

Borstkanker en arbeidsongeschiktheid

Hervé Avalosse, Giulia Camilotti, Michiel Callens – Studiedienst

Etienne Laurent – Medische directie

Met dank aan Frédéric Calay en Harlinde De Schutter (Kankerregister), François Duhoux en Aude Gilquin (UCL Saint-Luc), Régine Kiasuwa Mbengi (Sciensano) voor hun advies en bemerkingen.

Samenvatting

Dit onderzoek bestudeert het traject van arbeidsongeschiktheid voor vrouwen met borstkanker. We willen evalueren hoeveel van hen ten gevolge van kanker arbeidsongeschikt worden, en hoeveel van hen binnen de twee jaar na de diagnose van kanker het werk hervatten. We richten ons vooral op de gedeeltelijke of volledige hervatting (van werk of werkloosheid). Voor de vrouwen die op de ene of andere manier opnieuw beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt, trachten we de factoren te identificeren die betrekking hebben op deze werkhervatting.

Voor dit onderzoek hebben we bijna 7.600 vrouwen geselecteerd die lid zijn van CM, tussen 2009 en begin 2015 door borstkanker zijn getroffen en mogelijk recht hebben op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid. Hoewel de diagnose hoogstwaarschijnlijk een zeer schokkend moment is geweest dat hun hele leven (zowel privé als professioneel) overhoop haalde, zijn de voornaamste bevindingen van dit onderzoek bemoedigend:

- Voor bijna één vrouw op vier (24%) betaalde het ziekenfonds geen arbeidsongeschiktheidsuitkering in de twee maanden volgend op de vaststellingsdatum van de kanker. Dit betekent niet dat deze vrouwen geen ziekteverlof hebben genomen, maar wel dat deze afwezigheid de periode van gewaarborgd loon niet heeft overschreden.*
- De kans op werkhervatting is groot: twee derde (67%) van de vrouwen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering van het ziekenfonds hebben ontvangen, hebben het werk (of de werkloosheid) deels of volledig hervat binnen de twee jaar na de diagnose. Gemiddeld duurt de uitkering een jaar. 26% van de vrouwen waren langer dan twee jaar arbeidsongeschikt. Helaas is 2% van de getroffen vrouwen overleden.*
- Er zijn tal van factoren die een invloed hebben op een mogelijke hervatting van het werk: leeftijd, stadium van de ziekte, type behandeling (waarvan de keuze uiteraard eerst en vooral afhangt van de therapeutische doelstellingen). Maar ook het professionele statuut (het type werk dus) speelt een rol: vrouwelijke bedienden hebben betere kansen dan arbeidsters of zelfstandigen.*

De voornaamste bevinding van dit onderzoek is dat borstkanker, voor de meeste vrouwen, geen definitieve terugtrekking uit de arbeidsmarkt inhoudt. Een niet verwaarloosbaar deel van hen slaagt er zelfs in om een beroepsactiviteit en een behandeling te combineren. En de meesten hervatten het werk binnen de twee jaar. Deze terugkeer kan onder begeleiding van de arbeidsgeneesheer worden voorbereid, bij voorkeur in overleg met de adviserend-arts en de behandelend arts. Er bestaan talrijke manieren van werkhervatting, gaande van aangepast werk tot een opleiding voor een ander beroep of een deeltijdse hervatting van de beroepsactiviteit.

Sleutelwoorden: borstkanker, arbeidsongeschiktheid, werkhervatting

1. Inleiding

Hoewel er steeds meer inspanningen gebeuren om de terugkeer naar het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid aan te moedigen, is er nog heel weinig kwantitatief bewijs over dit onderwerp. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het debat door de factoren te analyseren die een invloed hebben op de

aanvang en beëindiging van de arbeidsongeschiktheid. En dit voor vrouwen bij wie borstkanker is vastgesteld.

Hiervoor maken we gebruik van drie informatiebronnen: 1) gegevens die zijn verkregen via het multidisciplinair oncologisch

consult (MOC) en zijn doorgestuurd naar de adviserend-arts van het ziekenfonds, 2) gegevens van CM over de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit¹ en 3) facturatiegegevens voor gezondheidszorg van CM. Voor zover we weten gaat het om een van de eerste onderzoeken waarbij een beroep wordt gedaan op gegevens over uitkeringen in combinatie met diagnosegegevens om de duur van de arbeidsongeschiktheid na te gaan.

Op basis van de gegevens van het MOC kunnen we niet alleen het aantal vrouwen met borstkanker maar ook de diagnosedatum en het ziektestadium op een nauwkeurige manier achterhalen. Met de uitkeringsgegevens van CM kunnen we de exacte periode van arbeidsongeschiktheid met een uitkering bepalen, alsook de reden voor de stopzetting van de vergoeding, met inbegrip van de terugkeer naar het werk of de werkloosheid. Dankzij de facturatiegegevens voor gezondheidszorg van de leden kunnen we een overzicht geven van de ontvangen behandelingen en hun eventuele verband met de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

2. Methode

2.1. Selectie van de steekproef (figuur 1)

Figuur 1 geeft de selectieprocedure weer. Onder de CM-leden hebben we, dankzij de informatie van het MOC, vrouwen geselecteerd die tussen 01.02.2009 en 31.01.2015 door borstkanker zijn getroffen. We gebruiken de incidentiedatum, dit is de datum van de eerste microscopische (cytologische/histologische) vaststelling van de maligniteit (datum van biopsie). Zo konden we 26.009 vrouwen identificeren. Bij hen werd voor de eerste maal borstkanker vastgesteld. Bij meerdere gelijktijdige borstkankers (bijvoorbeeld in beide borsten) hielden we rekening met het meest gevorderde ziektestadium. We definiëren de kanker als 'referentiekanker' om een onderscheid te maken met andere tumoren die eerder of later zijn vastgesteld.

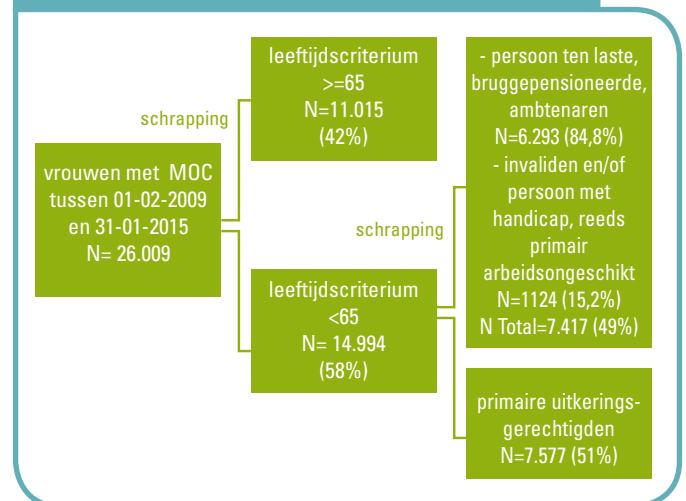
Om te bepalen hoeveel vrouwen arbeidsongeschikt worden op het moment van de diagnose, moeten we in de eerste plaats de vrouwen identificeren die bij arbeidsongeschiktheid recht hebben op een uitkering. Met andere woorden, we moeten de primaire uitkeringsgerechtigden identificeren. In deze analyse worden uitgesloten: personen ten laste, personen van 65 jaar of ouder,

personen met vervroegd pensioen², en personen met een beperking of invaliditeit³ tijdens het incidentiejaar van de referentiekanker. Vrouwen met reeds een primaire ongeschiktheid, die dus naar aanleiding van de kanker niet arbeidsongeschikt kunnen worden omdat ze dit reeds zijn, worden ook uit de steekproef uitgesloten⁴. Ambtenaren worden ook uitgesloten omdat we geen informatie over hun uitkeringen hebben (zij ontvangen geen uitkering van het ziekenfonds).

