

TNO-rapport
PG/VGZ/99.072

Kanker en Werk

Een dwarsdoorsnede onderzoek

TNO Preventie en Gezondheid

Volksgezondheid
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

Maart 2000

Auteur(s)

A.M.J. Chorus
H.S. Miedema
A.M. Kremer

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm of op welke andere
wijze dan ook, zonder voorafgaande
toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onder-
zoeksopdrachten aan TNO, dan wel
de betreffende terzake tussen de
partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het
TNO-rapport aan direct belang-
hebbenden is toegestaan.

© 1999 TNO

Auteur

A.M.J. Chorus

Projectnummer

011.40359

ISBN-nummer

90-6743-662-3

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 21,- (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ/99.072

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Maatschappelijke context van het onderzoek.....	5
1.2	Kanker en betaalde arbeid	6
1.3	Doel van het onderzoek.....	7
1.4	Indeling van het rapport.....	8
2	Methoden	9
2.1	Onderzoekspopulatie	9
2.1.1	Werving.....	9
2.1.2	Respons	10
2.2	De onderzoeksgegevens	10
2.3	Statistische analyses	11
3	Beschrijving van de onderzoekspopulatie.....	13
3.1	Achtergrondgegevens	13
3.2	Gezondheid.....	14
3.2.1	Ziekte en ziektegeschiedenis.....	14
3.2.2	Vermoeidheid.....	17
3.2.3	Kwaliteit van leven.....	17
4	Werken of stoppen met werken na de diagnose kanker.....	20
4.1	Gezondheid van werkenden en niet meer werkenden	20
4.2	De arbeidsloopbaan	21
4.2.1	De arbeidsduur	21
4.2.2	Kenmerken functie bij diagnose.....	21
4.2.3	Inhoudelijke aspecten.....	22
4.2.4	Werkaanpassingen.....	23
4.2.5	Werkervaringen.....	24
4.2.6	Arbeidsbegeleiding.....	25
5	Het werk van de werkenden.....	27
5.1.1	Inleiding	27
5.1.2	Meningen over de huidige baan	27
6	Herintrede	29
6.1	Ziekteverzuim.....	29
6.2	Herintrede op de arbeidsmarkt	29
7	Beschouwing.....	31
8	Referenties	33

Nawoord36

1 Inleiding

1.1 Maatschappelijke context van het onderzoek

Mensen met een chronische aandoening ondervinden veel problemen in het maatschappelijk functioneren als gevolg van hun aandoening. Zo ook in de arbeidssituatie. Uit een overzichtsstudie met betrekking tot de arbeidsmarktpositie van chronisch zieken in Nederland is gebleken dat mensen met een chronische aandoening een slechtere arbeidsmarktpositie hebben. Daarnaast is gebleken dat de arbeidsparticipatie in deze groep lager is dan het gemiddelde in de potentiële beroepsbevolking (Wevers et al., 1993,1995).

(Betaald) werk is een belangrijke factor in het welbevinden van mensen, ondanks het feit dat er sterk tweeslaching over werk gedacht wordt (Warr, 1987). Werk kan een belangrijke rol spelen als zingeving van het bestaan en als bron voor sociale contacten en steun buiten de directe familiekring. Bij een aantal chronische aandoeningen, waaronder kanker, is gebleken, dat werk en werkhervatting ook belangrijke aspecten zijn van de kwaliteit van leven (Ketelaer, 1993; Bloom et al., 1988; Lanham et al., 1988; Barofsky et al., 1989). Niet alleen bij chronisch zieken, maar ook in het algemeen blijkt werkhervatting na werkloosheid een positieve invloed te hebben op depressieve, angstige en fysieke klachten; de sociale steun, gevoel voor eigenwaarde en zingeving bleken te verbeteren (Kessler et al., 1988; Van Elderen, 1995). Wel blijkt ook uit het onderzoek van van Elderen (1995) een ambivalente houding ten opzichte van werk, omdat het voor mensen met een chronische aandoening ook een extra zware belasting kan betekenen, die gezondheidsbedreigend kan uitpakken.

In Nederland vond Verkleij (1988) dat, ongeacht eventuele aandoeningen, langdurige werkloosheid samengaat met een slechtere gezondheid en een hogere medische consumptie; werkhervatting heeft wat dit betreft een gunstig effect.

In een inventarisatie van een onderzoek naar de kwaliteit van leven van chronisch zieken onderscheiden Van den Bos en Vinkesteyn (1991) een drietal groepen gevolgen: fysieke beperkingen, psychische gevolgen en sociale gevolgen. De gevolgen van de aandoening voor het werk (één der sociale gevolgen) blijven sterk onderbelicht. In onderzoek naar kwaliteit van leven is wel veel aandacht besteed aan sociale netwerken en sociale steun; goed functioneren van beide zou bijdragen aan een goede gezondheid (Knipscheer & Antonucci, 1990). Aspecten van arbeid kwamen bij deze onderzoeken niet aan bod.

In het algemeen is het duidelijk dat de arbeidsmarktpositie van mensen met een chronische aandoening ongunstig is. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt doen bovendien vrezen dat deze in de nabij toekomst verder zal verslechteren (NCCZ,1995; Wevers, 1995). Verder lijken de ontwikkelingen rond de arbeidsongeschiktheid en de loondoorbetalingsplicht van werkgevers bij ziekte (privatisering van de ziektewet/Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ)) ongunstig uit te pakken voor de positie van werknemers met een chronische aandoening.

ning (Andriessen et al., 1995; Veerman & Ter Huurne, 1996; Andriessen et al., 1997). Bovendien zijn de ontwikkelingen in de wetgeving rond de Ziektewet en WAO bedreigend voor de positie van werknemers met een chronische aandoening.

In het kader van de wet Terugdringing op de Arbeidsongeschiktheid (wet TBA) moesten alle WAO-uitkeringsgerechtigden die op 1 augustus 1993 jonger waren dan 50 jaar, herkeurd worden. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt uitgegaan van gangbare arbeid die men zou kunnen verrichten, ongeacht of deze arbeid nog wel beschikbaar is. In 1994 werd de leeftijdsgroep tot 35 jaar herkeurd en in meer dan de helft van de gevallen werd de uitkering verlaagd of beëindigd.

Sinds 1 maart 1996 zijn werkgevers volgens de WULBZ verplicht hun werknemers de eerste 52 weken van de ziekte 70% van het salaris door te betalen. Dit geldt niet voor zwangere vrouwen en uitzendkrachten. Een gevolg van de WULBZ is het risico van een toenemende selectie van op gezondheid door werkgevers bij het aannemen van personeel (Van Elderen et al., 1996; Fleuren-Walsen, 1996). Een oriënterend onderzoek onder bedrijfsartsen bevestigt het beeld dat werkgevers meer dan voor de periode van WULBZ selecteren op gezondheid (Willems et al. 1996). De artsen signaleren dit effect vooral bij het midden- en kleinbedrijf en in mindere mate bij grote bedrijven. Voor grote bedrijven die het eigen risico in het eerste Ziektewet-jaar reeds droegen, is er na de invoering van de WULBZ niet zoveel veranderd.

Ook de strenge scheiding tussen de curatieve en de verzekeringsgeneeskunde is een belemmerende factor voor het aan het werk blijven van mensen met een chronische ziekte die arbeidsongeschikt dreigen te raken. Deze scheiding versnipperd de begeleiding bij reïntegratie en belemmert de arbeidsrevalidatie (AA, 1991; Prins, 1992; Soeters, 1983; Van Amstel & Buijs, 1997).

