatomische lokalisa-tie. De behandeling is, als er geen metastasen op afstand worden aangetoond, opnieuw in opzet curatief en bestaat uit chirurgie en, indien mogelijk, radiothera-pie.¹ Als het tumorrecidief hormoonreceptorpositief is, wordt tevens hormoon-therapie gegeven.

Behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom

De behandeling van metastasen op afstand is palliatief. Metastasering komt bij 75 procent van de patiënten aan het licht naar aanleiding van klachten. Bij 85 procent van alle patiënten die metastasen hebben, treedt metastasering naar het skelet op. Pleuritis carcinomatosa is bij twintig procent van de patiënten het eer-ste symptoom. De behandeling kent een breed palet aan mogelijkheden die vaak in combinatie worden toegepast, variërend van hormonale therapie, chemothera-pie, immunotherapie en radiotherapie tot chirurgische interventies om complica-ties te voorkomen.¹

4.3 **Bijwerkingen**

4.3.1 *Locoregionale klachten en functiestoornissen*

De chirurgische, radiotherapeutische en chemotherapeutische behandeling kun-nen leiden tot aanhoudende pijnklachten en functiestoornissen van de bovenste lichaamshelft.^{7,19} Het gaat om de volgende klachten en stoornissen:

- bewegingsbeperking van de schouder als gevolg van fibrosevorming door radiotherapie van de oksel; vooral na radiotherapie in combinatie met oksel-klierdissectie
 - pijnklachten als gevolg van brachialisneuralgie; vooral na subclaviculaire radiotherapie
-

- pijnklachten en dysesthesieën als gevolg van doorsnijding van de intercostobrachiale zenuwen bij okselklierdissectie
- pijnklachten door andere oorzaken
- afname van spierkracht
- lymfoedeem, met als mogelijke gevolgen bewegingsbeperking, een zwaar gevoel en een verminderde weerstand van de huid.

Ook bewegingsangst die geen rechtstreeks gevolg is van de hiervoor genoemde oorzaken kan leiden tot functiestoornissen.

De dysesthesieën en pijnklachten na zenuwdoorsnijding geven een doof gevoel aan de binnenzijde van de bovenarm en het okselgebied. Ongeveer twintig procent van de patiënten lijdt onder de hinderlijke pijnklachten van een deaf-ferentiatieneuralgie.

De pijnklachten die niet het gevolg zijn van een brachialisneuralgie of van dysesthesieën kunnen het functioneren aanzienlijk beperken. Zij treden bijvoorbeeld op bij werken boven schouderhoogte en of bij plotselinge krachtige bewegingen.

Lymfoedeem kan kort na de chirurgische behandeling ontstaan maar ook veel later. De kans op lymfoedeem is afhankelijk van de uitgebreidheid van de okselchirurgie. Na okselklierdissectie is de kans vijf tot tien procent, na alleen radiotherapie minder dan vijf procent en na een combinatie van radiotherapie en chirurgie vijftien tot dertig procent. Lymfoedeem leidt tot een verhoogde kans op infectie. Als lichamelijke inspanning bij patiënten met een verhoogde kans op lymfoedeem leidt tot tijdelijke zwelling van de vingers of andere delen van de arm, is dat een teken van belemmering van lymfeafvoer. De lichamelijke inspanning moet in dat geval aangepast worden, zodat geen zwelling meer optreedt.² Er zijn geen aanwijzingen dat het gebruik van de arm, zonder beperkingen van de lymfeafvoer, lymfoedeem veroorzaakt.²⁰

4.3.2 Systemische bijwerkingen en functiestoornissen

Als adjuvante therapie en in de behandeling van gemetastaseerde borstkanker kunnen verschillende systemische therapieën worden ingezet, die vaak belastend zijn door hun bijwerkingen.

De meeste bijwerkingen van *hormonale therapie* worden veroorzaakt door een verlaging of het blokkeren van de oestrogeenspiegel. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen pre- en postmenopauzale vrouwen. Bij premenopauzale vrouwen wordt de ovariële functie uitgeschakeld door chirurgische of radiotherapeutische ablatie of door suppressie door middel van LH-RH analogen, al of niet

gecombineerd met tamoxifen. Als gevolg hiervan ontstaan climacteriële klachten, zoals spier- en gewrichtsklachten, droge slijmvliezen, opvliegers, stemmingswisselingen, vermoeidheid en osteoporose. Bij post-menopauzale vrouwen kan tamoxifen opvliegers, nachtzweeten, vaginale afscheiding, jeuk of droogheid veroorzaken. Behandeling met tamoxifen geeft een tweemaal verhoogde kans op trombo-embolieën en op lange termijn is er ook een geringe kans (enkele promillen) op endometriumcarcinoom. Het gebruik van aromataseremmers geeft een verhoogd risico op osteoporose, maar geen verhoogd risico op trombo-embolische complicaties of endometriumafwijkingen.¹