Zo'n 42% van de initiële steekproef wordt uitgesloten op basis van leeftijd. Van de 14.994 observaties die er overblijven, wordt 49% uitgesloten omdat ze door hun sociale situatie in geval van arbeidsongeschiktheid geen recht hebben op een uitkering door hun ziekenfonds. Het betreft ambtenaren, personen ten laste of met een beperking, personen met vervroegd pensioen, personen met een niet-bekende sociale situatie (in totaal: 85% van de niet-geselecteerde vrouwen) of vrouwen die reeds als invalide of arbeidsongeschikt zijn erkend (15% van de niet-geselecteerde vrouwen). Aan het einde van de selectieprocedure bleven er voor de finale steekproef 7.577 vrouwen over (ongeveer 29% van de initiële steekproef).

Deze finale steekproef bestaat uit vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar en die minder kansarm zijn dan de initiële groep (6% heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming). De steekproef bestaat vooral uit loontrekkenden (89%) en vrouwen die in Vlaanderen wonen (76%). In bijna de helft van de gevallen (49%) werd bij deze vrouwen een tumor in stadium I vastgesteld en voor een derde (34%) een tumor in stadium II.

Figuur 1: Selectieprocedure van de steekproef (van links naar rechts)



- 1 Ter herinnering: primaire ongeschiktheid is het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. In ons systeem van sociale zekerheid komt invaliditeit overeen met een periode van arbeidsongeschiktheid die dit eerste jaar van ongeschiktheid overschrijdt.
- 2 Zoals RIZIV verduidelijkt (2018a), pag. 9: "Theoretisch gezien heeft deze groep personen ook recht op uitkeringen maar zij zullen van dit recht nooit gebruik maken aangezien ze hier geen enkel financieel voordeel bij krijgen."
- 3 We sluiten elk individu uit met meer dan 15 dagen invaliditeitsuitkering tijdens het incidentiejaar van de kanker. Behalve indien anders vermeld, zijn alle sociaal-demografische eigenschappen in het artikel gelijk aan die op 31.12 van het incidentiejaar van de referentiekanker.
- 4 Het betreft meer bepaald vrouwen waarvan de primaire arbeidsongeschiktheid meer dan 30 dagen vóór de incidentiedatum is gestart en nog van toepassing is op 30 dagen vóór de incidentiedatum: zoals we verder zullen zien, selecteren we vrouwen waarvan de arbeidsongeschiktheid aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum: vrouwen die tijdens deze periode een lopende arbeidsongeschiktheid hebben, worden dus uit de steekproef uitgesloten.

2.2. Stadium van de tumor

De gegevens van het MOC laten toe om naast de incidentiedatum ook het stadium van de tumor te bepalen. Waarover gaat het? Op basis van het stadium krijgt de tumor een TNM-classificatie (Tumor [grootte van de tumor], Nodes [aantal en type aangetaste klieren], Metastasis [al dan niet aanwezigheid van metastasen]). De gegevens van het MOC geven informatie over zowel het klinische stadium (op het moment van de diagnose, analyse van uitzaaiing van de tumor) als het anatomo-pathologische stadium (analyse van kankerweefsel voor of na de ingreep).

Tabel 1: Vier stadia

stadium I	de tumor blijft gelokaliseerd en de okselklieren zijn gezond
stadium II	de okselklieren zijn aangetast
stadium III	andere klieren van andere structuren of organen zijn aangetast
stadium IV	de tumor is uitgezaaid

2.3. Identificatie van leden die primair arbeidsongeschikt zijn

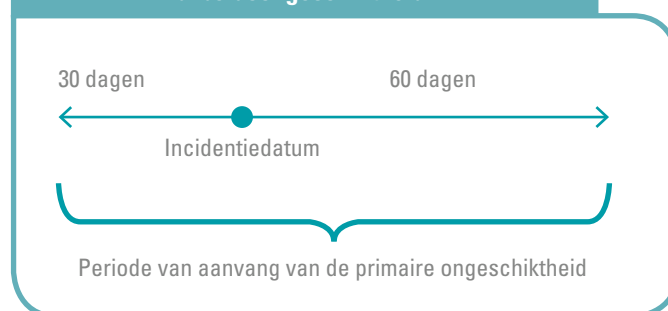
We baseren ons op de gegevens van CM over de uitkeringen voor primaire ongeschiktheid tussen 01.01.2009 en het tweede trimester van 2017.

Het zou ideaal zijn om vrouwen te identificeren die primair ongeschikt zijn geworden naar aanleiding van een diagnose van borstkanker. Maar we beschikken niet over precieze informatie over de reden voor de ongeschiktheid. Om zo goed als mogelijk vrouwen met een primaire ongeschiktheid door kanker te kunnen identificeren, houden we alleen rekening met vrouwen waarvan de ongeschiktheid maximaal 30 dagen vóór of 60 dagen na de incidentiedatum is gestart (informatie afkomstig van MOC). Deze periode van 90 dagen noemen we de 'onderzoekperiode van arbeidsongeschiktheid'. Door tot 30 dagen vóór de incidentiedatum terug te gaan, vangen we eventuele onnauwkeurigheden in deze datum op⁵. We kozen een periode van 60 dagen na de incidentiedatum omdat deze termijn vaak nodig is om een behandeling voor de kanker op te starten en een eventuele arbeidsongeschiktheid aan te vragen⁶. Hoewel het mogelijk is dat vrouwen arbeidsongeschikt worden naar aanleiding van de kanker na 60 dagen, zou een nog ruimere

onderzoekperiode ook leiden tot een groter risico op gevallen van arbeidsongeschiktheid door andere gezondheidsproblemen.

We beschikken over de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, rekening houdend met de periode van gewaarborgd loon⁷, voor elke arbeidsongeschiktheid die recht geeft op een uitkering. We hebben echter geen informatie over de gevallen van arbeidsongeschiktheid die tijdens de periode van gewaarborgd loon eindigen. Met andere woorden, we identificeren alleen de vrouwen waarvan de duur van de primaire ongeschiktheid - met een aanvang tussen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum - de periode van gewaarborgd loon overschrijdt.

Figuur 2: Periode van onderzoek naar arbeidsongeschiktheid



2.4. Identificatie van perioden van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Zodra de vrouwen met een primaire ongeschiktheid zijn geïdentificeerd op basis van bovenvermelde criteria, onderzoeken we alle perioden van primaire ongeschiktheid evenals perioden van invaliditeit die zijn gestart tussen de incidentiedatum en maximaal twee jaar erna: we noemen deze periode van twee jaar de 'opvolgperiode'. Aangezien de invaliditeit aanvangt na één jaar primaire ongeschiktheid, kunnen we het traject van alle vrouwen 'opvolgen' die van een primaire ongeschiktheid overstappen naar invaliditeit. We volgen het traject van deze vrouwen gedurende twee jaar volgend op de incidentiedatum en we identificeren de laatst gekende betaalperiode en de informatie die hierop betrekking heeft.

Figuur 3 geeft de mogelijke gevallen weer. Een lijn stelt een periode van arbeidsongeschiktheid voor (die kan leiden tot invaliditeit). Het punt geeft het begin van de primaire

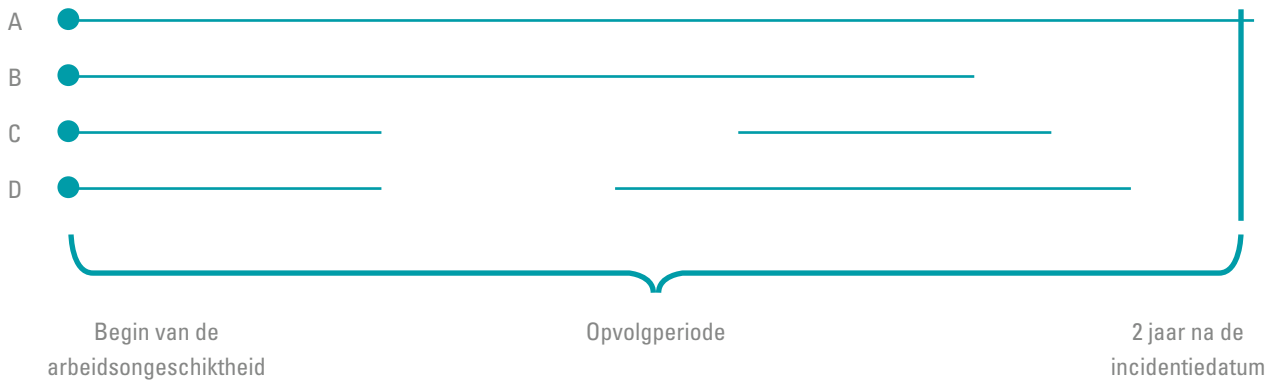
⁵ We sluiten terugvallen uit waarvan de originele arbeidsongeschiktheid niet valt binnen de periode van -30/+60 dagen rond de incidentiedatum (totaal van 14 gevallen).