1.2 Kanker en betaalde arbeid

Kanker omvat een groep van ziekten, die met elkaar gemeen hebben dat zij meestal ernstige gevolgen hebben voor de levensverwachting en de kwaliteit van leven. Kanker gaat vaak gepaard met lichamelijke beperkingen en psychosociale klachten als gevolg van de onzekerheid over de prognose van de ziekte. De laatste drie decennia zijn de behandelingsmogelijkheden van een groot aantal vormen van kanker aanzienlijk verbeterd. Voor sommige tumoren is deze vooruitgang dermate groot dat nu groepen patiënten genezen kunnen worden, waarvoor eerst geen effectieve behandeling voor handen was. Hierdoor is de prevalentie van kanker toegenomen. Bij een groot aantal mensen openbaart de ziekte zich op middelbare leeftijd en oudere leeftijd. In de Nederlandse volwassen bevolking komen jaarlijks naar schatting 143.000 mensen met kanker voor, waarvan 70.000 mensen in de arbeidzame leeftijd (20-64 jaar). De verhouding tussen mannen en vrouwen in deze leeftijdscategorie is 1:1,7 (RIVM, 1997).

Door verbeteringen in de overleving van mensen met kanker, is werk en werkhervatting een steeds belangrijker aandachtspunt geworden, zowel voor de kwaliteit van leven van de kankerpatiënt als vanuit maatschappelijk oogpunt. Het veelal chronische karakter van kanker tijdens en na het behandelproces heeft vaak gevolgen voor het arbeidsproces van de kankerpatiënt. Deze

gevolgen kunnen variëren van tijdelijk verzuim ten gevolge van de ziekte of behandeling tot blijvende arbeidsongeschiktheid.

Volgens recente schattingen van indirecte kosten als gevolg van de diagnose kanker bedragen de kosten door werkgebonden ziekteverzuim 31 miljoen gulden, kosten door arbeidsongeschiktheid 28 miljoen gulden en werkgebonden kosten binnen de gezondheidszorg 33 miljoen gulden. Deze patiëntengroep neemt 0,7% van de totale indirecte kosten als gevolg van productiviteitsverlies voor hun rekening (Koningsveld & Mossink, 1997). Hoewel de medische kosten (1 miljard gulden) veroorzaakt door deze patiëntengroep de indirecte kosten vele malen overstijgen, vragen de maatschappelijke consequenties van het hebben (gehad) van kanker in toenemende mate aandacht mede door de veranderende houding en wetgeving in Nederland op het gebied van sociale zekerheid.

Over problemen die kankerpatiënten ondervinden in het werk en bij werkhervatting is slechts weinig bekend. Uit enkele buitenlandse onderzoeken blijkt dat het percentage mensen met kanker dat in het werk terugkeert varieert van 61 tot 90% (Berry & Catanzo, 1992; Weis et al., 1994). Uit een Nederlands onderzoek van Van der Wouden et al. (1992) bleek dat 44% van de mensen die een betaalde baan hadden op tijdstip van de diagnose 5 jaar later gestopt waren met werken. De helft daarvan deed 5 jaar later het huishouden, 33% was gepensioneerd en 5% was werkloos. Van degenen die gestopt waren met werken en het huishouden deden, gaf eenderde aan dat zij dachten nog te werken als ze geen kanker hadden gehad. Van degenen die gepensioneerd waren gaf 11% aan dat zij nog aan het werk zouden zijn als ze geen kanker hadden gehad. Bijna een kwart van de kankerpatiënten werkte parttime. Uit kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij een groep van 13 kankerpatiënten bleek dat niet alleen ziektegerelateerde factoren (vermoeidheid, pijn en slapeloosheid) bepalend zijn voor het stoppen met werken na de diagnose, maar dat ook sociale, economische en werkgebonden factoren invloed blijken uit te oefenen. Na terugkeer kunnen langere termijn gevolgen van de ziekte en de opvang op het werk van invloed zijn op het succes van de reïntegratie (Spelten & Unk, 1997). Uit onderzoek van Nijboer et al. (1993) is gebleken dat de aandacht van de bedrijfsarts een positieve invloed hierop kan hebben.

In Nederland is dus nauwelijks empirisch onderzoek verricht naar problemen die mensen met de diagnose kanker ondervinden in het werk en bij werkhervatting. Vandaar dat TNO Arbeid en TNO Preventie en Gezondheid met steun van het Koningin Wilhelmina Fonds een onderzoek zijn gestart om inzicht te verschaffen in de relatie tussen kanker en werk. Het onderzoek bestaat uit een prospectief deel en een dwarsdoorsnedeonderzoek. In dit rapport worden enkel de resultaten gepresenteerd van het dwarsdoorsnedeonderzoek.

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzicht te bieden in de arbeidservaringen en –problemen die mensen met de diagnose kanker ondervinden en de belangrijkste factoren die daarop van invloed zijn. In praktische zin zal dit onderzoek dienen bij te dragen aan een verbetering van de arbeidsmogelijkheden van deze mensen en een meer effectieve begeleiding van betrokken instanties, de

uitvoeringsinstellingen van de sociale zekerheid en arbodiensten, gericht op het behoud van arbeid en het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Bovendien kan dit inzicht leiden tot een betere beeldvorming over en acceptatie bij werkgevers van werknemers met kanker.

Op basis van de doelstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe is de onderzoekspopulatie van mensen met de diagnose kanker samengesteld wat betreft kenmerken die van belang zijn voor werk, zoals leeftijd, geslacht en opleiding?
2. Wat is de gezondheidstoestand van werkenden en niet-werkenden met de diagnose kanker?
3. Wat zijn sociodemografische kenmerken, aard van de werkomstandigheden en werkervaringen van de huidige dan wel laatste functie van werkenden en niet-werkenden?
4. Om welke reden(en) is men gestopt met werken?
5. Wat zijn de meningen van werkenden over de huidig uitgeoefende functie?

1.4 Indeling van het rapport

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe de onderzoekspopulatie geworven is en hoe de informatie is verzameld. In hoofdstuk 3 is een beschrijving gegeven van de totale populatie. In hoofdstuk 4 is een vergelijking gemaakt van de gezondheidstoestand, werkomstandigheden van werkenden en niet-werkenden met de diagnose kanker. In hoofdstuk 5 is een overzicht gegeven van de mening van werkenden over hun huidige werkkring. In hoofdstuk 6, is een beschrijving weergegeven van de groep die verzuimt en van de mensen die niet meer werken en graag weer zouden willen werken. In hoofdstuk 7, het slothoofdstuk is een beschouwing van de resultaten opgenomen.

2 Methoden

2.1 Onderzoekspopulatie

2.1.1 Werving

Zoals reeds in hoofdstuk 1 is vermeld, omvat kanker een groot aantal verschillende ziekten. Hetgeen ook tot gevolg heeft dat de zorg van deze groep van patiënten versnipperd aanwezig is over verschillende specialismen, en dat er wellicht zoveel patiëntenorganisaties bestaan als dat er typen kanker voorkomen. Om medewerking te verkrijgen voor het onderzoek van alle specialismen en van de afzonderlijke patiëntenorganisaties zou zeer tijdrovend zijn. Daarom is voor de werving van deelnemers aan het onderzoek ervoor gekozen om het vangnet van potentiële kandidaten zo groot mogelijk te maken door middel van voorlichtingsmateriaal zonder mensen rechtstreeks aan te schrijven. Met het voorlichtingsmateriaal werd informatie verstrekt over het doel van het onderzoek en werd een oproep gedaan aan kankerpatiënten die ten tijde van de diagnose een betaalde baan verrichtten. Dit voorlichtingsmateriaal werd verspreid via de volgende kanalen.

