

Niet-medische interventies om werkhervatting bij mensen met een kankerdiagnose te bevorderen

Referentie

de Boer AG, Tamminga SJ, Boschman JS, Hoving JL. Non-medical interventions to enhance return to work for people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub4

Duiding

Ryan Tock, MSc Infirmières, travaille pour le SEPP/médecine du travail Mensura.
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is de effectiviteit van niet-medische interventies in vergelijking met gebruikelijke zorg of geen interventie om werkhervatting te bevorderen bij personen bij wie kanker is vastgesteld?

Achtergrond

Dankzij de medische vooruitgang en de verbeterde detectiemethoden nemen de overlevingskansen van kanker toe (1,2). Hoewel veel mensen met kanker over het algemeen goed herstellen na de diagnose en de behandeling, blijven veel patiënten kampen met aanhoudende fysieke, emotionele en sociale problemen. Deze langetermijneffecten, of ze nu rechtstreeks verband houden met de kanker zelf of met de kankerbehandeling, kunnen leiden tot functionele beperkingen die het vinden en behouden van werk verhinderen (3,4). Een eerdere Minerva-duiding besprak een van de vele mogelijkheden om geblesseerde werknemers aan te moedigen weer aan het werk te gaan (5,6). Ditmaal selecteerde Minerva een studie over niet-medische interventies met als doel werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose te bevorderen (7).

Samenvatting

Methodologie

Dit is de derde update van een systematische review van de Cochrane Collaboration van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) met deelnemers vanaf 18 jaar (8,9).

Geraadpleegde bronnen

- volgende databanken en studieregisters werden geraadpleegd tot 18 augustus 2021:
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (Cochrane Library)
 - MEDLINE (Ovid) (vanaf 1966)
 - Embase (Ovid) (vanaf 1947)
 - CINAHL (EBSCO) (vanaf 1983)
 - PsycINFO (Ovid) (vanaf 1806)
 - ClinicalTrials.gov (clinicaltrials.gov/)
 - Trialregister.nl (www.trialregister.nl/)
 - isrctn.com (voorheen controlled-trials.com)
- raadplegen van de referentielijsten van geïncludeerde studies en geselecteerde reviews, en contacteren van auteurs om eventuele aanvullende gepubliceerde of ongepubliceerde studies op te vragen die relevant kunnen zijn voor deze Cochrane-review.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria
 - gerandomiseerde en clustergerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
 - studies over psycho-educatieve, beroepsmatige, fysieke of multidisciplinaire interventies met als doel om werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose te verbeteren

- exclusiecriteria
 - alle studies die niet voldeden aan het vooropgestelde studiedesign (N=9) of waarvan de populatie niet in aanmerking kwam (N=13) of die medische of andere dan de vooraf gespecificeerde interventies onderzochten (N=9) of met andere dan de vooropgestelde uitkomstmaten (N=71)
- in totaal includeerde men 15 RCT's, waaronder 8 nieuwe studies; ten opzichte van de eerdere versies van de review werden 7 studies niet weerhouden omdat het om medische interventies ging; alle studies werden uitgevoerd in hoge-inkomenslanden; 9 studies focusten op personen met borstkanker, 2 studies focusten op mannen met prostaatkanker, één op personen met maagdarmkanker en 3 studies includeerden verschillende kankerdiagnoses samen.

Bestudeerde populatie

- 1 477 volwassen patiënten (18 jaar en ouder) met een kankerdiagnose en op het moment van de diagnose een betaalde job hadden (in loondienst of als zelfstandige).