⁶ Verhulst et al (2016), pag. 42, tonen aan dat 50% van de vrouwen hun eerste behandelingen hebben gekregen op 21 dagen na de incidentiedatum. Na zeven weken stijgt dit percentage tot 90%. Voor dit onderzoek tonen sensibiliteitstests met andere selectiecriteria dat de meeste observaties zich bevinden in de periode tussen -30/+30 en -30/+45.

⁷ Ter herinnering: voor bepaalde categorieën van werknemers is de eerste periode van arbeidsongeschiktheid ten laste van de werkgever. Voor bedienden is dit één maand en voor arbeiders 15 dagen. Voor werklozen is er geen periode van gewaarborgd loon. Zelfstandigen ontvangen van het ziekenfonds sinds 1 januari 2018 een uitkering vanaf de 15e dag van arbeidsongeschiktheid. Vroeger bedroeg dit een maand.

ongeschiktheid weer op basis waarvan de persoon is geselecteerd (criteria van -30/+60 dagen rond de incidentiedatum).

Figuur 3: Design van het onderzoek



In het geval A is er een ononderbroken uitkeringsperiode gedurende de twee jaar volgend op de incidentiedatum en loopt deze daarna voort. In dit geval wordt de persoon geclassificeerd als invalide aan het einde van de opvolgperiode. Geval B geeft de situatie weer waarbij de uitkeringsperiode tijdens de opvolgperiode stopt. Mogelijke redenen voor de stopzetting zijn: een hervatting van het werk (of de werkloosheid), overlijden, pensioen. Er zijn ook gevallen (ondergeschikt) waarin de uitkering wordt beëindigd door een afwezigheid tijdens de controle of door een overstap naar een andere verzekeringsinstelling. Het geval C geeft de situatie weer waarbij er tijdens de opvolgperiode sprake is van twee uitkeringsperiodes. We houden rekening met de informatie over het einde van de recentste periode van arbeidsongeschiktheid (in het schema: de tweede periode). Geval D stelt een gelijkaardige situatie als C voor, maar hier is de tweede uitkeringsperiode nog lopende aan het einde van de opvolgperiode.

Het is dus mogelijk dat de laatste situatie geen verband houdt met de primaire ongeschiktheid op basis waarvan de persoon is geselecteerd. Dit gaat echter om ondergeschikte gevallen, aangezien voor de arbeidsongeschikte leden, er gemiddeld 1,13 arbeidsongeschiktheden per persoon zijn tijdens de twee opvolgperioden en 75% van de leden alleen arbeidsongeschikt was tijdens de betrokken periode.

We houden rekening met twee bijzondere gebeurtenissen: gedeeltelijke hervattingen en terugvallen. Gedeeltelijke hervattingen vragen een andere benadering: het gaat om situaties waarin de patiënte, met het akkoord van de

adviserend-arts, het werk deeltijds hervat: in deze gevallen is er nog een uitkering, maar het gaat om een lager bedrag omwille van de gedeeltelijke werkhervatting. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we de gedeeltelijke hervattingen identificeren. In dit geval beschouwen we de periode van arbeidsongeschiktheid als beëindigd op het moment dat het werk deels wordt hervat (de persoon herneemt een betaalde beroepsactiviteit), ook al loopt de uitkering na deze datum door.

We onderzoeken ook terugvallen⁸ die tijdens de opvolgperiode voorkomen. Anders gezegd, we houden geen rekening met het feit dat de periode van arbeidsongeschiktheid tijdelijk is onderbroken.

2.5. Beperkte gegevens

Gezien het administratieve karakter van de gebruikte gegevens waren er talrijke bewerkingen nodig op basis van bepaalde veronderstellingen. Om het einde van een periode van arbeidsongeschiktheid te identificeren, gebruiken we de datum van de laatste uitkering, rekening houdend met eventuele correcties van betalingen (negatieve bedragen door correcties ten gevolge van de einddatum van de arbeidsongeschiktheid: vaak komt het bericht over de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid pas na de betaling van de uitkering. In dat geval moet het bedrag door het ziekenfonds worden gerecupereerd). Het gebruikte algoritme voor de correcties laat niet toe de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid precies te achterhalen: er is dus een mogelijke foutenmarge in de berekening van de perioden van arbeidsongeschiktheid⁹.

⁸ We volgen de wetgeving: Zie: <https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/maladie-accident/incapacite-travail/questions/rechute>

⁹ Waar mogelijk hebben we de datum van de laatste uitkering met toepassing van het algoritme vergeleken met de werkelijke einddatum van de arbeidsongeschiktheid. In deze gevallen bedraagt het verschil tussen beide data gemiddeld 7 dagen.

Hetzelfde probleem stelt zich voor het bepalen van de aanvang van gedeeltelijke hervattingen en waarvoor we dus zijn uitgegaan van een aantal veronderstellingen. Uit controle van enkele dossiers blijkt dat onze bevindingen en de geregistreerde hervattingen zeer goed met elkaar overeenstemmen. Er moet echter rekening worden gehouden met een zekere foutenmarge.

3. Belangrijkste resultaten

3.1. Waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid

Ten opzichte van onze steekproef van 7.577 vrouwen met kanker die uitkeringsgerechtigd zijn, is er bij 76% van hen effectief sprake van een arbeidsongeschiktheid die aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum (en die de periode van gewaarborgd loon overschrijdt). Het gaat om een totaal van 5.740 individuen. **De andere vrouwen (24%) werden dus niet arbeidsongeschikt tijdens de onderzoeksperiode of slechts voor korte perioden die de periode van gewaarborgd loon niet hebben overschreden.**

Aan de hand van een multifactoriële analyse (model Fine & Gray) konden we enkele factoren identificeren (zie tabel 2) die een opmerkelijke invloed hebben op de mogelijke aanvang van de arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum).

- De waarschijnlijkheid voor aanvang van arbeidsongeschiktheid neemt af met de leeftijd: jongere vrouwen hebben meer kans arbeidsongeschikt te worden dan oudere vrouwen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de eventuele zorg voor kinderen. De combinatie van gezin, werk en behandeling is moeilijk.
- Zelfstandigen hebben minder kans om arbeidsongeschikt te worden dan arbeidsters of bedienden. De financiële en organisatorische gevolgen door arbeidsongeschiktheid zijn mogelijk veel ernstiger voor zelfstandigen dan voor werknemers, aangezien ze niet kunnen terugvallen op een periode van gewaarborgd loon en omdat hun zakelijke activiteiten in het gedrang komen door hun afwezigheid.
- Een hospitalisatie binnen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum is een van de belangrijkste factoren die aanleiding geven tot arbeidsongeschiktheid.
- Chemotherapie heeft ook een invloed op een waarschijnlijke aanvang van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 2: Factoren die verband houden met de aanvang van arbeidsongeschiktheid - multifactoriële analyse (Fine & Gray model)

	Odds Ratio ^{oo} Estimate
Leeftijd bij kanker <40 vs 60+	2,436*
Leeftijd bij kanker 40-49 vs 60+	2,395*
Leeftijd bij kanker 50-59 vs 60+	2,080*
Bediende vs zelfstandige	1,337*
Arbeidster vs zelfstandige	1,954*
Hospitalisatie 30 dagen vóór tot 60 dagen na incidentiedatum	5,176*
Chemotherapie tijdens de opvolgperiode	1,321*

