Borstkanker Re-integratie van Uit Gezondheidszorg (BRUG): ontwikkelen en evalueren van een stakeholder-inclusieve begeleiding naar werk(hervatting) voor borstkankerpatiënten

Voor heel wat vrouwen op beroepsactieve leeftijd heeft de diagnose van borstkanker een sterke impact op hun leven. Niet alleen hun levenskwaliteit komt onder druk te staan als gevolg van die diagnose en de daarop volgende behandeling. Tijdens en na de behandeling vormen ook veranderingen in andere belangrijke elementen in hun leven – zoals de rol naar de partner, kinderen, familie, het huishouden, enzovoort – uitdagingen waarvoor deze patiënten beroep doen op hulpverlening. Een ander belangrijk item van levenskwaliteit is werk en werkbehoud. Om aan deze noden en vragen van borstkankerpatiënten rond werk tegemoet te komen, hebben we de BRUG-begeleiding ontwikkeld: Borstkanker Re-integratie vanUit Gezondheidszorg. Dit artikel beschrijft hoe we deze begeleiding hebben ontwikkeld, hoe de begeleiding eruit ziet en hoe we onderzoeken of deze begeleiding ook daadwerkelijk effectief is.

Situering van het onderzoek

Onbeantwoorde noden met betrekking tot werk(hervatting)

Kanker wordt meer en meer een chronische ziekte door vroegtijdige detectie en een verbeterde behandeling (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2011; Vlaamse Liga tegen Kanker, 2013). Daarnaast wordt borstkanker meer en meer vastgesteld bij jonge, beroepsactieve mensen die tijdens of na de behandeling graag kunnen en willen terugkeren naar het werk (Foubert, 2001; Vlaamse Liga tegen Kanker, 2012). Werk kan bovendien een positief effect hebben op het herstelproces en op de levenskwaliteit, op voorwaarde dat de werkomstandigheden aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt (Tiedtke, de Rijk, Dierckx de Casterlé, Christiaens, & Donceel, 2009; Tiedtke et al., 2011b; Tiedtke, de Rijk, Donceel, Christiaens, & Dierckx de Casterlé, 2012). Opvallend is dat niet alleen patiënten maar ook zorgverleners en werkgevers zich onwennig en onwetend voelen als werkhervatting na (borst)kanker aan de orde komt (Taskila, Lindbohm, Lehto, Hakanen, & Hietanen, 2005; Munir, Yarker, & Haslam, 2008; Tiedtke et al., 2011b). Dit maakt de terugkeer naar werk voor patiënten extra moeilijk.

Literatuurstudie in internationale literatuur (evidence-based practice)

Internationaal onderzoek toont aan dat werken of opnieuw aan het werk kunnen gaan voor (borst) kankerpatiënten een bijdrage levert aan de verbetering van levenskwaliteit (Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2005; Désiron, Knippenberg, Willems, & Neerinckx, 2008; Tamminga, de Boer, Verbeek, Taskila, & Frings-Dresen, 2010b). In Nederland, bijvoorbeeld, zijn methoden ontwikkeld om werkhervatting te integreren als een vast onderdeel van de gestructureerde oncologische zorg (Integraal Kankercentrum Nederland, 2014; Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie, 2012). Internationaal onderzoek toont dat (borst)kankerpatiënten behoefte hebben aan een op maat gerichte begeleiding bij de re-integratie. Uit onderzoek blijkt ook dat een succesvolle werkhervatting tot stand komt via een vroege opstart en maatwerk (de Boer et al., 2008; Tamminga, de Boer, Verbeek, & Frings-Dresen, 2010a; Désiron, de Rijk, Van Hoof, & Donceel, 2011a; Roelen et al., 2011). Daarenboven dient de ondersteuning nauw aan te sluiten op de noden van de patiënt en op de praktijk van de gezondheidszorg (Tamminga et al., 2010b; Munir, Kalawsky, Wallis, & Donaldson-Feilder, 2013). In België ontbreekt tot op heden een aanpak die zowel het patiëntenperspectief als de praktijk van de gezondheidszorg samenbrengt tot een vloeiend geheel.