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten :
 - werkhervatting, gemeten aan de hand van het percentage terugkeer naar het werk (het aantal deelnemers dat weer voltijds of deeltijds aan het werk ging, in dezelfde of een aangepaste baan), of aan de hand van de duur van de werkonderbreking (het aantal dagen tussen de werkstop en de werkhervatting)
 - gegevens werden na een follow-up van 12 maanden verzameld
- secundaire uitkomstmaten :
 - kwaliteit van leven, gemeten aan de hand van gevalideerde of niet-gevalideerde vragenlijsten, die aspecten bevragen zoals globale, fysieke en emotionele levenskwaliteit
 - gegevens werden eveneens na een follow-up van 12 maanden verzameld
- voor dichotome gegevens, zoals werkhervatting gemeten aan de hand van het aantal mensen dat het werk hernam, gebruikten de onderzoekers een relatief risico als maat voor het behandelingseffect
- voor continue variabelen met betrekking tot terugkeer naar het werk, zoals het aantal dagen werkstop tijdens de follow-upperiode, gebruikte men een gemiddeld verschil voor RCT's die een vergelijkbare schaal gebruikten, en een gestandaardiseerd gemiddeld verschil voor RCT's die verschillende schalen of tijdsperioden gebruikten.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: effectiviteit op vlak van werkhervatting binnen 12 maanden in vergelijking met gebruikelijke zorg:
 - geen statistisch significant effect van psycho-educatieve interventies voor terugkeer naar het werk (RR 1,09 met 95% BI van 0,96 tot 1,24; N=4, n=512; matige zekerheid van bewijs)
 - geen statistisch significant effect van beroepsmatige interventies voor terugkeer naar het werk (N=1, n=34; zeer lage zekerheid van bewijs)
 - statistisch significant wel meer terugkeer naar het werk met fysieke interventies (RR 1,23 met 95% BI van 1,08 tot 1,39; N=4, n=434; matige zekerheid van bewijs)
 - statistisch significant wel meer terugkeer naar het werk met multidisciplinaire interventies die verschillende soorten interventies combineren (RR 1,23 met 95% BI van 1,09 tot 1,33; N=6, n=497; matige zekerheid van bewijs)
- secundaire uitkomstmaat: kwaliteit van leven in vergelijking met gebruikelijke zorg:
 - weinig of geen verschil met psycho-educatieve interventies (lage zekerheid van bewijs)
 - weinig of geen verschil met fysieke interventies (lage zekerheid van bewijs)
 - weinig of geen verschil met multidisciplinaire interventies (lage zekerheid van bewijs)
 - geen gegevens over beroepsmatige interventies.

Besluit van de auteurs

Fysieke interventies en multidisciplinaire interventies bevorderen waarschijnlijk de werkhervatting bij personen met kanker. Psycho-educatieve interventies maken waarschijnlijk weinig of geen verschil op vlak van werkhervatting terwijl het bewijs van beroepsmatige interventies zeer onzeker is. Psycho-educatieve, fysieke of multidisciplinaire interventies maken mogelijk weinig of geen verschil op vlak van levenskwaliteit. Er is nood aan verder onderzoek over hoe de terugkeer naar het werk kan verbeterd worden bij mensen met kanker door gebruik van multidisciplinaire interventies bestaande uit een fysieke, psycho-educatieve en beroepsmatige component, bij voorkeur afgestemd op de noden van de patiënt.

Financiering van de studie

Geen vermelding.

Belangenconflicten van de auteurs

Twee van de auteurs hebben banden met Cochrane Work en trokken zich volledig terug uit het redactionele proces om de onafhankelijkheid te waarborgen: de auteurs van de review waren niet betrokken bij de studieselectie, gegevensextractie, beoordeling van het risico van bias of de GRADE-beoordeling voor studies waarbij zij ook als coauteurs betrokken waren.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze studie is een update van een vorige review (2015) waarop de auteurs zich baseerden voor hun huidige literatuurzoektocht. Dat veronderstelt dan ook dat de vorige systematische review correct was opgebouwd. Helaas duidde Minerva de vorige versie van de review niet en is het moeilijk om nu een uitspraak te doen over de kwaliteit ervan. De onderzoekers hielden wel rekening met studies gepubliceerd in veel verschillende talen. Ze raadpleegden ook een groot aantal kwaliteitstijdschriften en namen contact op met auteurs om toegang te krijgen tot ongepubliceerde studies. Het raadplegen van experts van het **NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) OSH Update**, beheerd door het Institute of Occupational Safety and Health (IOSH) in het Verenigd Koninkrijk en het Franse INRS was een extra meerwaarde geweest om eventuele ongepubliceerde studies op te sporen.