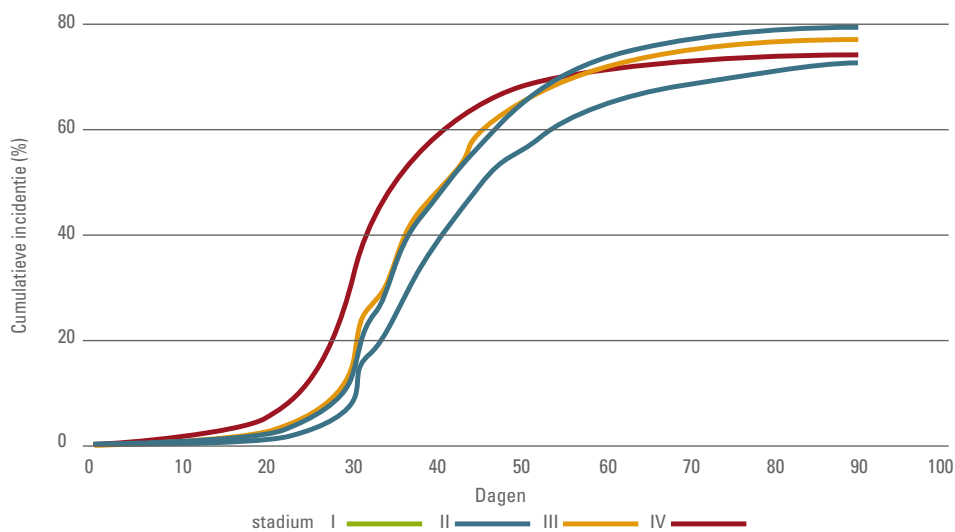
^{oo} : odds ratio >1 betekent dat de factor een invloed heeft op de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid; bij een waarde lager dan 1 daalt deze waarschijnlijkheid

* : opmerkelijk cijfer met een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Figuur 4 toont, op basis van het kankerstadium, de cumulatieve incidentiecurve (zie kader voor meer uitleg) van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (de gebeurtenis die voor ons van belang is). We zien hier hoe de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (-30/+60 dagen rond de incidentiedatum, ofwel drie maanden) evolueert (toeneemt), rekening houdend met het feit dat bepaalde personen komen te overlijden nog voordat ze arbeidsongeschikt worden (tijdens deze drie maanden). Aan het einde van de onderzoeksperiode merken we **weinig verschillen in de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid naargelang het stadium van de kanker**. Deze waarschijnlijkheid is zeer gelijkaardig voor stadia I en IV, en een beetje groter voor stadia II en III. Wanneer we echter naar de evolutie in de tijd kijken, merken we dat personen met stadium IV sneller arbeidsongeschikt worden dan personen met stadium I.

Waarom zijn er zo weinig verschillen tussen de verschillende stadia? Dit komt omdat er rekening moet worden gehouden met een psychosociale context. Wij gaan ervan uit dat de diagnose van kanker, ongeacht het stadium van de ziekte, als een donderslag bij heldere hemel komt die het leven van de patiënte volledig ondersteboven zet. Ook al slagen sommige patiënten erin om ondanks alles een beroepsactiviteit en een behandeling te combineren, dan geldt dit nog niet voor anderen. En, zoals hierboven vermeld, hebben antecedenten en de gezins- en werksituatie een invloed op de arbeidsongeschiktheid.

Figuur 4: Waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum)



3.2. Waarschijnlijkheid van werkherhvatting

3.2.1. Globaal

Zoals uitgelegd in punt 2.4 volgen we het traject van arbeidsongeschikte vrouwen tijdens een periode van twee jaar na de incidentiedatum. Tabel 3 toont de globale bevindingen aan het einde van deze periode:

- Aan het einde van de opvolgperiode heeft 52% van de arbeidsongeschikte vrouwen de periode van arbeidsongeschiktheid beëindigd door hervatting van het werk (of terugkeer naar werkloosheid). We zien ook een gedeeltelijke hervatting van 14% en een hervatting van 1,5% op besluit van de adviserend-arts.

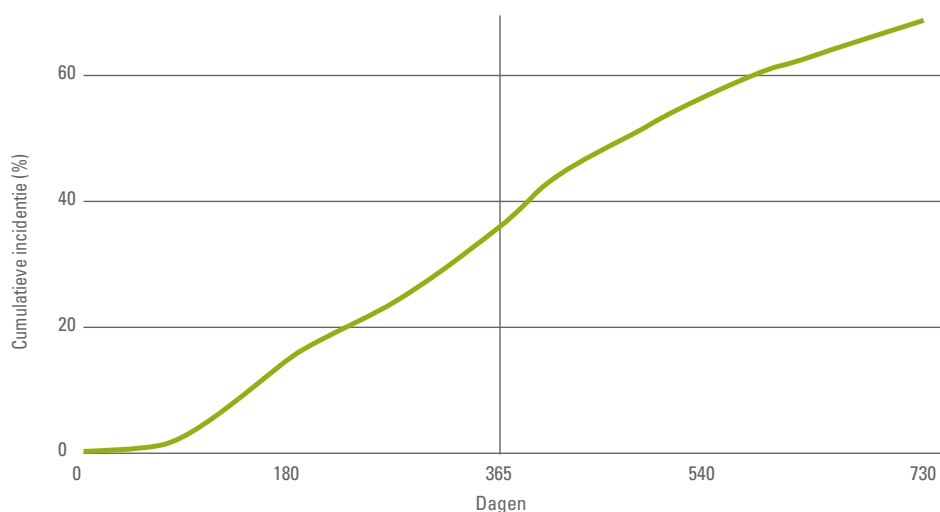
Dit wil zeggen dat bijna twee derde van de vrouwen het werk (of de werkloosheid) deels of volledig hebben hernomen.

- 23% blijft arbeidsongeschikt aan het einde van de opvolgperiode en bij 3% is er sprake van een nieuwe primaire arbeidsongeschiktheid.
- Het aantal overlijdens en gepensioneerden is identiek (2,1%).
- Het aantal overgestapte leden naar een andere verzekeringsinstelling is verwaarloosbaar en 1,6% wordt geschorst. Het gaat hier om een opschorting van betaling door niet aanwezig te zijn op een controleafspraak.

Tabel 3: Situatie twee jaar na de incidentiedatum

	%	N
Spontane hervatting, hervatting op besluit van de adviserend-arts, gedeeltelijke hervatting	67,4%	3.864
<i>Hervatting op besluit van de adviserend-arts</i>	1,5%	66
<i>Gedeeltelijke hervatting</i>	14,0%	800
<i>Spontane hervatting</i>	52,3%	2.998
Arbeidsongeschiktheid/invaliditeit	26,1%	1.495
Overlijden	2,1%	123
Pensioen	2,1%	122
Andere verzekeringsinstelling, opschorting of andere	2,3%	132
Totaal =	100%	5.736

Figuur 5: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid)



Figuur 5 toont de cumulatieve incidentiecurve (zie kader voor meer uitleg) van de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) binnen de twee jaar na de incidentiedatum, rekening houdend met patiënten die overlijden of met pensioen gaan. In dit geval zijn de hervattingen onze gebeurtenis van belang. De cumulatieve incidentiecurve wordt als volgt geïnterpreteerd: ze geeft de waarschijnlijkheid van hervatting

weer (deels of volledig, van werk of werkloosheid) tijdens de opvolgperiode en houdt rekening met andere mogelijke gebeurtenissen (in dit geval patiënten die overlijden of met pensioen gaan). Elk punt op de curve geeft de waarschijnlijkheid van hervatting weer vóór dag "t" op de horizontale as. De verticale lijn geeft 365 dagen aan, wat ongeveer overeenkomt met de overstap naar invaliditeit. Op 365 dagen bedraagt de waarschijnlijkheid van hervatting 35%. Deze waarschijnlijkheid

Cumulatieve incidentiecurve

Voor dit onderzoek moeten we rekening houden met concurrerende risico's ('competing risks') die mogelijk een gebeurtenis verhinderen die ons in het bijzonder interesseert ('event of interest' of gebeurtenis van belang).