Toepassen van bevindingen uit literatuur in de Belgische realiteit (implementatie)

In België slaagt ongeveer 40 procent van de beroepsactieve borstkankerpatiënten er niet in om terug aan het werk te gaan (Roelen et al., 2011). Nochtans vinden meer dan 75 procent van de borstkankerpatiënten het belangrijk om terug te kunnen gaan werken. Ze hebben voornamelijk in de eerste drie tot zes maanden na de behandeling nood aan bijkomende informatie en ondersteuning (Tiedtke et al., 2009; Tiedtke, Dierckx de Casterlé, de Rijk, Christiaens, & Donceel, 2011a; Tiedtke et al., 2012; de Boer et al., 2009; Désiron, 2010). Daarnaast werd in ander onderzoek aangetoond dat Belgische borstkankerpatiënten begeleiding vragen bij het hervatten van werk en dat het huidige aanbod niet voldoende aansluit bij hun noden (Tiedtke et al., 2011a; Tiedtke et al., 2012). Deze Belgische bevindingen worden ook in internationale literatuur bevestigd (de Boer et al., 2008; Tiedtke et al., 2009; Roelen et al., 2011; Petersson, Nilsson, Alexanderson, Olsson, & Wennman-Larsen, 2012). Er is dus een nood om verder onderzoek te voeren naar een geïntegreerde transmurale ondersteuning bij re-integratie vanuit patiëntenperspectief. Het hierbij voorgestelde onderzoeksproject heeft daarom als doel een dergelijke begeleiding te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren.

Gevolgde methodologie

De BRUG-interventie is op een systematische manier ontwikkeld op basis van Intervention Mapping (IM) (Bartholomew, Parcel, & Kok, 1998; Ammendolia et al., 2009). IM wordt gebruikt om op een systematische wijze complexe interventies te ontwikkelen en te implementeren gebaseerd op alle beschikbare kennis. Dit is reeds eerder toegepast met betrekking tot werkhervatting (van Oostrom et al., 2007; Vermeulen, Anema, Schellart, van Mechelen, & van der Beek, 2009). Het IM protocol is gebaseerd op zes fasen: behoeftebepaling (fase 1), identificeren van effecten, prestatie- en veranderingsdoelstellingen (fase 2), selectie van theoretisch onderbouwde methodes en praktische strategieën om de veranderdoelstellingen te bereiken (fase 3), ontwikkelen van een draaiboek (fase 4), planning van het programma, implementatie en duurzame inzetbaarheid (fase 5) en evaluatie (fase 6).

Het BRUG-interventieplan werd ontwikkeld volgens deze fasen en is bovendien gebaseerd op eerder in de Belgische context verricht onderzoek (Désiron et al., 2008; Désiron, Willems, Op't Eijnde, & Claes, 2009; Désiron, Donceel, de Rijk, & Van Hoof, 2013; Désiron, Donceel, Godderis, Van Hoof, & de Rijk, 2015; Désiron, Crutzen, Godderis, Van Hoof, & de Rijk, 2016; Désiron et al., 2011a; Désiron, Peters, & Vaes, 2011b; Tiedtke et al., 2009, 2011a, 2012). De ontwikkeling van het BRUG-interventieplan werd begeleid door een planningsgroep met diverse expertises zoals arbeidsartsen, psychologen, ergotherapeuten, oncologen, gespecialiseerde verpleegkundigen.