De selectie van artikels door de auteurs gebeurde volgens de gebruikelijke richtlijnen van Cochrane. Teams van twee auteurs beoordeelden per studie onafhankelijk van elkaar het risico van bias van de geïncludeerde studies en gebruikten hiervoor de Cochrane RoB1-tool met aanpassing van de procedures beschreven in het Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins 2011). Voor studies waarbij ze zelf als onderzoeker betrokken waren, weerhielden auteurs van de review zich om het risico van bias te beoordelen. De auteurs beoordeelden het risico van bias in de verschillende RCT's op basis van 10 criteria die niet als standaard gebruikt worden in reviews van de Cochrane Collaboration. Deze 10 criteria waren: correcte randomisatievolgorde, blinding van de toewijzing, blinding, beheer van onvolledige uitkomstgegevens, gebruik van intention-to-treatanalyse (ITT), selectieve rapportering van uitkomsten, vergelijkbare baselinenkenmerken, aanwezigheid van ofwel vergelijkbare ofwel geen co-interventies, aanvaardbare compliantie, vergelijkbare timing bij het beoordelen van de uitkomstmaten. Voor cluster-RCT's voegde men 5 criteria toe: rekruteringsbias, onevenwichtige groepen bij de start, studie-uitval van clusters, vergelijkbaarheid met individueel gerandomiseerde studies en onjuiste analyse. Niettegenstaande Cochrane deze beoordelingen van bias niet erkent, lijken ze ons toch volledig te zijn. Bij de analyse van het risico van bias merken we methodologische beperkingen voor alle geïncludeerde studies. Het vaakst is er een hoog risico van bias op vlak van 'blinding'.

De statistische heterogeniteit van de geïncludeerde RCT's werd getoetst met Chi-kwadraat en I^2 . Voor de χ^2 -resultaten hanteerden de onderzoekers een significantiedrempel van $p \leq 0,10$. Wanneer ten minste twee RCT's als klinisch homogeen werden beschouwd, voerde men een meta-analyse uit met behulp van een fixed-effects model in RevMan 2022. In geval van belangrijke heterogeniteit

($I^2 > 50\%$) gebruikten de auteurs een random effects model (DerSimonian 1986). Konden de auteurs de resultaten niet poolen in een meta-analyse, beschreven ze de resultaten voor elke studie apart. Twee auteurs beoordeelden met GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) de zekerheid van het bewijs. Globaal is de gebruikte methodologie dus adequaat en relevant.

Beoordeling van de resultaten

“Bijna een half miljoen Belgen zijn langdurig arbeidsongeschikt. De instroom in het systeem neemt verder toe en, ondanks toegenomen aandacht voor re-integratie, versnelt de uitstroom (nog) niet (10).” In 2024, met een Belgisch begrotingstekort van 104% van het BBP, staan de overheidsfinanciën bovendien zwaar onder druk (11). Om deze schulden beheersbaar te houden, zal het nodig zijn om een deel van de arbeidsongeschikte werknemers terug aan het werk te krijgen. Deze feiten helpen om de relevantie van de resultaten van deze studie beter te begrijpen binnen de Belgische context. De auteurs erkennen bepaalde beperkingen verbonden aan de studie, in het bijzonder “de heterogeniteit van de onderzochte interventies, het hoge risico van bias in sommige studies en de zwakke kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs voor bepaalde interventies, vooral voor beroepsmatige interventies”. Het toekennen van een weging aan de geïncludeerde studies, waar mogelijk gebaseerd op inverse-variantie, had de relevantie van de verkregen resultaten kunnen versterken.

Ondanks de lage kwaliteit van het bewijs met betrekking tot de beroepsmatige interventies, valt het te betreuren dat men de beroepsmatige interventies gericht op het individu heeft gepoold met interventies gericht op de werkplek. In België worden beide interventies door verschillende actoren toegepast. Zo is bijvoorbeeld de werkgever meestal verantwoordelijk voor interventies op de werkplek (in samenwerking met de externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk). Dit onderscheid is cruciaal omdat de middelen die worden ingezet om de terugkeer naar het werk te bevorderen aanzienlijk kunnen verschillen naargelang de grootte van de organisatie. Zo kunnen grote bedrijven bijvoorbeeld over beduidend meer middelen beschikken dan kleine bedrijven om hun werknemers in dit proces te ondersteunen. Bovendien specificeren de auteurs van de studie niet welke uitkomstmaten de geselecteerde studies hanteerden om bepaalde interventies te evalueren, in het bijzonder deze die betrekking hebben tot het verbeteren van de communicatie binnen het bedrijf (met of tussen leidinggevenden, collega's en zorgverleners). Deze gebrekkige precisering belet een meer grondige evaluatie van deze dimensie. Er is in deze studie ook veel klinische heterogeniteit op vlak van geïncludeerde personen omdat men geen onderscheid maakte tussen de verschillende kankerdiagnoses. Het is zeer waarschijnlijk dat factoren zoals het type en stadium van de kanker en de leeftijd van de persoon een significante invloed hebben op de werkhervatting. Een stratificatie van de resultaten op basis van deze parameters, evenals op basis van het waarschijnlijke overlevingspercentage na vijf jaar, had geresulteerd in meer verfijnde resultaten en een gedetailleerdere analyse van de subgroepen. Deze review specificeert evenmin in welke mate de geselecteerde studies rekening hielden met de financiële situatie van de deelnemers. Fysieke interventies, zoals gestructureerde bewegings- of revalidatieprogramma's, kunnen indirecte kosten met zich meebrengen, met name onkosten in verband met transport (zelfs als we rekening houden met de hulp van vrijwilligersorganisaties) of toegang tot geschikte faciliteiten. Deze kosten kunnen een aanzienlijke beperking vormen voor sommige deelnemers, vooral omdat hun inkomen tijdens de herstelperiode ook vaak lager is. Hetzelfde geldt voor psycho-educatieve interventies, die ook indirecte kosten met zich kunnen meebrengen. Mogelijk krijgen daardoor sommige deelnemers beperkte toegang tot deze ondersteuningsprogramma's.