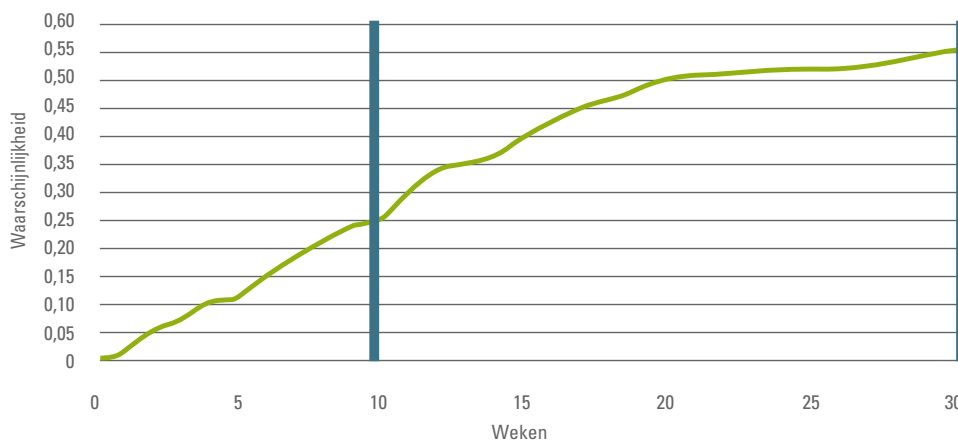
- Indien de aanvang van de arbeidsongeschiktheid (tijdens de onderzoeksperiode) onze gebeurtenis van belang zou zijn, is er soms geen sprake van arbeidsongeschiktheid indien de persoon te snel overlijdt.
- En eenmaal arbeidsongeschikt verklaard, kan een persoon om diverse redenen zijn arbeidsongeschiktheid beëindigen. Hier bestaat de gebeurtenis van belang uit de hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) aan het einde van de opvolgperiode. Maar er moet ook rekening worden gehouden met andere concurrerende gebeurtenissen zoals overlijden en pensioen.

Om deze reden hebben we gekozen voor het model van Fine & Gray, waarmee we een cumulatieve incidentiefunctie kunnen berekenen. Deze functie schat het incidentiecijfer, of de waarschijnlijkheid dat de gebeurtenis van belang (bijvoorbeeld aanvang van arbeidsongeschiktheid of hervatting) zal plaatsvinden vóór een bepaald moment "t" en vóór andere gebeurtenissen.

In de volgende theoretische figuur geven we een voorstelling van deze functie: dit is de cumulatieve incidentiecurve. We kunnen deze als volgt interpreteren:

- De waarschijnlijkheid dat de gebeurtenis van belang plaatsvindt vóór week 10 is gelijk aan 0,25.
- De waarschijnlijkheid dat dezelfde gebeurtenis tijdens het onderzoek plaatsvindt (d.w.z. het incidentiecijfer binnen de 30 weken) is gelijk aan 0,55.

Theoretische figuur: cumulatieve incidentiecurve voor de gebeurtenis van belang



neemt geleidelijk toe en bereikt aan het einde van de opvolgperiode 67%.

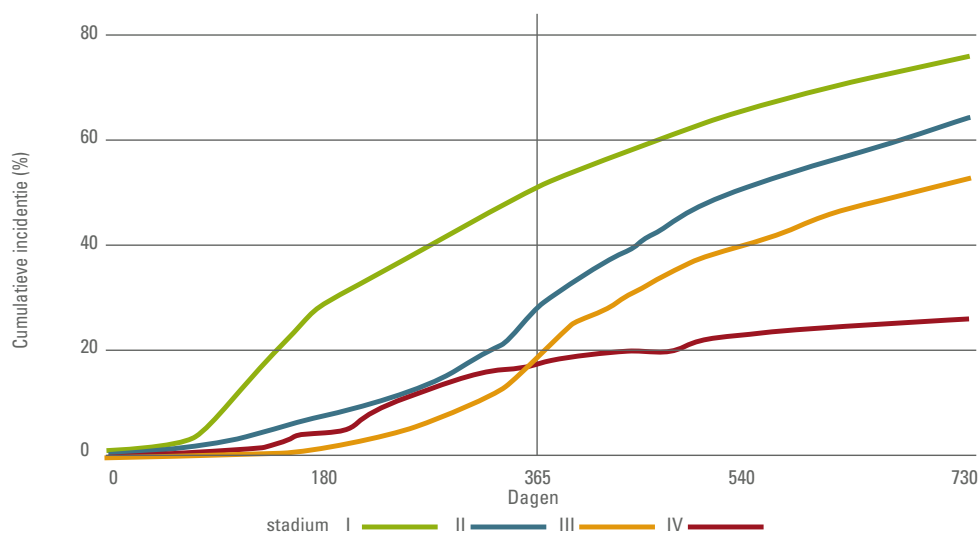
Elk lid dat onder invaliditeit of arbeidsongeschiktheid valt en een opschorting van de uitkeringen kreeg of naar een andere verzekeringsinstelling is overgestapt, wordt als 'censored' (gecensureerd) beschouwd: de enige informatie waarover we beschikken, is dat de periode van arbeidsongeschiktheid niet is beëindigd (door een hervatting, overlijden of pensioen).

In de volgende onderdelen splitsen we dit type grafische resultaten uit volgens bepaalde sociaal-demografische en medische eigenschappen.

[3.2.2. Volgens het stadium van de kanker](#)

Hoewel het stadium van de tumor blijkbaar geen invloed heeft op de waarschijnlijkheid van aanvang van arbeidsongeschiktheid, is dit wel het geval voor de waarschijnlijkheid van hervatting. Aan het einde van de opvolgperiode stellen we vast

Figuur 6: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens het stadium van de kanker



dat 77% van de arbeidsongeschikte vrouwen met ziektestadium I het werk hervatten. Deze verhouding neemt af bij een gevorderd stadium. Voor stadia II, III en IV bedraagt de verhouding respectievelijk 65%, 54% en 27%.

De cumulatieve incidentiecurve op basis van het stadium (figuur 6) toont aan dat vrouwen met stadium I op elk moment een grotere waarschijnlijkheid van werkhervatting hebben. Met uitzondering van stadium I, heeft stadium IV een gelijkaardige waarschijnlijkheid van hervatting als de andere stadia tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Vanaf de overstap naar invaliditeit neemt de waarschijnlijkheid van hervatting voor andere stadia toe, terwijl deze voor stadium IV duidelijk lager blijft. We zien ook dat voor stadium IV het aantal overlijdens het hoogst is.

3.2.3. Volgens leeftijdsgroep

Figuur 7 toont aan dat, rekening houdend met andere gebeurtenissen zoals pensioen en overlijdens, de timing van de hervatting verschillend is per leeftijdsgroep. Jongere patiënten (jonger dan 40 jaar) hebben een minder grote waarschijnlijkheid op hervatting tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. De waarschijnlijkheid neemt toe voor de andere leeftijdsgroepen. Aan het einde van de opvolgperiode is de waarschijnlijkheid van hervatting het laagst voor de oudere patiënten (60 jaar en ouder). Dit kan worden verklaard doordat

meer patiënten van deze groep met pensioen gaan (21% beëindiging van arbeidsongeschiktheid door pensioen).

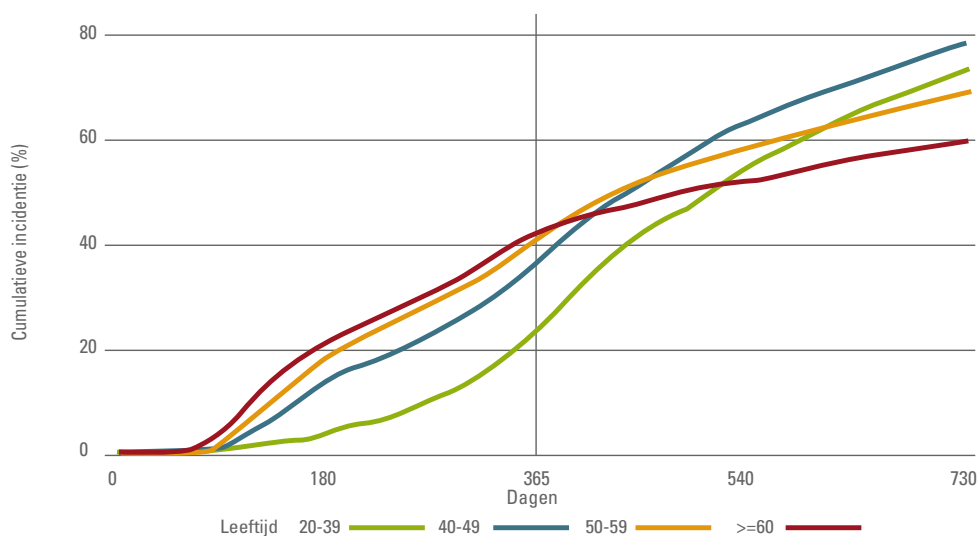
3.2.4. Volgens beroepsstatuut

In Figuur 8 zien we dat op elk moment de waarschijnlijkheid van beëindiging van de arbeidsongeschiktheid door een hervatting, deels of volledig, groter is voor bedienden dan voor arbeidsters. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren door het type werk. Arbeidsters hebben vaak manueel en zwaarder werk, wat hun terugkeer naar het werk bemoeilijkt. Voor zelfstandigen echter is de waarschijnlijkheid van hervatting het laagst tijdens de hele opvolgperiode. We moeten deze bevinding echter in perspectief plaatsen aangezien zelfstandigen een veel lagere waarschijnlijkheid op aanvang van arbeidsongeschiktheid hebben dan loontrekkenden. Met andere woorden, de weinige zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden (63% tegen 83% voor arbeidsters en 74% voor bedienden), blijven voor een langere periode arbeidsongeschikt¹⁰.