In het project worden de haalbaarheid en effectiviteit van de BRUG-interventie onderzocht aan de

hand van een kleinschalige gerandomiseerde studie. De eindpunten worden gemeten via een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Kwantitatief meetbare elementen (aantal dagen in arbeidsongeschiktheid, effect op levenskwaliteit, tijdsinvestering van zorgverleners) worden gemeten via vragenlijsten. De effectiviteitsstudie is nog lopende op het moment van uitgave van dit artikel. Deze resultaten zullen later gepubliceerd worden. Het kwalitatief onderzoek, met name de beleving van deze BRUG-interventie wordt onderzocht via interviews. De mate waarin de zorgverleners de BRUG-interventie als meerwaarde in hun zorgaanbod ervaren, wordt onderzocht via focusgroep gesprekken.

Belangrijkste resultaten van kwalitatief onderzoek

BRUG-interventie

Op basis van de bestudeerde literatuur en het vooronderzoek werd vastgesteld dat de BRUG-interventie aan de volgende voorwaarden moest voldoen: maatwerk, vroege opstart, transmuraal en ingebed in de huidige zorgverlening (Désiron et al., 2011a, 2013, 2015, 2016). De BRUG-interventie wordt uitgevoerd door een ergotherapeut (BRUG-begeleider) die samen met de patiënt op zoek gaat naar haar mogelijkheden en hoe die versterkt kunnen worden, en knelpunten en hoe deze weggewerkt kunnen worden.

De focus van de BRUG-begeleider ligt op het tot stand brengen van een evenwicht tussen arbeidsbelasting en belastbaarheid. Het uiteindelijke doel van de BRUG-interventie is het behoud of herstel van levenskwaliteit via duurzame participatie aan het maatschappelijk leven. Dit wordt gerealiseerd via een proces dat uit vijf fasen bestaat (Désiron et al., 2013, 2015, 2016).

- Exploratie (fase 1): hierbij vindt er een kennismaking plaats waarbij alle gegevens (medisch-functioneel, arbeidsgegevens, ...) geïnventariseerd worden en gepeild wordt naar de noden, behoeften, visie en wensen van de patiënte. Ook exploratie van de situatie op de werkplek is hier een onderdeel van.
- Evalueren van belastbaarheid en belasting (fase 2): aan de hand van de informatie die verkregen wordt in fase 1, wordt de belastbaarheid en belasting van de patiënte in detail in kaart gebracht. Hierbij is er eveneens aandacht voor de werk-privé balans.
- Voorbereiden van participatie (fase 3): in deze fase worden er afspraken gemaakt tussen verschillende stakeholders (BRUG-begeleider, patiënte, artsen en zorgverleners, werkgever, ...) waarbij de doelstellingen die de patiënte vooropstelt als uitgangspunt gelden.
- Plan van aanpak opstellen (fase 4): als de doelstellingen en afspraken vastliggen, kan een concrete planning en timing gemaakt worden die voor alle stakeholders als uitvoerbaar gezien wordt.
- Realisatie en evaluatie van plan van aanpak (fase 5): in de laatste fase wordt het uiteindelijke plan van aanpak uitgevoerd zoals afgesproken. Evaluatiemomenten om de evolutie op te volgen, worden van in het begin vastgelegd. Indien nodig kan dit plan van aanpak aangepast worden aan de belasting en belastbaarheid die de patiënte op dat moment ervaart en aan de situatie op de werkvloer.

Tussen de verschillende fasen is er dus een wisselwerking. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een patiënte na de evaluatie van het plan van aanpak terug naar fase 3 en 4 gaat om een nieuw plan van aanpak op te stellen, afhankelijk van de noden, behoeften en mogelijkheden die op dat moment naar boven komen. Immers, ook op de werkvloer kunnen evoluties voorkomen die een wijziging aan de aanvankelijke planning veroorzaakt. De uitvoering van deze BRUG-interventie gebeurt dan ook in zeer nauwe samenwerking met de patiënte, de werkgever en verschillende andere personen en instanties die in de individuele situatie van deze patiënte betrokken zijn als het over werk gaat.