1. Wachtkamers van poliklinieken. Om het onderzoek onder de aandacht te brengen van potentiële kandidaten die een polikliniek bezoeken zijn hier posters opgehangen en informatiefolders met antwoordkaarten gericht aan TNO Preventie en Gezondheid neergelegd. Hieraan hebben de volgende ziekenhuizen meegewerkt: het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam (contactpersoon: Dhr. R.K. Pet); Daniël den Hoed Kliniek Rotterdam (contactpersoon: Mw. A. van Duinen); Academisch Ziekenhuis Leiden, polikliniek Oncologie – Interne Geneeskunde en Stafcentrum Heelkunde (contactpersoon: Mw. M.A. Nooij, internist en Mw. M. Kramer); Academisch Ziekenhuis Groningen, polikliniek Chirurgie (contactpersoon: Mw. H.L. Binnendijk-Boonstra).
2. De Vereniging van Kankerpatiënten (contactpersoon: Mw. A. Postma, secretaris). Deze vereniging heeft informatie over het onderzoek opgenomen in het verenigingsblad en tevens een oproep gedaan voor deelname aan het onderzoek. Indien mensen wilden deelnemen aan het onderzoek, konden zij dit middels een antwoordkaart rechtstreeks melden aan TNO Preventie en Gezondheid.
3. TNO. TNO heeft ook informatie opgenomen over het onderzoek, inclusief een oproep tot deelname in het blad Toegepaste Wetenschap. Ook hier konden geïnteresseerden zich middels een antwoordkaart rechtstreeks melden bij TNO Preventie en Gezondheid.
4. Landelijke dagbladen. In een eenmalige drie-in-een advertentie, een gezamenlijke initiatief van de Volkskrant, Trouw en het Parool, werd ook informatie over het onderzoek verspreid en een oproep voor deelname geplaatst. Geïnteresseerden werden gevraagd rechtstreeks contact (telefonisch of via de fax) op te nemen met TNO Preventie en Gezondheid.

Indien mensen zich aanmeldden via de antwoordkaart, dan werd verzocht om naast de gevraagde persoons- en adresgegevens ook aan te geven wat de huidige arbeidssituatie was (nu een betaalde baan; nu geen betaalde baan). Indien mensen reageerden op de drie-in-een advertentie werd telefonisch nagegaan wat de huidige arbeidssituatie was. Dit hing samen met het type vragenlijst dat men toegezonden kreeg (zie paragraaf 2.2).

2.1.2 Respons

In totaal hebben 325 kankerpatiënten zich aangemeld voor het onderzoek en hebben 309 mensen een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Zestien mensen lieten weten af te zien van verdere deelname, veelal vanwege progressie van de ziekte.

Uit de vorige paragraaf blijkt dat de onderzoekspopulatie op zeer heterogene wijze tot stand is gekomen. De onderzoekspopulatie is dan ook niet representatief te noemen voor alle mensen met kanker in Nederland. Mogelijk zullen de gevonden resultaten meer extreem zijn dan wanneer een representatieve steekproef van mensen met kanker was onderzocht. Dit kan veroorzaakt zijn doordat het onderzoek is geïntroduceerd als onderzoek naar de gevolgen van het hebben (gehad) van kanker in de werksituatie. Uit andere onderzoeken is bekend dat mensen met negatieve ervaringen eerder geneigd zijn deel te nemen dan mensen met positieve ervaringen. Aan de andere kant kunnen de resultaten ook minder extreem zijn, omdat er een selectie van relatief 'gezondere' (ex-)kankerpatiënten en van kankervormen met een goede overlevingskans is opgetreden. Kankerpatiënten die ernstig ziek zijn, zullen in eerste instantie niet aan het werk denken, en dus ook niet deelnemen aan onderhavig onderzoek.

Helaas was het niet haalbaar om een aselechte steekproef te trekken uit groep van kankerpatiënten en non-respons analyses te verrichten. Het onderhavige onderzoek is dan ook bedoeld om een beeld te schetsen van de gevolgen van het hebben (gehad) van kanker voor het werk en problemen die deze mensen in hun werk kunnen ondervinden.

2.2 De onderzoeksgegevens

De onderzoeksgegevens zijn verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst is een aanpassing en uitbreiding van de vragenlijst 'Arbeidshandicap', die in 1996 ontwikkeld werd door de divisie Arbeid en Gezondheid van TNO Preventie en Gezondheid, tegenwoordig TNO Arbeid (Wevers et al. 1993), en die wordt toegepast bij mensen met chronische ziekten. De vragenlijst is opgebouwd uit een aantal gestandaardiseerde meetinstrumenten, welke onderverdeeld kunnen worden in persoonskenmerken, arbeidskenmerken en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Overzicht van onderdelen uit vragenlijst

Onderwerpen	Data over
Persoonsgegevens	leeftijd
	geslacht

Onderwerpen	Data over
	nationaliteit opleidingsniveau inkomensvorm woonvorm
Arbeid	arbeidsverleden en ervaringen beroep taakeisen meningen over het werk meningen over mogelijkheden van werkhervatting bij verzuim
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	ziekte en ziektegeschiedenis comorbiditeit ervaren gezondheid (RAND-36) vermoeidheid (Multidimensionele Vermoeidheids Index) sociale steun zelfverwezenlijking algehele kwaliteit van leven

Er zijn twee varianten van de vragenlijst gehanteerd. Variant 1 is bedoeld voor mensen die op het moment van deelname aan het onderzoek een betaalde baan hebben en deze bevat de meest uitgebreide set vragen over werk. Variant 2 is bestemd voor mensen die nu niet meer werken, maar wel gewerkt hebben bij diagnose. In deze variant zijn vragen over persoonlijke beleving van werkomstandigheden weggelaten en alleen objectieve vragen over werk gehandhaafd.

2.3 Statistische analyses

Voor het testen van univariate verschillen is een chikwadraat toets of een T-test toegepast, waarbij het verschil significant geacht werd als de kans dat het verschil op toeval berust kleiner is dan 5% ($p=0,05$). Voor het bestuderen van verbanden tussen verschillende factoren is een multivariate logistische regressie-analyse toegepast, waarbij steeds gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht en opleiding. Indien er nog voor andere factoren gecorrigeerd is, wordt dat apart vermeld. In een aantal tabellen worden Odds Ratio's (OR) met bijbehorende 95% betrouwbaarheidsintervallen gepresenteerd. Een OR kan gezien worden als de kans dat een bepaalde factor voorkomt in de ene groep (werkenden) gedeeld door de kans dat een bepaalde factor voorkomt in een andere groep (niet-werkenden). Stel dat een OR gevonden wordt die groter is dan 1,0, dan komt een bepaalde factor vaker in de werkende groep in vergelijking met de niet-werkenden. Omgekeerd geeft een OR kleiner dan 1,0 aan, dat een factor minder vaak voorkomt bij werkenden in vergelijking met niet-werkenden. Het betrouwbaarheidsinterval behorende bij een OR geeft weer hoe nauwkeurig de schatting van de OR is (hoe nauwer het interval, hoe nauwkeuriger de schatting).

en of een OR statistische significant is (als de waarde 1,0 deel uitmaakt van het betrouwbaarheidsinterval, dan is de OR **niet** statistisch significant)

3 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

3.1 Achtergrondgegevens

In de totale onderzoekspopulatie komen meer vrouwen (66,6%) voor dan mannen. De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie bedraagt 46 jaar, met een minimum leeftijd van 20 jaar en een maximale leeftijd van 62 jaar. Van de respondenten heeft 37,1% een hogere beroepsopleiding dan wel een universitaire opleiding voltooid. De leeftijd en geslachtsverdeling is afwijkend van de verdeling in de algemene Nederlands bevolking in de arbeidzame leeftijd. In de onderzoekspopulatie zijn relatief meer vrouwen aanwezig en relatief meer ouderen, hetgeen te verklaren valt uit het feit dat kanker veelal op latere leeftijd optreedt. Daarnaast is deze populatie gemiddeld hoger opgeleid dan de algemene bevolking (respectievelijk 37,1% en 25,6%). In totaal heeft 97,1% van de populatie de Nederlandse nationaliteit. Ongeveer driekwart woont samen met een partner, met of zonder kinderen, en bijna 20% van de populatie woont alleen.