3.2.5. Volgens aanwezigheid van comorbiditeit

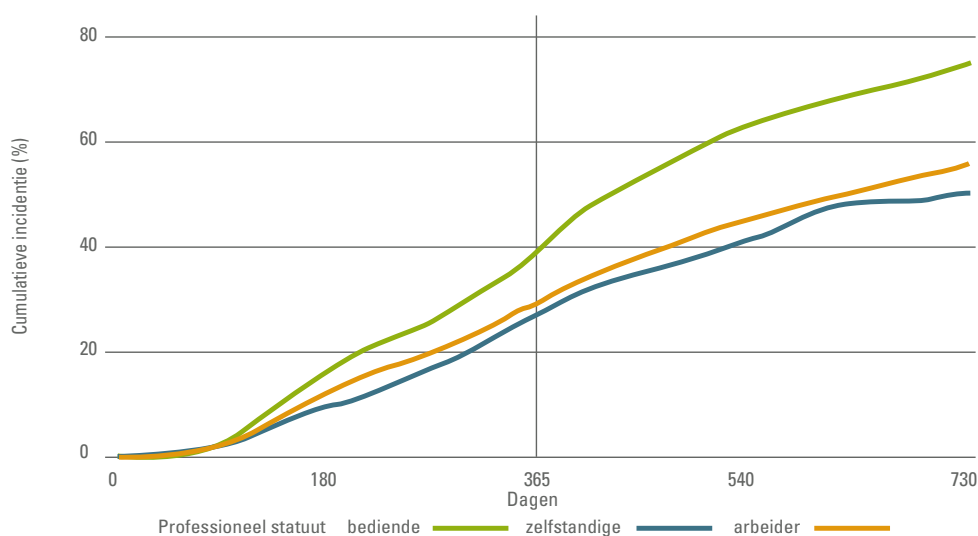
De comorbiditeit wordt hier benaderd als een combinatie van factoren: aanwezigheid van diabetes; minstens één hospitalisatie in het jaar voorafgaand aan de kankerdiagnose; reeds een andere kanker gehad vóór de referentiekanker. De comorbiditeit zoals hier gehanteerd blijkt een impact te hebben

Figuur 7: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens leeftijdsgroep

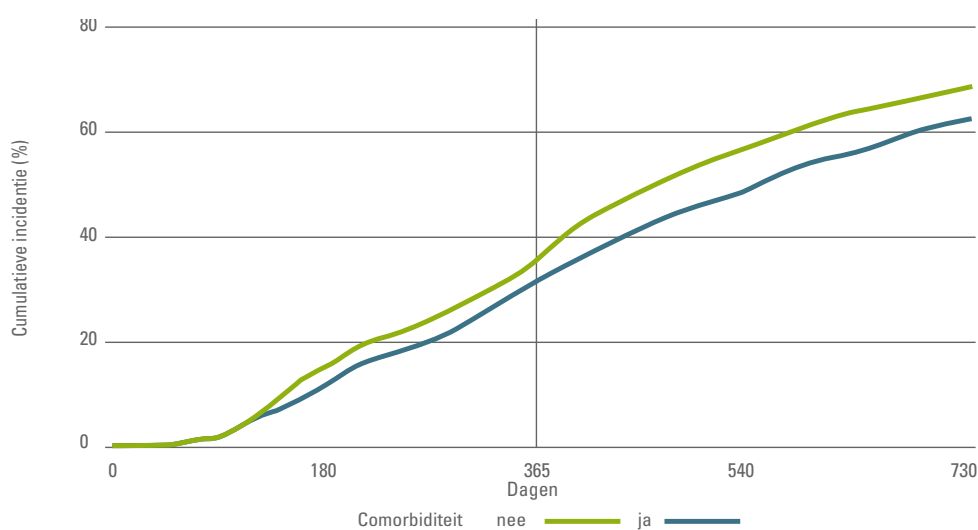


¹⁰ Uit de ervaring op het terrein van adviserend geneesheren blijkt dat zelfstandigen wiens zakelijke activiteiten erop achteruitgaan door hun ziekte, failliet gaan. Ze hebben geen recht op een werkloosheidsuitkering. Daarom wordt er zonder twijfel gewacht tot de adviserend geneesheer zelf beslist tot werkhervatting (waardoor de persoon uit het systeem van sociale zekerheid wordt uitgesloten). Het OCMW blijft dan de enige mogelijkheid voor sociale hulp.

Figuur 8: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens beroepsstatuut



Figuur 9: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens aanwezigheid of afwezigheid van comorbiditeit

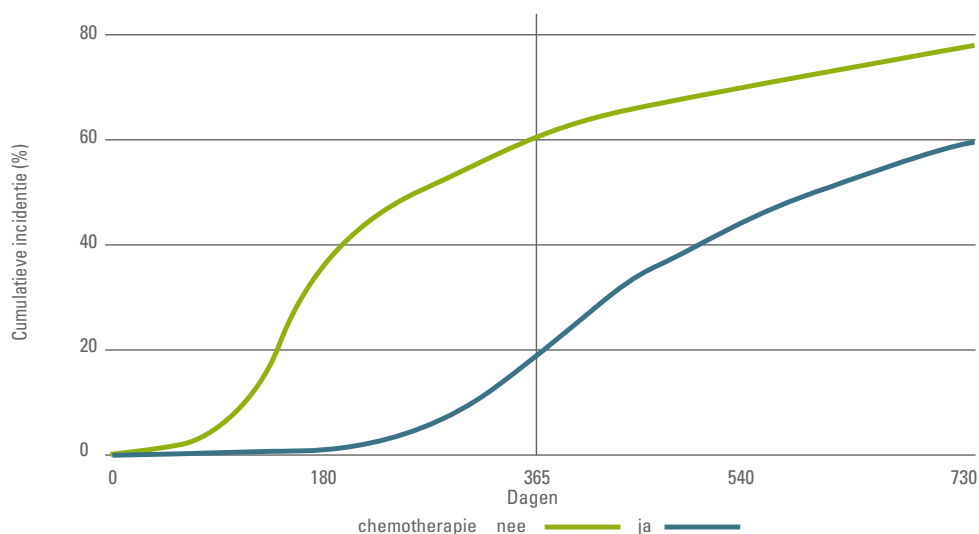


op de waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (aan het einde van de opvolgperiode: 68% (geen comorbiditeit) tegen 63% (wel comorbiditeit)). Figuur 9 laat zien dat dit verschil reeds aanwezig is tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid en dat dit aanhoudt na de overstap naar invaliditeit.