Bijwerkingen van *chemotherapie*, tijdens en kort na de behandeling, zijn misselijkheid, beenmergsuppressie, mucositis, haaruitval en vermoeidheid. Deze bijwerkingen duren tot ongeveer drie maanden na het stoppen van de behandeling. De langetermijn bijwerkingen zijn chronische vermoeidheid, afname van de cognitieve functies, neuropathie, amenorroe en in sommige gevallen ook hartschade (een half tot een procent congestief hartfalen bij behandeling met antracycline bevattende chemotherapie).¹

Bij *antilichaamtherapie* met trastuzumab kan cardiotoxiciteit optreden, met name een afname van de linkerventrikel-ejectiefractie. De mate waarin dit gebeurt is mede afhankelijk van de combinatie met andere geneesmiddelen.^{17,17}

4.4 Begeleiding en revalidatie

De meeste patiënten met kanker blijken dankzij hun aanpassingsvermogen hun ziekte op termijn te kunnen verwerken, al dan niet met steun van naasten of zorgverleners.⁹ De begeleiding van patiënten met borstkanker begint al in een vroeg stadium van diagnostiek en behandeling. Vrouwen die actief bij het behandelproces betrokken worden, hebben minder depressieve klachten dan niet actief bij de behandeling betrokken vrouwen.²¹ In de meeste oncologische centra worden thans afspraken gemaakt over de begeleiding en de regie over het hele behandelproces.

Een goede communicatie tussen behandelaars en patiënte is essentieel. De richtlijn *Behandeling van het mammacarcinoom* wijst op het belang van informatieverstrekking, emotionele ondersteuning en het betrekken van de patiënte bij de besluitvorming en noemt een aantal aandachtspunten:

- diagnose, genezingskans en mogelijke oorzaken van de ziekte
 - de voorgestelde behandeling en andere behandelingsopties en de gevolgen daarvan
 - functieverlies, pijn en lymfoedeem
 - borstprothesen
-

- mogelijkheden voor zelfzorg, revalidatie, lotgenotencontact en psychosociale zorg.

Fysiotherapeutische interventie in de postoperatieve fase bestaat uit adviezen over belasting en belastbaarheid, preventie van bewegingsangst, het belang van fysieke activiteit en bewegingsinstructie. Heeft een okselklierdissectie plaatsgevonden, dan is de begeleiding gericht op preventie van beperkingen van de schouderfunctie en van lymfoedeem.

Vermoeidheid na behandeling voor borstkanker komt, zoals gezegd, veel voor. Ruim de helft van de patiënten zegt dat vermoeidheid het symptoom is dat hun kwaliteit van leven het meest beïnvloedt.¹⁵ Bij vermoeidheid moet niet alleen gedacht worden aan lichamelijke vermoeidheid, maar ook aan een volledig gebrek aan energie en aan geestelijke uitputting. Een geleidelijke opbouw van activiteiten, volgens een afgesproken schema, lijkt de beste kansen op herstel te geven.¹⁰ Kankerpatiënten geven er echter soms de voorkeur aan om hun activiteiten af te stemmen op de wisselende klachten.

Psychische problemen, bijvoorbeeld depressie, kunnen de vermoeidheid verergeren. Andersom kan vermoeidheid ook leiden tot klachten van depressieve aard. Voor de behandeling en begeleiding is het van belang dat een depressieve stoornis bij iemand die voor kanker behandeld wordt of werd, tijdig onderkend wordt.⁹ Voor de diagnostiek van depressie wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*.

Vergeleken met de normale bevolking zijn kankerpatiënten angstiger. Het kan gaan om normale angst in reactie op de ziekte, maar ook om een angststoornis. Slecht gecontroleerde pijn, benauwdheid, metabole ontregeling en diverse medicamenten kunnen aanleiding geven tot angstige gevoelens. Of er sprake is van normale of pathologische angst hangt af van de duur van de symptomatologie en van de mate waarin het functioneren van de patiënte wordt verstoord door haar angstige gevoelens.⁹ Signalen die wijzen op een angststoornis zijn anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag, dat wil zeggen: gedrag dat bedoeld is om de angst op te heffen of te verminderen.²² De diagnose angststoornis mag pas gesteld worden als een lichamelijke oorzaak van de angst is uitgesloten. Voor de diagnostiek van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.