Evaluatie van de BRUG-interventie: visie patiënten

De BRUG-interventie is ontwikkeld vanuit het patiëntenperspectief en rekening houdend met de competenties van ergotherapeuten (Désiron et al., 2015). Het patiëntenperspectief kan tijdens het behandel- en re-integratieproces wijzigen door bepaalde omstandigheden. De percepties en

verwachtingen van patiënten veranderen door de feedback en steun die ze krijgen vanuit hun eigen netwerk in combinatie met de reacties van de werkgevers en collega's. Vanuit het patiëntenperspectief kwamen in de evaluatie vier concepten naar voren die belangrijk zijn voor hen in hun werkhervattingsproces: het startmoment, maatwerk, knelpunten en succesfactoren bij werkhervatting.

Het *startmoment* van de interventie verschilt per patiënt. Het is belangrijk om van in het begin, vanaf de diagnose, informatie te verstrekken over welke ondersteuning er mogelijk is en hoe dit beschikbaar is. Maar het opstarten van de interventie is het meest succesvol als de patiënt er klaar voor is, waarbij er respect is voor de eigen beleving. Daarnaast is het opvolgen van de patiënt op vaste tijdstippen, vooraleer de interventie effectief kan starten, ook belangrijk. De patiënt weet dat er iemand is indien nodig en het contact wordt onderhouden. Zo kan de interventie starten op het juiste moment voor de patiënt.

Maatwerk speelt een belangrijke rol bij borstkankerpatiënten. Er zijn contextgerelateerde factoren die hierop van invloed zijn zoals de sociale zekerheid en de behandeling vanuit de zorg. Omdat het hebben van werk en de aard van het werk een effect kan hebben in twee richtingen hoort het onder de contextgerelateerde factoren: werk kan enerzijds een stimulans zijn als iemand bijvoorbeeld een promotie van voor de diagnose terug kan opnemen, werk kan een drempel vormen als er collega's zijn die de persoon niet met open armen ontvangen. Daarnaast is de persoonlijke situatie een bepalende factor. De individualiteit van elke patiënt maakt maatwerk onontbeerlijk. De onderlinge beinvloeding van werk- en ziektefactoren zijn hierbij belangrijk maar ook de complexiteit van het individuele ziekte- en zorgtraject. De appreciatie van de patiënten voor het maatwerk in de BRUG-interventie wordt geconcretiseerd in het regelmatig contact nemen, het geven van informatie, het bewustmaken van de eigen gedachten rond werk(hervatting), wegwijsfunctie en klankbord (shared decision making) en het daadwerkelijk meegaan naar de werkgever.

Patiënten lopen tegen een aantal *knelpunten* bij werkhervatting. Eerst en vooral administratieve knelpunten rond progressieve tewerkstelling, zoals bijvoorbeeld het invullen van de juiste formulieren voor zowel de mutualiteit als de werkgever. Daarnaast zijn er een aantal werkgerelateerde knelpunten zoals veranderende omstandigheden op het werk omdat bijvoorbeeld de werkuren veranderd zijn, er mogelijk conflicten met collega's zijn of tijdens het ziekteproces de functie is gewijzigd of afgevoerd. Deze elementen kunnen het succes van werkhervatting sterk beïnvloeden.

Volgens de deelnemers (43) aan de interviews in de kwalitatieve studie zijn de *succesfactoren* die werkhervatting het sterkst beïnvloeden het sociale en het financiële aspect. Patiënten gaan graag terug werken om contact te hebben met collega's. Maar ook de financiële gevolgen die bij arbeidsongeschiktheid komen kijken, kunnen zwaar doorwegen. Terug gaan werken geeft een patiënt financieel weer wat ademruimte. Andere succesfactoren die werden genoemd, zijn motiverende aspecten zoals verantwoordelijkheidszin, het terug actief kunnen zijn – want werken is genezen – en de professionele appreciatie die de persoon krijgt bij het terug aan het werk gaan.