Inkomenssituatie

Ten tijde van het onderzoek heeft 16,7% van de onderzoekspopulatie geen betaald werk meer. Hiervan geeft bijna 70% aan dat dit het gevolg was van de ziekte kanker. In tabel 3.1 is de inkomenssituatie weergegeven van de onderzoekspopulatie.

Tabel 3.1 Inkomenssituatie van mensen met kanker

	Totale populatie (n=309)	Werkende populatie (n=257)	Niet-werkende populatie (n=52)
Samenstelling inkomen			
eigen inkomen	60,2%	70,4%	9,6%
inkomen + uitkering ¹	29,1%	26,1%	44,2%
alleen uitkering ¹	6,5%	1,9%	28,8%
geen uitkering/eigen inkomen	4,2%	1,6%	17,4%
Arbeidsongeschiktheidsuitkering			
volledig	12,6%	5,8%	46,2%
gedeeltelijk	19,4%	20,6%	13,5%
Medisch herkeurd na 1-1-1994, waarvan:			
uitkering werd gestopt	16,0%	22,2%	8,7%
hoogte uitkering verlaagd	16,0%	22,2%	8,7%
hoogte uitkering gelijk	62,0%	51,9%	73,9%
hoogte uitkering verlaagd	6,0%	3,7%	8,7%

¹ inclusief werkloosheidsuitkering, arbeidsongeschiktheidsuitkering, bijstandsuitkering

Bijna 90% van de deelnemers heeft een eigen inkomen, en hiervan ontvangt éénderde naast het inkomen ook nog een uitkering (29,1% van de totale populatie). Het merendeel van de respon-

denten (69,3%) gaf aan goed te kunnen rondkomen van het huishoudinkomen, 24,9% gaf aan redelijk te kunnen rondkomen en 5,8% kon nauwelijks rondkomen.

Ten tijde van het onderzoek ontvangt 32,0% van de populatie een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO, AAW, of uitkering van Apb), mannen (35,9%) ongeveer even vaak als vrouwen (35,0%). Bij zowel de werkenden als de niet-werkenden gaf 85,0% aan dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering was toegekend vanwege de ziekte kanker. Van de totale onderzoekspopulatie gaf 3,6% aan een werkloosheidsuitkering te ontvangen en 0,6% een bijstandsuitkering.

In totaal geven 50 personen aan dat zij in verband met een arbeidsongeschiktheidsuitkering na 1 januari 1994 medisch herkeurd zijn. Bij 32,0% van de herkeurden werd de uitkering stopgezet dan wel de hoogte van het uitgekeerde bedrag verlaagd. Standaard worden mensen met een WAO-uitkering één jaar na intrede in de WAO herkeurd. Als gevolg van de wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (wet TBA) die per 1 augustus 1993 van kracht is geworden, werden daarnaast alle AAW/WAO-ers die op 1 augustus 1993 jonger waren dan 50 jaar opgeroepen om zich opnieuw te laten keuren.

Sociale activiteiten buitenshuis, los van betaald werk

Van de onderzoekspopulatie gaf 25,2% aan vrijwilligerswerk te verrichten. Het gemiddeld aantal uren per week dat aan vrijwilligerswerk besteed wordt, is 4,7 uren, variërend van 1 tot 20 uren per week. Daarnaast gaf ruim 80% van de onderzoekspopulatie aan wel een gezelligheidsactiviteiten buitenshuis te ondernemen, zoals op bezoek gaan, naar de bioscoop gaan of een dagje uitgaan. Gemiddeld gaf de onderzoekspopulatie aan 6,8 uren per week aan gezelligheidsactiviteiten te besteden, variërend van 1 tot 55 uren per week.

3.2 Gezondheid

3.2.1 Ziekte en ziektegeschiedenis

De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose kanker gesteld werd, is 41,6 jaar. De laagste leeftijd waarop kanker werd vastgesteld in de onderzoekspopulatie was 19 jaar en de hoogste leeftijd was 59,0 jaar. De gemiddelde overlevingsduur is 4,5 jaar, variërend van 0 tot 33 jaar. In tabel 3.2 is een overzicht weergegeven van de vormen van kanker die werden gerapporteerd.

Tabel 3.2 Overzicht van vormen van kanker in de onderzoekspopulatie

Totale onderzoekspopulatie (n=309)	
Leukemie	8,4%
Keel-,neus-,oorkanker	3,9%
Baarmoederhalskanker	1,9%
Baarmoederkanker	1,6%
Botkanker	1,3%

Blaaskanker	1,3%
Borstkanker	42,4%
Darmkanker	5,2%
Eierstokkanker	1,0%
Nierkanker	0,6%
Hersentumor	1,6%
Lymfklierkanker	13,6%
Longkanker	1,9%
Huidkanker	2,9%
Oogkanker	0,6%
Prostaatcancer	0,6%
Schildklierkanker	1,3%
Zaadbalkanker	3,9%
Overig/(nog) niet bekend	5,8%

De meest voorkomende vormen van kanker zijn borstkanker, lymfklierkanker en leukemie. In 76,5% van de gevallen was de ziekte niet meer aantoonbaar, in 9,3% was de kanker wel aantoonbaar, maar gaf de respondent aan geen klachten te ondervinden. In de overige 14,2% van de gevallen was de kanker aantoonbaar en had de persoon ook klachten.

Behandeling

Van de onderzoekspopulatie gaf 98,0% aan een behandeling te hebben gehad in verband met kanker, en 46,6% gaf aan het jaar voorafgaand aan het onderhavige onderzoek nog behandeld te zijn. In tabel 3.3 is aangegeven welke behandeling(en) men ooit gehad heeft en welke behandeling(en) men in het afgelopen jaar heeft gehad.

Tabel 3.3 Type behandelingen (ooit en in het afgelopen jaar)

	Totale onderzoekspopulatie (n=309)
Ooit behandeld i.v.m. kanker	98,0%
chemotherapie	71,6%
radiotherapie	78,9%
operatie	92,1%
overig	61,0%
Afgelopen jaar behandeld i.v.m. kanker	46,6%
chemotherapie	25,8%
radiotherapie	19,9%
operatie	27,6%
overig	22,1%

Meer dan 50% van de populatie die in het afgelopen jaar nog behandeld is voor de ziekte, onderging de laatste behandeling minder dan twee maanden voorafgaand aan dit vragenlijstonderzoek en nagenoeg alle personen waren nog onder controle van een medisch specialist.