Revalidatieprogramma's voor kankerpatiënten die de primaire behandeling hebben afgerond, dragen significant bij aan de kwaliteit van leven.^{6,23-28} In een Nederlandse gerandomiseerde studie blijkt dat een fysiek trainingsprogramma en een fysiek trainingsprogramma in combinatie met een cognitief-gedragsthera-

peutisch programma beide even effectief zijn, afgemeten aan fysieke uitkomstmaten, vermoeidheid en kwaliteit van leven.²⁴⁻²⁶

De Vereniging van Integrale Kankercentra en de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland, samen met de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen vertegenwoordigd in de Stichting Herstel en Balans, hebben kwaliteitscriteria voor groepsrevalidatieprogramma's voor kankerpatiënten opgesteld.²⁹ Het revalidatieprogramma *Herstel & Balans* bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw, en psycho-educatie, gericht op verwerken van de ziekte, vergroten van het zelfvertrouwen en versterken van de autonomie. De deelnemers komen gedurende een periode van drie maanden twee à drie keer per week in groepen bij elkaar. Alle negen Integrale Kankercentra zijn bij de uitvoering van *Herstel & Balans* betrokken.

Er zijn ook andere, kwalitatief goede lokale initiatieven. Op verschillende plaatsen, onder andere in Erasmus MC, Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, MMC Veldhoven, UMC Utrecht, UMC Groningen en AZ Maastricht, vindt onderzoek plaats naar programma's voor re-integratie van patiënten met mammacarcinoom.

Werkhervatting

Werkhervatting van patiënten met kanker is al vele jaren onderwerp van onderzoek. In vergelijking met enkele decennia geleden is er sprake van een opmerkelijke toename van de terugkeer naar werk.^{10,30} Dat neemt niet weg dat werkhervatting voor vele kankerpatiënten nog steeds een opgave is. Zij moeten leren omgaan met de gevolgen die diagnose en behandeling hebben voor hun leven en welbevinden. Ook lopen ze soms aan tegen onwetendheid en wantrouwen op de werkplek.

Terugkeer naar het werk is zowel vanuit individueel als vanuit maatschappelijk oogpunt belangrijk. Voor betrokkene betekent verlies van werk in veel gevallen achteruitgang in inkomen, sociaal isolement en verminderd zelfvertrouwen. Kankerpatiënten ervaren terugkeer naar het werk vaak als zeer belangrijk. Het bevestigt het medisch herstel, vergroot het zelfvertrouwen en leidt tot herstel van sociale rollen. Van de werknemers die niet naar het werk terugkeren doet twintig procent dat vrijwillig. Vijftig procent geeft de eigen gezondheid op als reden voor het verlies van werk.^{15,31}

Patiënten met borstkanker worden in het algemeen goed begeleid door het behandelteam. De meeste patiënten worden multidisciplinair behandeld en hebben contact (gehad) met een mammacareverpleegkundige. De kans dat zij goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en over het voor hen relevante hulpaanbod is groot. Desondanks zijn veel patiënten niet voorbereid op de re-integratie in arbeid. In ongeveer de helft van de gevallen wordt de terugkeer naar het werk

niet met de behandelend arts besproken. Veel patiënten blijken bovendien hun angst- en depressieklachten niet aan hun behandelaar te melden.³²

De bedrijfsarts heeft dan ook belangrijke taken in de begeleiding en bij het beoordelen van belemmeringen voor de re-integratie die mogelijk het gevolg zijn van comorbiditeit. Hierbij kan gedacht worden aan een depressieve stoornis, maar ook aan een angststoornis, overspanning of somatische comorbiditeit. Na een recidief of metastasering worden patiënten nog ingrijpend geconfronteerd met het levensbedreigende karakter van hun aandoening. Angst, boosheid, teleurstelling, schuldgevoelens en rouw zijn belangrijke emoties in deze fase.

Er is een gebrek aan specifieke interventies en interventieonderzoeken op het gebied van begeleiding en re-integratie van kankerpatiënten naar werk. *Evidence based* richtlijnen zijn er nog niet. Algemene regels voor de re-integratie en ervaring bij andere re-integratieprocessen moeten dan ook als leidraad dienen. Er kan wel een aantal aandachtspunten geformuleerd worden.