Evaluatie van de interventie: visie zorgverleners

De visie van de zorgverleners werd aan de hand van een focusgroepsgesprek onderzocht. Zorgverleners geven aan dat een weloverwogen timing rond het bespreken van werk(hervatting) belangrijk en noodzakelijk is. Te vroeg over werk beginnen kan volgens hen stress veroorzaken bij patiënten die op dat moment vooral met hun emoties bezig zijn. Zorgverleners neigen echter ook naar een zekere vorm van paternalisme (vanuit een beschermingsreflex) waardoor hun focus voornamelijk op behandeling ligt en minder op werk. Tijdens het hele behandelparcours komt er veel op de patiënt af en leeft zij vaak op automatische piloot. Zorgverleners vinden het belangrijk dat dit gerespecteerd kan worden. Indien patiënten zelf over hun werk beginnen, zullen zorgverleners hierop inspelen. Ze geven aan zich bewust te zijn van de nood aan individueel maatwerk met betrekking tot het bespreken van behandeling en keuzes daarin, planning van behandeling, aandacht voor psychosociale zorg, enzovoort. De impact van de behandeling en de nog niet gekende gevolgen hiervan naar werk toe, worden door de patiënt niet altijd bewust en

realistisch ingeschat. Voor de zorgverleners is dat een logische verklaring voor het feit dat patiënten volgens hen pas later in hun behandelparcours aandacht kunnen geven aan werk. De zorgverleners gaven tijdens de kwalitatieve evaluatie aan dat het beter is om een behandeltraject per patiënt op te volgen en informatie te geven op het moment waarop zij aanvoelen dat de patiënt er klaar voor is.

Sterkten en tekortkomingen van het onderzoek

Doelgroepbepaling

De BRUG-interventie vertrekt vanuit het patiëntenperspectief en respecteert dit rigoureus. Patiënten hebben de vrije keuze om deel te nemen aan de BRUG-interventie maar percipiëren die nood aan ondersteuning niet altijd op het moment van diagnose of bij het begin van hun behandeling, wanneer hen het aanbod wordt gedaan om deel te nemen. In lijn met het zorgvuldige respect voor het patiëntenperspectief wordt fase 1, exploratie, pas opgestart indien de patiënt zelf aangeeft dat zij hier klaar voor is. Dit heeft als gevolg dat een aantal patiënten in de interventiegroep geen ondersteuning ontvangen heeft omdat hun vraag of nood reeds opgelost was, omdat ze beslisten hun loopbaan te beëindigen, enzovoort.

Begripvol opvolgen van de patiënt in de periode na diagnose en tijdens behandeling zou ervoor kunnen zorgen dat contact behouden blijft. Als gevolg daarvan kan de BRUG-begeleider meer zorg bieden dan de patiënt zelf articuleert en dit tegelijk toch doen op een moment dat dit uitkomt voor de patiënt.

Maatwerk

Zoals eerder aangehaald is maatwerk een essentieel onderdeel van de BRUG-interventie. Het is van belang dat dit traject voor de patiënt en alle stakeholders naadloos aansluit bij de specifieke situatie van de patiënt en zijn leefsituatie, haar sociale zekerheidsstatuut en de realiteit van de werkgever. Enkel zo kan er tot een succesvolle werkhervatting gekomen worden.

Het tempo van de patiënt dient dus gevolgd te worden in combinatie met het motiveren van de patiënt om haar eigen traject in handen te nemen. Inzetten van intrinsieke motivatoren draagt bij aan het gemakkelijker en sneller wegwerken van barrières op vlak van werk. Door het advies van de BRUG-begeleider voelt de patiënt zich ondersteund in haar intrinsieke keuzes.