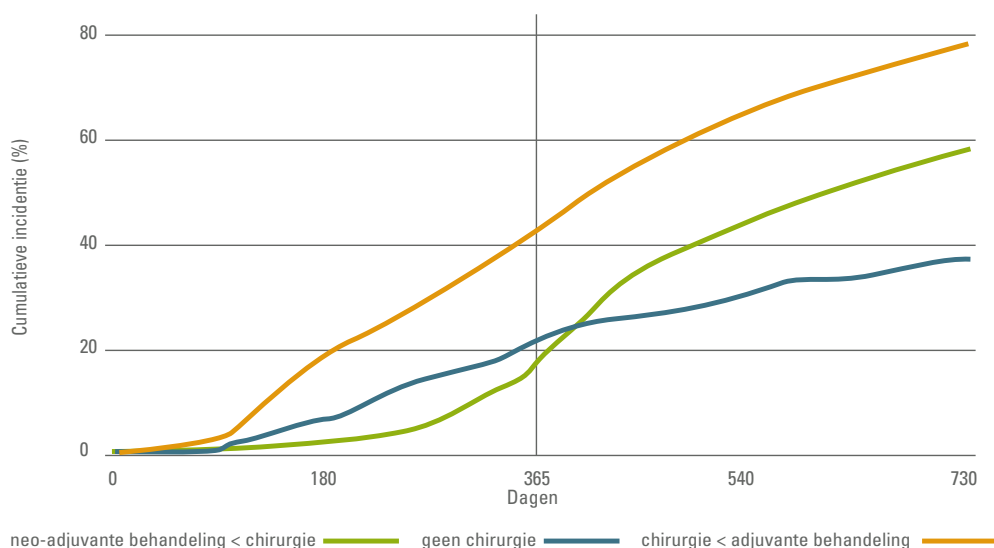
3.2.6. Volgens de behandeling

We stellen vast dat bij het volgen van een chemotherapie (minstens één keer) tijdens de twee jaar volgend op de incidentiedatum de waarschijnlijkheid van hervatting aanzienlijk daalt (aan het einde van de opvolgperiode: 60% hervatting bij chemotherapie, 79% zonder chemotherapie). Figuur 10 toont

Figuur 10: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens al dan niet volgen van een chemotherapie tijdens de opvolgperiode



Figuur 11: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens het type en de timing van de behandeling



aan dat tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid de waarschijnlijkheid van hervatting snel stijgt voor patiënten die geen chemotherapie hebben gevolgd. Dit is uiteraard slechts een correlatie maar het is nochtans bekend dat chemotherapie ernstige bijwerkingen heeft op korte en middellange termijn, wat mogelijk een verklaring is voor deze bevindingen.

In Figuur 11 onderzoeken we, voor de vrouwen waarvoor deze informatie voorhanden is, de impact van verschillende types behandeling en hun timing op hervatting. Chirurgie gevolgd door een aanvullende behandeling (chemotherapie en/of hormoontherapie en/of radiotherapie) is niet alleen het meest voorkomende type behandeling, maar ook de behandeling met de meeste kansen op hervatting (71% aan het einde van de opvolgperiode). Andere onderzochte behandelingen (waarvan

het aantal observaties niet te klein is) zijn: 1) een behandeling (chemotherapie en/of hormoontherapie en/of radiotherapie) in eerste instantie (neo-adjuvante behandeling) gevolgd door chirurgie, 2) een behandeling maar geen chirurgie. In dit laatste geval hebben we vaak te maken met patiënten in ziektestadia IV, wat de lage waarschijnlijkheid van hervatting verklaart (34% aan het einde van de opvolgperiode).

3.3. Duur van de arbeidsongeschiktheid

In dit onderdeel analyseren we de duur van de eerste periode van arbeidsongeschiktheid, die aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum. Ter herinnering: in de meeste gevallen is er slechts één periode van arbeidsongeschiktheid (langer dan de periode gedekt door gewaar-

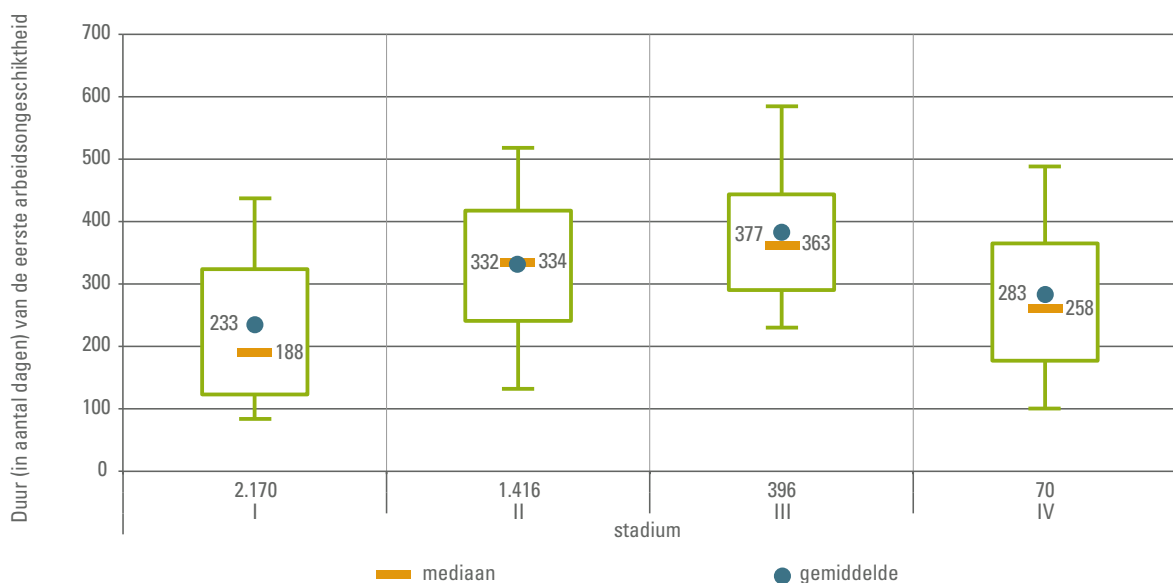
borgd loon) tijdens de opvolgperiode. We analyseren alleen de gevallen van arbeidsongeschiktheid die worden beëindigd door een gedeeltelijke of volledige hervatting. Bij een deeltijdse hervatting beschouwen we het begin van de deeltijdse hervatting als einddatum van de arbeidsongeschiktheid, zelfs voor vrouwen met een voltijdse hervatting als laatst gekende situatie. Een ander verschil met de vorige analyse is dat de duur van de arbeidsongeschiktheid nu wordt bekeken vanaf de begindatum van de arbeidsongeschiktheid in plaats van de incidentiedatum.

Tabel 4 en de boxplot van Figuur 12 tonen, per ziektestadium, de duur van de eerste arbeidsongeschiktheid voor vrouwen die het werk/de werkloosheid geheel of volledig hebben hervat. Voor stadium I is er qua gemiddelde en mediaan - duidelijk een kortere arbeidsongeschiktheid dan voor de andere stadia. 50% van de

Tabel 4: Weergave van de duur van de eerste arbeidsongeschiktheid (in dagen) voor gedeeltelijke en volledige hervattingen (betrouwbaarheidsinterval van 95% tussen haakjes) volgens het stadium van de kanker

	I	II	III	IV
P10	84,5 (78-91)	132 (133-145)	231 (219-252)	99 (22-133)
P25	123 (120-128)	241 (227-254)	290,5 (278-299)	177 (114-225)
Mediaan	188 (181-198)	334 (324-344)	362,5 (350-369)	258 (232-296)
P75	324 (312-335)	417,5 (408-430)	443,5 (425-479)	365 (298-456)
P90	438 (422-459)	519 (503-537)	585 (546-612)	489 (427-708)
Gemiddelde	233,4 (227,3-239,5)	332,2 (324,5-339,8)	377,2 (363,8-390,6)	282,8 (245,9-319,7)

Figuur 12: Weergave van de duur (in dagen) van de eerste arbeidsongeschiktheid voor vrouwen die het werk/de werkloosheid geheel of volledig hebben hervat



patiënten met stadium I waarvan de eerste arbeidsongeschiktheid is beëindigd door een gedeeltelijke of volledige hervatting, was ongeveer zes maanden (188 dagen) arbeidsongeschikt. Voor stadia IV ligt de mediaan rond de negen maanden, terwijl dit voor de andere stadia ongeveer een jaar is.

4. Bespreking en besluit

De voornaamste bevinding van dit onderzoek is dat **borstkanker**, voor de meeste vrouwen, **geen definitieve terugtrekking uit de arbeidsmarkt inhoudt**. Bijna 24% van de vrouwen wordt niet zomaar arbeidsongeschikt (na de periode van gewaarborgd loon) tijdens de twee maanden na de diagnose. Van de overige 76% van de vrouwen, die rond het moment van de vaststelling van de kanker arbeidsongeschiktheid werden, heeft 67% de arbeidsongeschiktheid deels of volledig beëindigd.