Aandachtspunten

Percepties en verwachtingen van de werknemers. De verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de gevolgen van de ziekte en het verloop van het herstel, zijn in veel gevallen voorspellend voor de duur van het verzuim.¹⁰ Als een negatieve verwachting op een onjuiste veronderstelling berust, kan een hierop gerichte interventie geadviseerd worden om betrokkene weer het gevoel van controle te geven. In dat geval kan cognitieve gedragstherapie aangewezen zijn.⁹ Door het ziekteproces kan betrokkene ook haar persoonlijke doelen in het leven bijstellen en het belang dat betaalde arbeid voor haar heeft anders gaan waarderen.

Vermoeidheid. Ernstige en langdurige vermoeidheid is een krachtige voorspeller voor het uitblijven van (volledige) werkhervatting.³¹ Om de re-integratie te bevorderen lijkt deelname aan een van de revalidatieprogramma's aangewezen. De vermoeidheidsklachten kunnen echter zo ernstig zijn, dat deelname aan een aangepast programma nodig is. Deze interventie is ontwikkeld voor CVS, aangepast voor chronische vermoeidheid bij kanker en effectief gebleken.^{14,33}

Werkgerelateerde factoren. Factoren die de terugkeer in positieve zin beïnvloeden zijn:¹⁰

- een positieve houding van collega's en leidinggevenden ten aanzien van borstkanker en terugkeer

- bereidheid om het aantal uren en de zwaarte van het werk, de hoeveelheid werk of de piekbelasting aan te passen aan de functionele mogelijkheden
- aanpassing van onregelmatige diensten en nachtdiensten; hierbij kan onder andere gedacht worden aan functies in de zorg – verpleegkundigen en artsen – en executieve functies bij brandweer en politie.

Lichamelijk en psychisch zwaar werk en een discriminerende bejegening zijn factoren die de terugkeer belemmeren.

Voor patiënten die behandeld zijn voor borstkanker en die werkzaam zijn in de zorg, kan de zorg voor en de omgang met patiënten met kanker, naast de fysieke zwaarte van het werk, een extra belasting betekenen.

Overleg behandelende sector: Overleg met de behandelende sector is van belang met het oog op continuïteit van zorg, inzicht in de aard van de behandeling en een gedeelde kennis over de prognose.³²

Gemetastaseerde borstkanker. De prognose bij aangetoonde metastasen op afstand is infaust. De levensverwachting kan echter in belangrijke mate variëren. Met name patiënten die hormonaal behandeld worden en een langdurige remissie doormaken, kunnen gedurende vele jaren relatief klachtenvrij zijn.⁸ Voor de begeleiding en arbeidsmogelijkheden zijn ook in dit geval zowel de ziektespecifieke diagnostiek als de persoonsgebonden factoren van belang.¹⁰

De ziektespecifieke diagnostiek kan een goede indicatie geven van de uitgebreidheid en de locatie(s) van de metastasen en de gevolgen daarvan voor het functioneren. Deze bevindingen dienen betrokken te worden bij het inschatten van de arbeidsmogelijkheden. Voor de prognose lijken de gezondheidsgerelateerde klachten van nog meer belang. Er zijn goede aanwijzingen dat de kwaliteit van leven die de patiënte zelf ervaart in dit geval een betere voorspeller is dan sommige conventionele prognostische criteria, zoals bijvoorbeeld de uitgebreidheid van de metastasen.^{11,34}

De begeleiding en advisering in dit stadium van de ziekte moeten volledig afgestemd worden op de individuele situatie van de patiënt. Het leven met metastasen zal in veel gevallen de belastbaarheid negatief beïnvloeden. Ook is er geen sprake van een langdurig stabiele situatie. Voor de continuïteit van zorg kan regelmatig overleg met de behandelende sector wenselijk zijn. In dit stadium is respect voor de inschatting die patiënte heeft van haar eigen mogelijkheden en voor haar levensplan maatgevend voor het beleid.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met borstkanker voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij de diagnose borstkanker vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de ingestelde behandeling en de begeleiding, in de wetenschap dat, indien er geen metastasen op afstand zijn aangetoond, re-integratie in arbeid in de meeste gevallen succesvol verloopt. Een jaar na de behandeling rapporteren de meeste vrouwen, ook als zij nog klachten hebben, al weer een goede kwaliteit van leven. Toch hebben borstkankerpatiënten ook na een lang ziektevrij interval (vijf jaar) in het algemeen nog steeds meer klachten en problemen met hun lichamelijk functioneren dan vrouwen zonder borstkanker.¹² Patiënten met een recidief hebben meer psychische klachten en meer vermoeidheidsklachten dan vrouwen zonder recidief.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.³⁵