Comorbiditeit

Om na te gaan hoe vaak andere langdurige aandoeningen voorkomen bij kankerpatiënten is de lijst van 24 langdurige aandoeningen (anders dan kanker) opgenomen. Deze lijst wordt jaarlijks ook afgenomen door het CBS in het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) (CBS, 1999). Referentiegegevens van de POLS-enquête zijn hier gepresenteerd om te bestuderen of bij mensen met kanker meer langdurige aandoeningen voorkomen dan in de algemene Nederlandse bevolking (tabel 3.5).

Tabel 3.5 *Het voorkomen van langdurige aandoeningen bij mensen kanker vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking*

	Totale onderzoekspopulatie (n=309)	Algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd 18-64 jaar
Astma, chronische bronchitis, CARA	7,4%	7,0%
Ontsteking van neusbijholte, voorhoofdsholte, kaakholte	5,2%	10,3%
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	1,3%	1,3%
Hoge bloeddruk	7,4%	6,7%
(gevolgen van) een beroerte	0,3%	0,4%
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm	2,3%	1,2%
Ernstige darmstoomissen, langer dan 3 maanden	2,3%	1,7%
Galstenen of galblaasontsteking	1,0%	0,6%
Leverziekte of levercirrhose	-	0,4%
Nierstenen	0,3%	0,7%
Ernstige nierziekte	0,3%	0,2%
Chronische blaasontsteking	1,6%	1,1%
Verzakking	0,6%	2,1%
Suikerziekte	2,3%	1,6%
Schildklierafwijking	2,9%	1,3%
Rugaandoeningen van hardnekkige aard, langer dan 3 maanden, of hernia	7,4%	9,5%
Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen	7,8%	6,0%
Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen en voeten	2,3%	2,3%
Andere chronische reuma, langer dan 3 maanden	0,3%	1,1%
Epilepsie	1,0%	0,5%
Duizeligheid met vallen	0,6%	0,5%
Migraine	6,1%	8,1%
Ernstige huidziekte	1,9%	1,3%

Voor wat betreft het voorkomen van langdurige aandoeningen anders dan kanker, zijn er geen relevante verschillen gevonden tussen de onderzoekspopulatie en de algemene bevolking. Op

basis hiervan kan geconcludeerd worden dat bij deze populatie mensen met kanker niet meer comorbiditeit aanwezig is dan bij de gemiddelde Nederlander in de arbeidzame leeftijd.

3.2.2 Vermoeidheid

Een veel genoemde klacht door mensen met een chronische ziekte is vermoeidheid. Met behulp van de Multidimensionele Vermoeidheidsindex (MVI) is de ervaren vermoeidheid in de onderzoekspopulatie gemeten (Smets et al., 1995). De MVI is onderverdeeld in 5 dimensies: algemene vermoeidheid, lichamelijke vermoeidheid, gereduceerde activiteit, gereduceerde motivatie en mentale vermoeidheid. De scores voor de afzonderlijke dimensies kunnen variëren van 4 tot 20, een hogere score duidt op meer ervaren vermoeidheid. In tabel 3.6 zijn de gemiddelde scores op de verschillende dimensies weergegeven voor de totale onderzoekspopulatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte.

Tabel 3.6 *Ervaren vermoeidheid van de totale populatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte*

Dimensies MVI	Totale populatie (n=309)	Ernst van de ziekte		
		kanker niet meer aantoonbaar en geen klachten (n=236)	kanker wel aantoon- baar , maar geen klachten (n=29)	kanker wel aantoon- baar en klachten (n=44)
algemeen	12,1	11,6	11,4	16,1
lichamelijk	11,1	10,4	11,5	15,0
gereduceerde activiteit	10,5	9,8	10,7	13,8
gereduceerde motivatie	9,0	8,8	8,7	10,0
mentaal	10,6	10,2	10,7	12,2

Er is weinig verschil in ervaren vermoeidheid tussen degenen bij wie de kanker niet meer aantoonbaar is en geen klachten ondervinden en degenen bij wie de kanker nog wel aantoonbaar is, maar hiervan ook geen klachten ondervinden. Daarentegen scoort de groep mensen bij wie de kanker aantoonbaar is en hiervan ook klachten ondervinden beduidend hoger op alle vermoeidheidsdimensies dan de andere groepen. Hieruit valt te concluderen dat het ondervinden van klachten, ongeacht het feit of de ziekte aantoonbaar is of niet, is geassocieerd met meer ervaren vermoeidheid.

3.2.3 Kwaliteit van leven

Ziektespecifieke kwaliteit van leven

Op basis van de twee dimensies: fysieke stoornissen en psychologische stoornissen van de Rotterdamse Symptomen Checklist is de ziektespecifieke kwaliteit van leven gemeten. De fysieke beperkingen schaal bestaat uit 23 items. De psychologische beperkingen schaal bestaat uit 7

items. Beide schalen omvatten zowel algemene symptomen als kankerspecifieke symptomen (De Haes et al. 1996). Per dimensie wordt een score berekend die varieert van 0-100. Een hogere score duidt op een minder gunstig beeld ten aanzien van de kwaliteit van leven.

In tabel 3.7 zijn de gemiddelde scores weergegeven op de verschillende dimensies voor de totale populatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte.

Tabel 3.7 *Ziektespecifieke kwaliteit van leven van de totale populatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte*

Dimensies RSCL	Totale populatie (n=309)	Ernst van de ziekte		
		kanker niet meer aantoonbaar en geen klachten (n=236)	kanker wel aantoon- baar, maar geen klachten (n=29)	kanker wel aantoon- baar en klachten (n=44)
Fysieke beperkingen	11,3	9,9	10,9	18,7
Psychologische beperkingen	11,2	10,5	7,7	16,3

Zowel voor de dimensie fysieke beperkingen als voor de dimensie psychologische beperkingen schetst de groep mensen bij kanker aantoonbaar is en die daarvan klachten ondervinden het minst gunstigste beeld. Opvallend is dat mensen bij wie kanker niet meer aantoonbaar is en daarvan ook geen klachten ondervinden vaker psychologische beperkingen hebben dan mensen bij wie de kanker wel aantoonbaar is, maar daarvan geen klachten ondervinden.

Generieke gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

Hoe de onderzoekspopulatie de algemene gezondheid ervaren is nagevraagd met de Nederlands versie van de RAND-36 vragenlijst, waarin 9 dimensies worden onderscheiden (Van der Zee & Sandermann, 1993). Deze negen dimensies zijn: fysiek functioneren, beperking in het maatschappelijk functioneren als gevolg van fysieke beperkingen, sociaal functioneren, beperking in het maatschappelijk functioneren als gevolg van emotionele beperking, mentale gezondheid, vitaliteit, afwezigheid van pijn, algemene gezondheid en verandering in de gezondheidstoestand vergeleken met een jaar eerder. Per dimensie wordt een score berekend die kan variëren van 0 tot en met 100. Een lagere score duidt op een minder gunstig beeld. In tabel 3.8 zijn de gemiddelde scores op de verschillende dimensies weergegeven voor de totale populatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte.