Wat het meten van de primaire uitkomstmaten betreft, kunnen we stellen dat de terugkeer naar het werk op een juiste manier werd beoordeeld. Echter, had een duidelijker onderscheid tussen een fulltime en een parttime werkhervatting een meerwaarde kunnen bieden voor de analyse. Anderzijds was een dergelijk onderscheid waarschijnlijk moeilijk geweest wegens het beperkte aantal beschikbare studies. Wat de secundaire uitkomstmaten betreft, was de meting van de kwaliteit van leven gedeeltelijk gebaseerd op niet-gevalideerde vragenlijsten, hetgeen de robuustheid van de conclusies omtrent levenskwaliteit afzwakt. Daarnaast is het jammer dat er geen analyse gebeurde van de mogelijk ongewenste effecten van deze interventies. Dat had een meer volledige beoordeling

van de risico's en voordelen mogelijk kunnen maken. Tot slot wijzen de auteurs erop dat de meeste in deze systematische review opgenomen RCT's zijn uitgevoerd in hoge-inkomenslanden (Europa, Australië, Verenigde Staten). Dat beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten tot vergelijkbare sociaaleconomische contexten. Daarenboven kunnen de verschillen in gezondheidszorgsystemen, in beleid voor terugkeer naar het werk en de beschikbare middelen voor niet-medische interventies de extrapolatie van de bevindingen naar landen met lage en midden inkomens verhinderen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In 2024 is er voor België geen officiële praktijkrichtlijn voorhanden, specifiek gewijd aan werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose. Het RIZIV promoot echter *“Disability management’, een methode gericht op jobbehoud of re-integratie in de job, die aansluit bij het biopsychosociale denkkader. Centraal staan de individuele noden van de werknemer, de omstandigheden op de werkplaats en het wettelijke kader. “Disability management’ is gebaseerd op 2 pijlers: een systematische aanpak op niveau van het bedrijf en een gecoördineerde inspanning op niveau van het individu. Sleutelfiguren bij de toepassing van ‘disability management’ in de praktijk zijn onder andere de werknemer en de werkgever, de arbeidsartsen, de adviserende artsen en de behandelende artsen met elk hun multidisciplinair team (12).”* Dankzij deze aanpak en de betrokken actoren kunnen niet-medische interventies worden overwogen om werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose te faciliteren.

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyse suggereert dat fysieke en multidisciplinaire interventies, in vergelijking met een gebruikelijke behandeling, waarschijnlijk doeltreffend zijn om werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose te verbeteren. Deze meta-analyse is methodologisch correct uitgevoerd maar de beperkingen van de geïncludeerde studies benadrukken de nood aan verder onderzoek om de resultaten te verfijnen. Zo is het van cruciaal belang om beroepsmatige interventies, zowel gericht op het individu als op de werkplek, diepgaander te onderzoeken. Hopelijk zijn er bij een volgende update van deze meta-analyse een groter aantal studies uitgevoerd, zodat we ook de impact van het type kanker, het stadium van de ziekte en de leeftijd van de persoon mee in rekening kunnen brengen. Ondanks deze beperkingen lijkt de toepassing van fysieke en multidisciplinaire interventies om werkhervatting bij personen met een kankerdiagnose te bevorderen haalbaar in de Belgische context. Ook al kan de implementatie ervan gedeeltelijk afhangen van de financiële middelen van patiënten en steun van de overheid, wat onrechtstreeks zou kunnen leiden tot ongelijkheid in de toegankelijkheid tot deze interventies.

Referenties: zie website