De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat bij een werknemer belangrijke kansen voor de re-integratie zijn gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij het beoordelingsgesprek realiseert de verzekeringsarts zich dat de werknemer in veel gevallen een lang behandelingsproces heeft ondergaan. Zij heeft gedurende langere tijd gefunctioneerd in een ziekenrol en heeft een of meer sociale rollen moeten loslaten. Het merendeel van de werknemers slaagt erin om, al of niet met hulp van derden, de ziekenrol weer te verlaten, haar gebruikelijke sociale activiteiten op te pakken en geheel of gedeeltelijk, al dan niet in aangepaste arbeid, te re-integreren.

Het herstel van de patiënte die beoordeeld wordt voor de WIA is in de loop van de tijd gestagneerd en kan door het optreden van comorbiditeit gecompliceerd zijn. De patiënte heeft vaak veel kennis over haar eigen ziekteproces. Als gevolg van haar ziekte is mogelijk haar visie op de functie van betaalde arbeid in haar leven veranderd.

De verzekeringsarts staat voor de taak om de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van deze werknemer, gegeven haar ziekte, te beoordelen. Hij realiseert zich dat de functionele beperkingen bij een patiënte die behandeld is voor mamma carcinoom in het algemeen multicausaal bepaald zijn. In zijn onderzoek beperkt hij zich niet tot de biomedische gevolgen van ziekte en behandeling, maar inventariseert hij ook de psychische en sociale gevolgen en de fysieke klachten en beperkingen die niet of slechts gedeeltelijk tot een bekende biomedische oorzaak te herleiden zijn. Hij is zich ervan bewust dat er niet altijd een duidelijk onderscheid te maken is tussen de verschillende oorzaken van klachten, stoornissen en beperkingen.

In het protocol wordt onderscheid gemaakt tussen de beperkingen die het gevolg (kunnen) zijn van het verlies van functies van de bovenste lichaamshelft en de beperkingen als gevolg van verlies aan mentale en fysieke energie. Bij (borst)kankerpatiënten kunnen zich beperkingen voordoen die gemakkelijk aan de aandacht ontsnappen en die van belang zijn voor bijzondere functie-eisen of specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid, zoals beperkingen ten aanzien van druk of belasting van de bovenste lichaamshelft (bijvoorbeeld in executieve politietaken en taken in de zorgverlening), fysieke en mentale piekbelasting, onregelmatige werktijden en nachtdiensten.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werknemer met niet-gemetastaseerde borstkanker zijn:

- beperkingen van de bovenste lichaamshelft als gevolg van:
 - bewegingsstoornis van de schouder
 - stoornis van de spierkracht van schouder en arm
 - sensorische stoornissen: pijnklachten en dysesthesiën
 - stoornissen in de functies van de huid
- beperkingen ten gevolge van verlies van mentale en fysieke energie:
 - stoornis in geheugen, concentratie en stemming
 - vermoeidheid
- beperkingen ten gevolge van systemische bijwerkingen van de behandeling:
 - endocriene stoornissen: verlies van functies van het urogenitaal stelsel, osteoporose, gegeneraliseerde spier- en gewrichtsklachten
 - cardiale stoornissen.

De gevolgen van veelvoorkomende comorbiditeit voor de functionele mogelijkheden, zoals psychische stoornissen, worden in het protocol niet apart genoemd. De verzekeringsarts gaat te rade bij andere verzekeringsgeneeskundige protocollen of bij zijn algemene professionele deskundigheid.

Ook als er sprake is van aangetoonde *metastasen op afstand* zijn vaak nog functionele mogelijkheden aanwezig. De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat de prognose infaust is. De mediane overleving na het vaststellen van de metastasering is anderhalf tot twee jaar. Het verloop is echter grillig en afhankelijk van het aanslaan van palliatieve therapie. De kwaliteit van leven kan gedurende lange tijd goed zijn. Met name patiënten die een langdurige remissie doormaken met hormonale therapie kunnen gedurende vele jaren relatief klachtenvrij zijn. Op grond van onderzoek is aannemelijk dat in deze situatie de beleving van de patiënte van haar eigen gezondheid een betere voorspeller is van het beloop van de ziekte dan klinische criteria.²¹ Bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden is respect voor de eigen inschatting van betrokkene en voor haar levensplan een belangrijke leidraad.