Tabel 3.8 *Ervaren gezondheid van de totale populatie, en uitgesplitst naar ernst van de ziekte*

Dimensies RAND-36	Totale populatie (n=309)	Ernst van de ziekte		
		kanker niet meer aantoonbaar en geen klachten (n=236)	kanker wel aantoon- baar, maar geen klachten (n=29)	kanker wel aantoon- baar en klachten (n=44)
fysiek functioneren	76,9	80,1	80,7	57,8
rolbeperking a.g.v. fysiek	52,4	60,4	42,9	16,7

functioneren				
sociaal functioneren	71,2	74,6	69,2	54,1
rolbeperking a.g.v. emotioneel functioneren	66,3	68,6	61,9	59,9
mentale gezondheid	71,8	71,9	75,1	69,2
vitaliteit	56,8	58,5	61,4	44,7
pijn	79,4	81,6	88,7	61,4
algemene gezondheid	49,3	51,5	46,0	39,9
gezondheidsverandering	42,5	46,8	35,0	24,2

De drie groepen, uitgesplitst naar ernst van de ziekte, verschillen van elkaar op de dimensies: rolbeperking als gevolg van fysiek functioneren, sociaal functioneren, en in mindere mate op de dimensies rolbeperking als gevolg van emotioneel functioneren, algemene gezondheid en gezondheidsverandering. Hierbij schetst de groep mensen bij wie de kanker aantoonbaar is en die daarvan klachten ondervinden het minst gunstigste beeld. Daarnaast zijn de groepen mensen bij wie de kanker niet aantoonbaar is en geen klachten ondervinden en de mensen bij wie kanker wel aantoonbaar is, maar ook geen klachten ondervinden vergelijkbaar op de dimensies fysiek functioneren en mentale gezondheid, terwijl de groep mensen bij wie de kanker aantoonbaar is en daarvan ook klachten ondervinden een minder gunstig afwijkend beeld schetst op deze dimensies. Opvallend is dat de groep mensen bij wie de kanker aantoonbaar is en geen klachten ondervinden minder pijn ervaren dan mensen bij wie de kanker niet meer aantoonbaar is en ook geen klachten hebben.

4 Werken of stoppen met werken na de diagnose kanker

4.1 Gezondheid van werkenden en niet meer werkenden

Naast algemene kenmerken als leeftijd, geslacht en opleiding kan een verminderde gezondheid van werkenden als gevolg van kanker een reden zijn om te stoppen met werken. Dit onderzoek heeft echter de beperking dat de gezondheid van de niet meer werkenden nu anders kan zijn dan de (ervaren) gezondheid op het moment van stoppen met werken. Ook de ernst van de ziekte kan nu anders zijn, zowel in positieve als negatieve zin. In tabel 4.1 zijn enkele (ziekte)kenmerken voor werkenden en niet meer werkenden weergegeven.

Tabel 4.1 Enkele (ziekte)kenmerken, uitgesplitst naar werkstatus

	Werkende populatie (n=257)	Niet-werkende populatie (n=52)
Geslacht*, % mannen	30,5	48,1
Hoogst voltooide opleidingsniveau*, %		
geen/laag	10,6	21,6
MBO/voortgezet	50,8	51,0
HBO/Universiteit	39,1	27,5
Gemiddelde leeftijd* (jr)	45,6	48,3
Gemiddelde leeftijd bij diagnose (jr)	41,4	41,5
Gemiddelde overlevingsduur* (jr)	4,2	5,9
Ernst van ziekte, %		
kanker niet aantoonbaar, geen klachten	78,1	68,6
kanker aantoonbaar, maar geen klachten	9,6	7,8
kanker aantoonbaar en ook klachten	12,4	23,5
Ervaren vermoeidheid (gem. score)		
algemeen	12,1	12,8
lichamelijk	11,0	12,3
gereduceerde activiteit*	10,3	12,0
gereduceerde motivatie	8,9	9,7
mentaal*	10,2	12,3
Ervaren gezondheidstoestand, (gem. score)		
fysiek functioneren*	78,5	66,6
rolbeperking a.g.v. fysiek functioneren*	55,2	35,0
sociaal functioneren	71,9	66,1
rolbeperking a.g.v. emotioneel functioneren	68,0	56,0
mentale gezondheid	72,4	68,7
vitaliteit*	57,5	51,4
pijn*	81,1	69,4

	Werkende populatie (n=257)	Niet-werkende populatie (n=52)
algemene gezondheid	49,7	47,6
gezondheidsverandering	42,5	40,0

* statistisch significant verschillend tussen werkenden en niet meer werkenden, gecorrigeerd voor leeftijd geslacht en opleiding ($p < 0,05$)

De niet meer werkenden zijn gemiddeld ouder, vaker van het mannelijk geslacht en zijn minder hoog opgeleid dan de werkenden. De gemiddelde leeftijd waarop kanker is vastgesteld is niet verschillend tussen de groepen. Bij de niet meer werkenden is kanker gemiddeld langer geleden vastgesteld dan bij werkenden. Hoewel de ziekte bij werkenden op het eerste oog minder ernstig lijkt te zijn dan bij niet meer werkenden, zijn deze verschillen niet statistisch significant bevonden. In tegenstelling tot wat er verwacht zou worden, is het opvallend dat mannen eerder lijken te stoppen met werken nadat de diagnose is gesteld dan vrouwen. Dit kan verklaard worden doordat de kanker bij mannen ernstiger is dan bij vrouwen nl. bij 22,8% van de mannen is de kanker nog aantoonbaar en ondervinden zij ook klachten vergeleken met 10,0% van de vrouwen.

Wat betreft de ervaren vermoeidheid, voelen de niet meer werkenden meer moeheid als gevolg van gereduceerde vitaliteit en meer mentale moeheid dan werkenden. Wat betreft de algehele gezondheidstoestand ervaren de niet meer werkenden meer fysieke beperkingen, meer beperkingen in het maatschappelijk functioneren als gevolg van fysieke beperkingen, minder vitaliteit en meer pijn in vergelijking met werkenden.

4.2 De arbeidsloopbaan

4.2.1 De arbeidsduur

De gemiddelde duur van de arbeidsloopbaan van werkenden na de diagnose is 4,2 jaar en voor niet meer werkenden 2,5 jaar ($p < 0,05$). Vrouwen met kanker blijken eerder te stoppen met werken na de diagnose dan mannen, respectievelijk 1,6 jaar en 4,1 jaar.

De gemiddelde leeftijd waarop de mensen met kanker gestopt waren met werken is 44,7 jaar; de mannen waren gemiddeld 47,4 jaar en de vrouwen 42,5 jaar. De meest genoemde belangrijkste reden om niet te werken was dat gezondheid dan wel de gevolgen van de ziekte kanker het werken niet meer toeliet (36,5%). De tweede genoemde reden is dat de werkgevers of verzekeraars de persoon niet accepteerde in verband met een te hoog risico op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

4.2.2 Kenmerken functie bij diagnose

In tabel 4.2 is een vergelijking gemaakt van kenmerken van de functie die uitgeoefend werd ten tijde van de diagnose.