Bepaalde sociaal-economische factoren hebben een invloed op de aanvang en beëindiging van de arbeidsongeschiktheid. Zo is het voor zelfstandige vrouwen minder waarschijnlijk dat ze arbeidsongeschikt worden, maar wanneer dit wel het geval is, blijven ze ook langer arbeidsongeschikt. Leeftijd en beroepsstatuut hebben ook een invloed op de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid: hoe jonger - in geval van werknemers - hoe groter de kans op hervatting. Er moet echter ook rekening worden gehouden met medische factoren. Patiënten met stadium IV worden sneller arbeidsongeschikt dan patiënten met stadium I. Indien er tussen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum een hospitalisatie of chemotherapie is geweest, neemt de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid toe. Bij comorbiditeiten en chemotherapie ligt de kans op werkhervatting lager.

Het heropnemen van een beroepsactiviteit gaat uiteraard niet vanzelf. Het onderzoek naar de levenskwaliteit van vrouwen met borstkanker, dat CM in 2006 heeft uitgevoerd¹¹, toont aan dat de ziekte fysiek en psychologisch zwaar is. Het spreekt voor zich, ook al gaat het weer beter, dat de fysieke en mentale gevolgen van deze ervaring nog steeds aanwezig zijn en dat ze de terugkeer naar het werk bemoeilijken. Uit de kwalitatieve studie van de Koning Boudewijnstichting¹² blijkt dat een hervatting van het werk, ook al vindt deze plaats, niet altijd zo vlot verloopt. Vanuit dit perspectief is er kwalitatieve informatie over de beleving van de patiënten nodig om de over het algemeen positieve resultaten van dit onderzoek beter te kunnen interpreteren¹.

Wat we nog niet weten, is in welke mate de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid verloopt zoals de patiënte zelf wenst. Bij dit proces zijn immers vele varianten mogelijk, en zijn er meerdere personen die erin tussenkomen. Vrouwen met een contract van bepaalde duur lopen het risico dat dit tijdens hun arbeidsongeschiktheid gewoonweg niet wordt verlengd. Vrouwen met een contract van onbepaalde duur genieten een betere wettelijke bescherming. Men moet dus bekijken, op vraag van de patiënte en op vrijwillige basis, of het vroegere werk kan worden hervat en aan welke voorwaarden (aangepast werk, andere werkuren enz.). Dit kan onder begeleiding van de arbeidsgeneesheer worden voorbereid, bij voorkeur in overleg met de adviserend-arts en de behandelend arts. Er zijn echter struikelblokken: soms weigert de werkgever om aangepast werk te geven en beëindigt hij het arbeidscontract door overmacht. Ook niet alle werkhervattingen verlopen vlot: een slecht voorbereide hervatting, vooral wat collega's betreft, kan leiden tot een herval van arbeidsongeschiktheid.

Uiteraard is het de prioriteit van de behandelend arts om de kansen op overleving en een succesvolle behandeling zo groot als mogelijk te maken. Maar er moet ook rekening worden gehouden met het professionele leven van de patiënte. Dit moet worden besproken. Over het algemeen ziet de adviserend-arts of een medewerker van het pluridisciplinaire team van een ziekenfonds, dit soort patiënte zes tot acht maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Indien de behandeling dit toelaat, is het hun rol om een hervatting van het werk in brede zin voor te bereiden, om te zien welke stappen met welke betrokkenen (werkgever, arbeidsgeneesheer, opleidingscentra enz.) moeten worden genomen en op welk moment. Er zijn talrijke manieren om het werk te hervatten, gaande van aangepast werk of een gedeeltelijke hervatting tot een opleiding voor een ander beroep of een bijscholing. Bepaalde CM ziekenfondsen hebben hiervoor al een 'InWerkCoach' en we willen dit graag nog verder uitbreiden.

Tot slot willen we meer algemeen de nadruk leggen op de noodzaak van borstkankerscreening. Voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar is het aanbevolen om zich om de twee jaar te laten screenen. Een mammografie in het kader van programma's die door de Belgische Gemeenschappen worden georganiseerd (Vlaamse Gemeenschap: sinds 2001, Franse Gemeenschap of Federatie Wallonië-Brussel: sinds 2002), is gratis. Toch stellen we vast dat een te groot aantal vrouwen zich niet laat screenen: in 2016 heeft 22,6% van de vrouwen (die deel uitmaken van de doelgroep tussen 50 en 69 jaar) geen mammografie laten uitvoeren in een periode van zes jaar¹⁴. In dit opzicht is het zeker de taak van de ziekenfondsen om hun leden te herinneren aan het nut van preventie en het belang van screening.

11 Remacle A & Mertens R (2006).

12 Mairiaux P et al (2016).

13 Op de website van 'Pink Ribbon' vinden we vele getuigenissen: <https://www.pink-ribbon.be/>

14 Atlas van het InterMutualistisch Agentschap: <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

Bibliografie

Barnay T et al. 2018. *Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives*. Rapporten van IRDES nr. **568**.

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.html>

European Risk Observatory. 2018. *Rehabilitation and return to work after cancer*. European Agency for Safety and Health at Work.

<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-literature-review>.

Haesook T.K. 2007. Cumulative Incidence in competing risks data and competing risks regression analysis. *Clinical Cancer Research* **13**(2). doi: 10.1158/1078-0432.CCR-06-1210

<http://clincancerres.aacrjournals.org/content/13/2/559>

RIZIV. 2018a. *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides – période 2007-2016 – Régime général et régime des indépendants*.

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf

RIZIV. 2018b. *Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail. Analyse en verklarende factoren – 2011-2016*.

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_absenteisme_incapacite_primaire_analyse_2011_2016.pdf

Kiasuwa Mbengi R et al. 2016. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Systematic Reviews* 2016 **5**(35).

<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0210-z>

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018a. How do social security schemes and labor market policies support the return-to-work of cancer survivors? A review article. *Journal of Cancer Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.02.008>.

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018b. Assessing factors associated with long-term work disability after cancer in Belgium: a population based cohort study using competing risks analysis with a 7-year follow-up. *BMJ Open* 2018;**8**:e014094. doi:10.1136/bmjopen-2016-014094

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/2/e014094.full.pdf>

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018c. Utilisation de l'échantillon permanent (eps) pour l'étude du retour au travail après cancer. Défis et opportunités pour la recherche. *Revue Médicale de Bruxelles*. doi: 10.30637/2018.17-089.

<https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/1381>

KCE. 2015. *Synthèse: 10 ans de concertations oncologiques multidisciplinaires: bilan et perspectives*. KCE report **239**.

<https://kce.fgov.be/fr/10-ans-de-concertations-oncologiques-multidisciplinaires-bilan-et-perspectives>

Mairiaux P, Van Hood E & Schippers N. 2016. *Etude "Cancer du sein et emploi", rapport final*. Koning Boudewijnstichting.

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/202899/1/160420%20Cancer%20du%20sein%20et%20emploi_rapport%20final%20FRB-KBS.pdf

Remacle A & Mertens R. 2006. *Cancer du sein: variabilité des pratiques dans la prise en charge du cancer du sein. Qualité de vie, participation et autonomie: La voix des femmes...* Dossier thématique MC 7 (février 2006).

Rodriguez R. 2012. Cumulative Incidence.

<http://data.princeton.edu/pop509/cumulativeIncidence.pdf>

Verhulst et al. 2016. *Delay in diagnosis and initiation of breast cancer treatment in Belgium*. Abstract from ENCR Scientific Meeting and General Assembly, 5-7 october 2016, Bavano, Italy: Joining forces for better cancer registration in Europe; EUR 28095 EN; doi: 10.2787/99752

http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC102769/encr%202016%20conference%20book%20%28print%29%20%28secured%29_2.pdf

Wang L et al. 2018. Predictors of Unemployment After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta Analysis of Observational Studies. *Journal of Clinical Oncology* **36**(18): 1868-1879.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.3663>