6.3 Te verwachten beloop

Als twee jaar na het stellen van de diagnose geen locoregionaal recidief is opgetreden en geen metastasen op afstand zijn vastgesteld, is de levensverwachting in het algemeen gunstig. De analyse van de stagnatie van het herstel is in dit geval van belang voor het beoordelen van het te verwachten beloop.

De kans op een minder gunstig functioneel herstel neemt toe wanneer een locoregionaal recidief optreedt. Als in de voorgaande periode van een recidief

sprake is geweest, dan kan het uitblijven van het functioneel herstel mogelijk hierdoor verklaard worden. De prognose is echter niet zo ongunstig dat er gesproken kan worden van een blijvende arbeidsongeschiktheid.

Als er metastasen op afstand zijn aangetoond, is de verzekeringsarts zich ervan bewust dat de prognose infaust is. Levensverwachting, symptomen en functionele beperkingen kunnen individueel sterk verschillen en zijn in veel gevallen niet voorspelbaar. De door betrokkene ervaren gezondheidsklachten zijn een belangrijke indicator voor de functionele mogelijkheden, maar waarschijnlijk ook voor de prognose.

6.4 Behandeling en begeleiding

Bij een werkneemster die voor mammacarcinoom behandeld is en die na twee jaar volledig arbeidsongeschikt is en bij wie geen metastasen op afstand zijn aangetoond, zullen in het algemeen nog kansen op functioneel herstel aanwezig zijn, tenzij er sprake is van ernstige comorbiditeit. Is de verzekeringsarts van mening is dat de behandelmogelijkheden nog onvoldoende benut zijn of is er sprake van niet eerder gediagnosticeerde comorbiditeit, dan overlegt hij met werkneemster, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

-
- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom 2005. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
 - 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Lymfoedeem. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
 - 3 de Bock GH, Beusmans GHMI, Hinloopen R, Roelfsema WJ, Wiersma T. NHG-standaard Diagnostiek van mammacarcinoom. Huisarts & Wetenschap 2002; 45(9): 466-472.
 - 4 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Mammacarcinoom: screening en diagnostiek. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 1999.
 - 5 Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Masse B e.a. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. CMAJ 2005; 173(7): 765-771.
 - 6 van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Grol B, Otter R, Arendzen HJ, Postema K e.a. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. J Psychosom Res 2005; 58(6): 485-496.
 - 7 Rietman JS, Dijkstra PU, Hoekstra HJ, Eisma WH, Szabo BG, Groothoff JW e.a. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. Eur J Surg Oncol 2003; 29(3): 229-238.
 - 8 Van de Velde CJH, Schornagel JH, Bartelink H. Mammatumoren. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 345-360.
 - 9 De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM. Kanker. In: Kaptein AA, Beunderman R, Dekker J, Vingerhoets AJJM, editors. Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum; 2006: 115-136.
-

- 10 Verbeek J, Spelten R. Work. In: Feuerstein M, editor. The handbook of cancer survivorship. New York: Springer; 2007.
- 11 Sprangers MAG, Aaronson NK, de Haes JCJM. Onderzoek naar de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 513-518.
- 12 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernards C, Rowland JH, Meyerowitz BE e.a. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer* 2006; 106(4): 751-758.
- 13 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2000; 18(4): 743-753.
- 14 Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol* 2002; 13(4): 589-598.
- 15 Curt GA. Fatigue in cancer. *BMJ* 2001; 322(7302): 1560.
- 16 de Haes H, Olschewski M, Kaufmann M, Schumacher M, Jonat W, Sauerbrei W. Quality of life in goserelin-treated versus cyclophosphamide + methotrexate + fluorouracil-treated premenopausal and perimenopausal patients with node-positive, early breast cancer: the Zoladex Early Breast Cancer Research Association Trialists Group. *J Clin Oncol* 2003; 21(24): 4510-4516.
- 17 Willemse PHB, De Vries EGE. De plaats van trastuzumab bij het mammacarcinoom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(14): 770-775.
- 18 Van Nes JGH, Seynaeve C, Van de Velde CJH, Nortier JWR. Optimale adjuvante hormonale therapie bij postmenopauzale vrouwen met een hormoongevoelig mammacarcinoom: tamoxifen en de aromataseremmers anastrozol, exemestaan en letrozol. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(52): 2863-2869.
- 19 Rietman J, Dijkstra P, Debreczeni R, Geertzen J, Robinson D, De Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disabil Rehabil* 2004; 26(2): 78-84.
- 20 Johansson K, Ohlsson K, Ingvar C, Albertsson M, Ekdahl C. Factors associated with the development of arm lymphedema following breast cancer treatment: a match pair case-control study. *Lymphology* 2002; 35(2): 59-71.
- 21 Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301(6752): 575-580.
- 22 Schadé A, Marquenie L. Angststoornis door een middel en angststoornis door een somatische aandoening. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001: 136-145.
- 23 Korstjens I, Mesters I, van der Peet E, Gijsen B, van den Borne B. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *Eur J Cancer Prev* 2006; 15(6): 541-547.
- 24 Korstjens I, May-de Groot A, van Weert E, Mesters I. Quality of life after multidisciplinary cancer rehabilitation combining physical training and psycho-education. *Psycho-Oncology* 2006; 15(S293)
- 25 May-de Groot A, van Weert E, Korstjens I, Trijsburg RW, Ros WJG. Effect of an oncological rehabilitation program on physical fitness in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S319.
-