Tabel 4.2 Kenmerken van de functie ten tijde van diagnose, uitgesplitst naar huidige werkstatus

Kenmerken	Werkende populatie	Niet- werkende populatie	OR [95% CI]*
	n=257	n=52	
Beroepssector			
Industrieel/ambachtelijk	9,4%	19,6%	0,5 [0,1-1,7]
Transport	3,9%	5,9%	0,5 [0,1-2,6]
Administratief	22,3%	15,7%	1,0 REF.CAT
Commercieel	9,8%	13,7%	0,4 [0,1-1,4]
Dienstverlenend	11,7%	11,8%	0,7 [0,2-2,5]
Vakspecialistisch	43,0%	33,3%	0,7 [0,2-2,0]
Speciale opleiding/cursus gevolgd (ja versus nee)	68,8%	74,5%	0,7 [0,3-1,3]
Vast dienstverband (ja versus nee)	96,2%	95,9%	0,7 [0,3-6,7]
Zelfstandige functie (ja versus nee)	12,7%	16,7%	0,6 [0,0-9,6]
Leidinggevende functie (ja versus nee)	29,2%	37,3%	1,0 [0,5-2,1]
Omvang bedrijf (aantal mensen)			
minder dan 10	11,7%	23,5%	1,0 [0,5-2,1]
10 tot 34	17,6%	23,5%	0,4 [0,2-1,0]
35 tot 99	18,4%	17,6%	0,6 [0,3-1,6]
100 tot 499	25,4%	11,8%	1,7 [0,6-5,0]
500 en meer	27,0%	23,5%	1,0 REF. CAT
Gemiddeld aantal jaren dat werk (continu)	11,6	16,1	1,0 [0,9-1,0]
Gemiddeld aantal werkdagen per week (continu)	4,5	4,7	0,9 [0,6-1,4]
Gemiddeld aantal werkuren per week (continu)	34,2	37,8	1,0 [0,9-1,1]
Parttime aanstelling (ja versus nee)	32,7%	23,1%	1,4 [0,6-3,7]

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding

Er blijken geen statistisch significante verschillen te zijn tussen werkenden en niet meer werkenden in kenmerken van de functie die werd uitgeoefend ten tijde van de diagnose. Hieruit kan geconcludeerd worden dat werkenden en niet meer werkenden een soortgelijk uitgangspunt hadden wat betreft hun werkstatus.

Uit ons onderzoek blijkt dat het bij niet meer werkenden langer duurde voordat ze na de diagnose weer aan het werk gingen dan bij werkenden. Van de niet meer werkende deed 40,4% er langer dan 18 maanden over weer aan het werk te komen na de diagnose of was zelfs nog steeds niet aan het werk vergeleken met 21,7% van de werkenden ($p < 0,05$).

4.2.3 Inhoudelijke aspecten

Ten aanzien van sommige aspecten van de loopbaan vanaf de diagnose tot vijf jaar later zijn er geen verschillen tussen werkenden en niet-werkenden. In beide groepen:

- heeft ongeveer de helft zwaar geestelijk werk verricht;
- heeft 1 op de 7 zwaar lichamelijk werk verricht;
- heeft 1 op de 7 in ploegendienst gewerkt;

- is 1 op de 5 als gevolg van kanker wel eens veranderd van werkring;
- heeft bij 1 op de 5 kanker een rol gespeeld bij de keuze van de laatst-uitgeoefende functie.

Daarentegen zijn er ook een aantal significante verschillen gevonden. Van de niet meer werkenden gaf 73,1% aan dat ze buiten hun wil om zonder werk hadden gezeten (of nog steeds zaten) in vergelijking met 14,0% van de werkenden. Daarnaast gaven niet-werkenden vaker aan dat ze in verband met kanker problemen hadden met het vinden van werk (28,8%), hadden vaker informatie achtergehouden in een sollicitatieprocedure (23,1%), en hadden vaker de indruk te zijn afgevoerd door hun ziekte (17,3%) dan werkenden (respectievelijk 4,3%, 11,3% en 7,0%).

Een aanzienlijk verschil bestaat er tussen beide groepen in de totaalbeoordeling van de arbeids-carrière. De werkenden beoordelen hun loopbaan vaker als opgaand (39,8% versus 16,7%) en niet-werkenden vaker als neergaand (27,1% versus 7,7%).

4.2.4 Werkaanpassingen

Een voorwaarde voor het blijven participeren op de arbeidsmarkt is een goed evenwicht vinden tussen de belasting en de belastbaarheid van een persoon. Wanneer een chronische ziekte zoals kanker gediagnosticeerd wordt, kan dit negatieve gevolgen hebben voor de belastbaarheid, waardoor dit evenwicht verstoord kan raken. Dit kan leiden tot veel arbeidsverzuim en uiteindelijk resulteren in arbeidsongeschiktheid. Het doorvoeren van aanpassingen in het werk kan ervoor zorgen dat dit evenwicht weer hersteld wordt, zodat het vroegtijdig verlaten van de arbeidsmarkt voorkomen dan wel uitgesteld wordt.

Aan de deelnemers is gevraagd in hoeverre hun werk was aangepast in de periode tot vijf jaar na de diagnose. Van de deelnemers die niet meer werkten had 53,8% geen enkele aanpassingen in het werk gerealiseerd vergeleken met 35,4% van de werkenden. Van de deelnemers bij wie wel werkaanpassingen waren gerealiseerd, hadden niet meer werkenden gemiddeld 4 aanpassingen en werkenden gemiddeld 3. In tabel 4.3 is weergegeven op welke terreinen er aanpassingen gerealiseerd waren.

Tabel 4.3 *Gerealiseerde werkaanpassingen in de periode tot vijf jaar na de diagnose, uitgesplitst naar huidige werkstatus*

	Werkende populatie n=257	Niet werkende populatie n=52	OR [95% BI]*
Geen werkaanpassingen	35,4%	53,8%	2,3 [1,2-4,3]
Gerealiseerde werkaanpassingen			
andere werktijden	34,2%	28,8%	1,3 [0,6-2,5]
korter werken	37,7%	34,6%	1,0 [0,5-2,0]
andere pauzeregeling	4,7%	7,7%	0,6 [0,2-2,2]
lager werktempo	16,0%	13,5%	1,1 [0,5-2,7]
meer hulp van anderen	16,0%	13,5%	1,3 [0,5-3,3]
weglaten van taken	26,1%	17,3%	1,7 [0,8-3,8]

erbij krijgen van taken	15,6%	13,5%	1,4 [0,6-3,3]
zelf werk indelen	30,7%	17,3%	2,3 [1,0-5,1]
hulpmiddelen	8,2%	1,9%	5,9 [0,8-45,9]
beter meubilair	5,1%	3,8%	1,7 [0,4-8,2]
andere gereedschappen	3,5%	0,0%	-
(bij)scholing	9,7%	7,7%	1,2 [0,4-3,8]
andere functie	13,2%	13,5%	1,0 [0,4-2,5]
Type aanpassingen			
Organisatorische veranderingen zonder productieverlies ¹	55,3%	40,4%	2,1 [1,1-3,9]
Organisatorische veranderingen met productieverlies ²	44,4%	34,6%	1,4 [0,7-18,7]
Fysieke veranderingen van werkplek ³	11,3%	3,8%	4,2 [0,9-18,7]

* gecorrigeerd voor leeftijd geslacht en opleiding

¹ andere werktijden en/of andere pauzeregeling en/of meer hulp van anderen en/of het erbij krijgen van taken en/of zelf het werk mogen indelen en/of bijscholing en/of andere functie;

² korter werken en/of lager werktempo en/of weglaten van taken;

³ aanschaf hulpmiddelen en/of beter meubilair en/of andere gereedschappen.

Het belangrijkste verschil tussen werkenden en niet meer werkenden was dat eerstgenoemden vaker het werk zelf konden indelen dan de niet meer werkenden. Naast de afzonderlijke werkaanpassingen, hebben we de werkaanpassingen ingedeeld in groepen. Hieruit komt naar voren dat bij de werkenden vaker aanpassingen gerealiseerd waren die geen productieverlies tot gevolg hadden.

De bedrijfstak waarin het vaakst aanpassingen zijn gerealiseerd, is de industriële/ambachtelijke sector (71%).