Complexiteit van beïnvloedende factoren en hun wisselwerking

Tijdens het re-integratieproces zijn ziektegerelateerde, persoonsgerelateerde en werkgerelateerde factoren van invloed op het parcours en het resultaat ervan. Deze factoren verschillen per individu en beïnvloeden elkaar waardoor er een wisselwerking optreedt. Zo kunnen financiële aspecten in relatie tot de gezinssituatie een grote rol spelen. Maar ook de opties die werkgevers voorstellen in relatie tot economische evoluties tijdens de ziekteperiode van de patiënt zijn van invloed. Dit bevestigt het uitgangspunt in de BRUG-begeleiding dat er per individu moet gekeken worden welke factoren een belangrijke invloed hebben zodat deze complexiteit in kaart gebracht kan worden om het maatwerk erop af te stemmen.

Beleidsaanbevelingen

Werk als integraal deel van het zorgverleningspakket

Patiënten hechten belang aan werk en aan kunnen blijven werken. Het bespreken en het bespreekbaar maken van werk komt op dit moment niet standaard aan bod in het zorgverleningspakket. Het is echter belangrijk om dit te integreren in de intramurale zorg- en dienstverlening waarbij er moet ingespeeld worden op de onwetendheid bij zorgverleners over de niet-medische consequenties van (langdurige) arbeidsongeschiktheid.

In het zorgverleningspakket is naast de zorgaspecten en het behandelingstraject aandacht nodig voor alle levensdomeinen van de patiënt. De focus van zorg dient niet enkel te liggen op het medisch herstel en revalidatie maar ook het herstel

van participatie moet opgenomen worden voor alle rollen van patiënten, inclusief werk, als onderdeel van levenskwaliteit.

Progressieve of gedeeltelijke werkhervatting tijdens behandelperiode baseren op een goed uitgewerkt actieplan

Progressieve of gedeeltelijke werkhervatting tijdens of na de behandelperiode is voor veel patiënten een manier om terug aan de slag te gaan en op eigen tempo terug te wennen aan de werknemersrol. In de BRUG-interventie is er telkens vertrokken vanuit een plan van aanpak dat opgesteld wordt in samenspraak met de patiënt. Hierin worden afspraken gemaakt waarbij het voor iedere stakeholder duidelijk is wat de verwachtingen naar elkaar toe zijn en wie wat wanneer moet doen.

Een goed uitgewerkt plan van aanpak zorgt voor duidelijke richtlijnen, correcte tijdsinschattingen en evaluatiemomenten. Die evaluatiemomenten kunnen dienen om de effectiviteit van het plan van aanpak te evalueren en daar waar nodig bij te sturen. Deze evaluatiemomenten zorgen ervoor dat alle stakeholders regelmatig met elkaar communiceren zodat het plan gevolgd en aangepast kan worden aan de capaciteiten van het individu (belastbaarheid) en aan de realiteit op de werkvloer (belasting). De meer expliciete rol die arbeidsartsen daarin toegewezen kregen in de recente wetgeving kan daarin een ondersteunende inbreng bieden.

BRUG tussen zorg en werkgever steviger bouwen door faciliteren van overleg

Met de nieuwe re-integratiewetgeving van 1 januari 2017 in gedachten is het essentieel om meer overleg mogelijk te maken tussen zorg en werkgever. Op dit moment zijn er veel werkgevers die twijfelen of niet goed weten wat er allemaal mogelijk en toegelaten is voor werknemers die het werk terug willen hervatten na arbeidsongeschiktheid (wegens borstkanker). Door middel van communicatie tussen zorg en werk kunnen beide stakeholders op elkaar afstemmen welke mogelijkheden er zijn, zowel zorg- als werk- en wetgevingsgerelateerd. Hierdoor is het voor de werknemer/patiënt ook duidelijker wat er gaat gebeuren en kunnen er beslissingen in samenspraak genomen worden.