- 26 van Weert E, May-de Groot A, Korstjens I, van der Schans CP, Hoekstra-Weebers J. Effect of an oncological rehabilitation program on fatigue in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S443.
- 27 van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, Grol BM, Otter R, Arendzen JH, Postema K e.a. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2004; 27(1): 27-35.
- 28 van der Peet E. Een systematische literatuursearch naar revalidatieprogramma's voor (ex-) kankerpatiënten. Stichting Herstel & Balans, 2005. <http://herstelenbalans.ecommany.com/publicaties/index.php>, 16-01-2007.
- 29 Gijzen BCM, Koppejan-Rensenbrink AG. Herstel & Balans. Groepsrevalidatie in de oncologie. *Tijdschrift Kanker* 2003: 36-39
- 30 Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschenes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(24): 1813-1822.
- 31 Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM e.a. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39(11): 1562-1567.
- 32 Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60(5): 352-357.
- 33 Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2006; 24(30): 4882-4887.
- 34 Efficace F, Bottomley A. Toward a clearer understanding of the prognostic value of health-related quality-of-life parameters in breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(6): 1335-1336.
- 35 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
-

pTNM-classificatie

Voor een juiste planning van de behandeling is de klinische stadiëring van de borstkanker van belang. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem.

Tx	geen meetbare tumor
To	geen tumor aantoonbaar
Tis	carcinoma in situ
T1	tumor < 2cm
T2	tumor >2 maar < 5 cm
T3	tumor > 5 cm
T4	tumor, ongeacht afmeting met uitbreiding in huid of thoraxwand
Nx	regionale lymfeklieren niet beoordeelbaar
N0	geen palpabele lymfeklieren
N1	palpabele mobiele oksellymfeklieren
N2	onderling vergroeide of gefixeerde oksellymfeklieren
N3	palpabele lymfeklieren parasternaal
M0	geen metastasen op afstand aantoonbaar
M1	metastasen op afstand aanwezig

Door toevoeging van de letter p vóór T, N of M worden de bevindingen van het onderzoek door de patholoog weergegeven.

	Tis	T0	T1	T2	T3	T4
N0	Stadium 0		Stadium I	IIA	IIB	
N1		Stadium IIA		Stadium IIB		
N2	Stadium IIIA					
N3	Stadium IIIB					
M1	Stadium IV					

A	Adviesaanvraag
---	----------------

B	Commissie
---	-----------

C	Commentaren
---	-------------

Bijlagen

Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 schreef de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandelmogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is. Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgactiviteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
w.g. mr. A.J. de Geus

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren:

- de werkgroep Angststoornissen en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*
- de werkgroep Beroerte en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Beroerte*
- de werkgroep Borstkanker en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker*

Werkgroep Angststoornissen

- prof. dr. R. van Dyck, *voorzitter*
hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit Medisch Centrum/GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 - J. Dogger
bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 - R.P.R. Heussen
bedrijfsarts; Arbodienst Koninklijke Landmacht, Schaarsbergen
 - prof. dr. C.A.L. Hoogduin
hoogleraar psychopathologie; HSK, Arnhem
 - prof. dr. M. Kindt
hoogleraar experimentele klinische psychologie; Universiteit van Amsterdam
-

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren:

- de werkgroep Angststoornissen en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*
- de werkgroep Beroerte en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Beroerte*
- de werkgroep Borstkanker en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker*