Werk en Kanker: WenK

Het BRUG-project is gericht op borstkankerpatiënten. Deze doelgroep wordt door haar omvang vaak betrokken in onderzoek. Er zijn echter ook andere personen in de beroepsactieve levensfase die omwille van een kankerdiagnose geconfronteerd worden met vragen over werk. Daarom is het belangrijk om ook projecten te ondersteunen met een aanbod voor alle kankerpatiënten in de beroepsactieve leeftijd. Hiervoor is – met steun van het Limburgs Kankerfonds – het project Werk en Kanker (WenK) opgestart. Dit project voorziet een zitdag per week waarbij (ex-)kankerpatiënten met hun vragen rond werk en werkhervatting in het ziekenhuis terecht kunnen bij een deskundige ergotherapeut. WenK is een project waar in de toekomst verder mee aan de slag moet gegaan worden omdat nog te veel kankerpatiënten (en hun werkgevers) te vaak met vragen zitten en niet weten waar ze terecht kunnen.

Elke Smeers
Huget Désiron
Lode Godderis
KULeuven

Angelique De Rijk
Universiteit Maastricht

Elke Van Hoof
Vrije Universiteit Brussel

Jeroen Mebis
Jessa Ziekenhuis Hasselt/UHasselt[1]

Noot

1. Deze studie werd gefinancierd door Kom op Tegen Kanker. Wij willen graag alle hulpverleners en patiënten van het Jessa Ziekenhuis en UZ Leuven bedanken voor de participatie aan het onderzoek. Daarnaast willen wij graag CANWON bedanken voor het uitwisselen van kennis en wetenschappelijke informatie.

Bibliografie

Ammendolia, C., Cassidy, D., Steensta, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S., & Côté, P. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders, 9*(10), 65. doi:10.1186/1471-2474-10-65

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., & Kok, G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Education & Behavior, 25*, 545-563. doi:10.1177/109019819802500502

Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie, & Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie. (2012). *Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2012*. Utrecht, Nederland: NVVC. Geraadpleegd via https://www.nvvc.nl

de Boer, A., Verbeek, J., Spelten, E.R., Uitterhoeve, A., Ansink, A.C., de Reijke, T.M., & van Dijk, F. (2008). Work ability and return-to-work in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *98*, 1342-1347. doi:10.1038/sj.bjc.6604302

de Boer, A.G.E.M., Taskila, T., Tamminga, S., Frings-Dresen, M., Feuerstein, M., & Verbeek, J. (2009). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Systematic Review, 16*(2). doi:10.1002/14651858.CD007569.pub2

Désiron, H., Knippenberg, E., Willems, B., & Neerinckx, E. (2008). Occupational therapy for breast cancer survivors: improving quality of life by return-to-work assistance. *Journal of Rehabilitation Medicine,* 135-136.

Désiron, H.A.M., Willems, B., Op't Eijnde, B., & Claes, G. (2009). Arbeidsparticipatie van ex-kankerpatiënten: verkennende literatuurstudie over de inbreng van ergotherapie bij ondersteuning van herstel van (arbeids) participatie voor ex-kankerpatiënten**.** *Acta Ergotherapeutica Belgica, 3,* 26-35.

Désiron, H. (2010). Occupational therapy and return to work for breast cancer survivors. *WFOT Bulletin, 61,* 45-51. doi:10.1179/otb.2010.61.1.013

Désiron, H., de Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011a). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, *11,* 615. doi:10.1186/1471-2458-11-615

Désiron, H., Peters, E., & Vaes, P. (2011b). Ergotherapie en (herwinnen van) arbeidsparticipatie. In Vlaams Ergotherapeutenverbond (Ed.), *Jaarboek Ergotherapie 2011* (pp. 213-236). Leuven: Acco.

Désiron, H.A.M., Donceel, P., de Rijk, A., Van Hoof, E. (2013). A conceptual-practice model for occupational therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *23*(4), 516-526. doi:10.1007/s10926-013-9427-z

Désiron, H.A.M., Donceel, P., Godderis, L., Van Hoof, E., de Rijk, A. (2015) What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts. *European Journal of Cancer Care, 24*(2), 267-80. doi:10.1111/ecc.12209

Désiron, H.A.M., Crutzen, R., Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2016). Bridging Health Care and the Workplace: Formulation of a Return-to-Work Intervention for Breast Cancer Patients Using an Intervention Mapping Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation, 26*(3), 350-365. doi:10.1007/s10926-015-9620-3

Foubert, J. (2001). Kanker & Levenskwaliteit: waar staan we? *Belgische Federatie tegen Kanker*.

Integraal Kankercentrum Nederland. (2014). *Beslisboom oncologische revalidatie. Programma Herstel na kanker*. Geraadpleegd via https://www.iknl.nl

Mols, F., Vingerhoets, A., Coebergh, J.W., & van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer, 41*(17)*,* 2613-2619. doi:10.1016/j.ejca.2005.05.017

Munir, F., Yarker, J., & Haslam, C. (2008). Sickness absence management: encouraging attendance or 'risk-taking' presenteeism in employees with chronic illness? *Disability & Rehabilitation, 30*(19)*,* 1461-1472. doi:10.1080/09638280701637380

Munir, F., Kalawsky, K.E.A., Wallis, D., & Donaldson-Feilder, E. (2013). Using intervention mapping to develop a work-related guidance tool for those affected by cancer. *BMC Public Health*, *13*(6). doi:10.1186/1471-2458-13-6

Petersson, L.M., Nilsson, M.I., Alexanderson, K., Olsson, M., & Wennman-Larsen, A. (2012). How do women value work shortly after breast cancer surgerey and are their valuations associated with being on sick leave? *Journal of Occupational Rehabilitation, 23*(3), 391-399. doi:10.1007/s10926-012-9402-0

Roelen, C., Koopmans, P.C., van Rhenen, W., Groothoff, J.W., van der Klink, J., & Bültmann, U. (2011). Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment, 128*(237), 237-242. doi:10.1007/s10549-010-1330-0

Tamminga, S.J., de Boer, A.G.E.M., Verbeek, J.H.A.M., & Frings-Dresen, M.H.W. (2010a). Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occupational Environment Medicine, 67*(9), 639-648. doi:10.1136/oem.2009.050070

Tamminga, S., de Boer, A., Verbeek, J., Taskila, T., & Frings-Dresen, M. (2010b). Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer, 10,* 345. doi:10.1186/1471-2407-10-345

Taskila, T., Lindbohm, M.L., Lehto, U.S., Hakanen, J., & Hietanen, P. (2005). Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. S*upport Care Cancer*, *14*(5), 427-435. doi:10.1007/s00520-005-0005-6

Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, M.R., & Donceel, P. (2009). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology, 19,* 677-683. doi:10.1002/pon.1633

Tiedtke, C., Dierckx de Casterlé, B., de Rijk, A., Christiaens, M.R., & Donceel, P. (2011a). Breast cancer treatment and work disability: patient perspectives. *Breast*, *20,* 534-538. doi:10.1016/j.breast.2011.06.002

Tiedtke, C., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., Donceel, P., & de Rijk, A. (2011b). Supporting return-to-work in the face of legislation: stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *22*, 241-251. doi:10.1007/s10926-011-9342-0

Tiedtke, C., de Rijk, A., Donceel, P., Christiaens, M.R., & Dierckx de Casterlé, B. (2012). Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. *BMC Public Health, 12,* 538. doi:10.1186/1471-2458-12-538

van Oostrom, S.H., Anema, J.R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H.C., & van Mechelen, W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research, 15*(7), 127. doi:10.1186/1472-6963-7-127

Vermeulen, S.J., Anema, J., Schellart, A., van Mechelen, W., & van der Beek, A. (2009). Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health, 9,* 216. doi:10.1186/1471-2458-9-216

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2011). *Cijfergegevens Kanker in Vlaanderen*. Geraadpleegd via http://www.cancer.gov/statistics

Vlaamse Liga tegen Kanker. (2012). *Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-) patiënten die het werk hervatten?*

Vlaamse Liga tegen Kanker. (2013). *Beleidsvoorstellen om de werkhervatting na kanker of een andere ernstige ziekte te bevorderen*.