Werkgroep Angststoornissen

- prof. dr. R. van Dyck, *voorzitter*
hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit Medisch Centrum/GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 - J. Dogger
bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 - R.P.R. Heussen
bedrijfsarts; Arbodienst Koninklijke Landmacht, Schaarsbergen
 - prof. dr. C.A.L. Hoogduin
hoogleraar psychopathologie; HSK, Arnhem
 - prof. dr. M. Kindt
hoogleraar experimentele klinische psychologie; Universiteit van Amsterdam
-

- prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
- dr. B. Terluin
huisarts; Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- N. Visser
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Groningen
- dr. J.A.G. Wijnen
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Helmond
- dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. F. Westerbos, *secretaris*
arts; Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Beroerte

- prof. dr. M. Limburg, *voorzitter*
hoogleraar neurologie; Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - dr. C.A.M. van Bennekom
revalidatiearts; Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee
 - E. Berends
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Groningen
 - dr. G.H.M.I. Beusmans
huisarts; Universiteit Maastricht
 - dr. C. van Heugten
neuropsychologe; iRv – Kenniscentrum voor revalidatie en handicap, Hoensbroek
 - N.J.M. Huizing
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Haag, per 1 januari 2007, SVB, Curacao
 - J. Konijnenburg
bedrijfsarts; Zetten
 - dr. G. Kwakkel
bewegingswetenschapper, fysiotherapeut; Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
 - P. Mater
bedrijfsarts; Tilburg
 - dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
-

- dr. A.N.H. Weel, *secretaris* (tot 1 juni 2006)
bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag,
- mr. F.M. Westerbos, *secretaris* (vanaf 1 juni 2006)
arts; Gezondheidsraad, Den Haag

Geraadpleegde deskundige:

- prof. dr. A.J.H. Prevo, emeritus hoogleraar revalidatiegeneeskunde;
Universiteit Utrecht

Werkgroep Borstkanker

- dr. H.E. van der Horst, *voorzitter*
huisarts, senioronderzoeker; Vrije Universiteit Medisch Centrum,
Amsterdam
 - prof. dr. J.W.R. Nortier
hoogleraar medische oncologie; Leids Universitair Medisch Centrum
 - dr. E.J.Th. Rutgers
chirurg-oncoloog; Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
 - prof. dr. J.C.J.M. de Haes
hoogleraar medische psychologie; Academisch Medisch Centrum,
Amsterdam
 - dr. W.J.G. Ros
gezondheidspsycholoog; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - T. Rejda
bedrijfsarts; Arbodienst Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - Y. Cernohorsky-Brands
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen,
Leeuwarden
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
 - dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr. A.N.H. Weel, *secretaris* (tot 1 mei 2006)
bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag,
 - mr. F. Westerbos, *secretaris* (vanaf 1 mei 2006)
arts; Gezondheidsraad, Den Haag
-

Geraadpleegde deskundige:

- prof. dr CCE Koning, hoogleraar radiotherapie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Commissie WIA

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
- prof. dr. W.J.J. Assendelft (tot 1 oktober 2006)
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- drs. W.E.L. de Boer
verzekeringsarts; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
- dr. E. Borst-Eilers
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bilthoven
- prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- prof. dr. J.W. Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
- prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam
- dr. H. Kroneman
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
- prof. dr. E. Lindeman
hoogleraar revalidatie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. A.H. Schene
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. ir. T. Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden; Vrije Universiteit, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
- dr. B. Sorgdrager
bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam

- prof. dr. J.H.B.M. Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Commentaren

De drie protocollen en de bijbehorende toelichtingen werden in concept becommentarieerd door een aantal organisaties. Deze dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen werd becommentarieerd door:

- Angst, dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl>)
 - Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
 - Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (<http://www.lve.nl>)
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; (<http://nvab.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (<http://www.nvvp.net>)
 - Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)
 - Stichting Pandora (<http://www.stichtingpandora.nl/>)
 - Vereniging Landelijk Platform GGZ
 - Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (<http://www.vgct.nl>)
-

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte werd becommentarieerd door:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder (<http://www.cva-samenverder.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (<http://vra.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker werd becommentarieerd door:

- BorstkankerVereniging Nederland (<http://www.borstkanker.nl>)
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (<http://www.kankerpatient.nl>)
- Nederlandsche Internisten Vereeniging (<http://www.internisten.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (<http://www.nvmo.org>)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (<http://www.nvro.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)