4.2.5 Werkervaringen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ervaringen die de deelnemers hadden in de laatste werkkring in relatie tot het hebben van kanker. Over het algemeen hebben niet meer werkenden minder goede ervaringen met hun laatste werkkring dan werkenden. Enerzijds betrof dit meer concrete zaken als de slechte toegankelijkheid van de werkplek (19,2% versus 7,8% bij de werkenden) en problemen bij het vervoer naar het werk (21,2% versus 9,3%). Anderzijds ging het om relaties met collega's, leidinggevenden en om ontwikkelingen op het werk.

Niet meer werkenden rapporteerden vaker last te hebben van negatieve opmerkingen van collega's (34,6% versus 13,6%) en vonden vaker dat collega's te weinig rekening hielden met hun situatie (34,6% versus 12,8%) dan werkenden. Wat betreft de relatie met leidinggevenden vonden de niet meer werkenden vaker dat hun chef te weinig rekening met hen hield (44,2%), hadden ze het gevoel minder serieus genomen te worden (9,6%) en kregen ze vaker negatieve opmerkingen van hun chef (34,6%) dan werkenden (respectievelijk 22,2%, 1,9% en 13,6%).

De niet meer werkenden hadden vaker de indruk dat ze vergeleken met hun collega's minder kans maakten op promotie (65,4%), minder prestaties leverden dan anderen (51,9%) en meer

verzuimden dan anderen (42,3%) vergeleken met de werkenden (respectievelijk 33,1%, 35,0% en 33,5%). Daarnaast rapporteerden de niet meer werkenden vaker dat ze vonden dat hun aandoening erger was geworden door het werk dan werkenden (respectievelijk 15,4% en 3,1%). In beide groepen was ruim 90% van de collega's op de hoogte van hun gezondheidstoestand.

4.2.6 Arbeidsbegeleiding

Naast aanpassingen en ervaringen in het werk zijn ook de begeleiding vanuit de Arbo-diensten en andere arbocuratieve instanties van groot belang. In tabel 4.4 is een overzicht gegeven van personen en instanties met wie de deelnemers contact hebben gehad in verband met hun gezondheid in relatie tot het werk.

Tabel 4.4 Overzicht van de mate waarin contact is geweest met personen en instanties ten behoeve van arbeidsbegeleiding, uitgesplitst naar huidige werkstatus

Arbeidsbegeleiding	Werkende populatie n=257		Niet werkende populatie n=52	OR [95% BI]
Personeelsfunctionaris	42,4%		40,4%	1,3 [0,7-2,4]
waarvan tevreden	24,8%		65,0%	0,2 [0,1-0,7]
Arbodienst	54,1%		44,2%	2,1 [1,0-4,2]
waarvan tevreden	18,2%		43,5%	0,3 [0,1-0,7]
Bedrijfs- of arboarts	80,9%		69,2%	1,6 [0,9-3,1]
waarvan ontevreden	21,2%		41,7%	0,3 [0,1-0,8]
Arbeidsdeskundige	22,6%		36,5%	0,5 [0,3-1,0]
waarvan ontevreden	31,0%		52,0%	0,5 [0,1-1,5]
Uitkerende instanties	59,9%		82,7%	0,3 [0,1-0,7]
waarvan ontevreden	25,3%		46,2%	0,3 [0,1-0,7]
Leidinggevende	86,4%		73,1%	2,1 [1,0-4,4]
waarvan ontevreden	25,8%		50,0%	0,3 [0,2-0,7]
Collega's	91,1%		82,7%	1,8 [0,7-4,2]
waarvan ontevreden	9,0%		34,9%	0,2 [0,1-0,4]
Huisarts	82,1%		82,7%	1,1 [0,5-2,5]
waarvan ontevreden	20,1%		25,6%	0,7 [0,3-1,6]
Medisch specialist	88,7%		94,2%	0,6 [0,2-2,1]
waarvan ontevreden	7,9%		14,3%	0,6 [0,2-1,5]
Bedrijfsmaatschappelijk werker	11,7%		15,4%	0,7 [0,3-1,8]
waarvan ontevreden	6,7%		50,0%	0,1 [0,0-2,5]
Bedrijfpsycholoog	11,7%		15,4%	0,5 [0,2-1,3]
waarvan ontevreden	16,7%		37,5%	0,5 [0,3-3,2]
Sociaal verpleegkundige	11,3%		15,4%	0,6 [0,2-1,5]
waarvan ontevreden	33,3%		46,2%	0,9 [0,2-3,7]
Beroepskeuze adviseur	2,7%		3,8%	0,7 [0,3-1,8]
waarvan ontevreden	66,7%		100%	0,1 [0,0-2,5]

Het blijkt dat de werkenden significant vaker contact hadden gehad met de Arbo-dienst dan de niet-werkenden. Daarentegen hadden de niet-werkenden significant vaker contact met een uitkerende instantie dan werkenden, hetgeen te verwachten was. Over het algemeen zijn niet meer werkenden minder tevreden met de arbeidsbegeleiding die ze ontvingen dan werkenden. Op de vraag met wie men in het verleden vaker contact had willen hebben, gaven niet meer werkenden significant vaker aan dat ze graag vaker contact hadden willen hebben met de medisch specialist en met een sociaal-verpleegkundige dan werkenden.

Wat betreft relaties tussen verschillende instanties en personen die de arbeidsbegeleiding verleenden is het opvallend dat het merendeel van de populatie niet wist niet hoe de verstandhouding was tussen de huisarts en specialist enerzijds en de bedrijfsarts anderzijds. Dit gold ook ten aanzien van de relatie tussen de bedrijfsarts en de werkgever.

5 Het werk van de werkenden

5.1.1 Inleiding

In het vragenlijstonderzoek is bij de werkenden geïnformeerd naar een aantal kenmerken van de huidige werkkring en plannen daaromtrent, en meningen over de huidige werkkring. Een op de vijf werkenden heeft een aanstelling van minder dan 20 uur per week. Opvallend is dat ruim 40% van de werkenden bij wie reeds aanpassingen zijn gerealiseerd, dit nog niet voldoende vinden. In 12,5% van de gevallen was geen enkele aanpassing gerealiseerd, maar wel gewenst. Bijna 18 procent van de werkenden is op zoek naar een andere werkkring, van wie ongeveer de helft als gevolg van de ziekte. Een op de zes werkenden is reeds veranderd van werkkring als gevolg van de ziekte.

5.1.2 Meningen over de huidige baan

Met behulp van de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid zijn werkenden naar hun mening gevraagd over verschillende aspecten van hun huidige baan. In tabel 5.1 is een overzicht gegeven van de verschillende aspecten. Tevens is een vergelijking gemaakt met resultaten van een steekproef van 6500 werknemers uit de Nederlandse werkende bevolking (Gründemann et al. 1993).

Tabel 5.1 Aspecten van het werk van werkenden met de diagnose kanker, uitgesplitst voor mannen en vrouwen, in vergelijking met de 'gemiddelde' werknemer

	% van mannelijke werknemers n=78	% van vrouwelijke werknemers n=179	% van totale populatie werknemers n=257	% van de Nederlandse werkende bevolking n=6500
Werkinhoud				
Onvoldoende scholing#	3,8	8,4	7,0	13
Onvoldoende afwisseling#	3,8	11,8	9,4	20
Vaak niet boeiend genoeg#	11,5	14,0	13,3	37
Vaak geen plezier in het werk	6,4	10,1	9,0	13
Te eenvoudig\$ #	9,0	19,7	16,4	27
Lichamelijk inspannend#	24,4	29,8	28,1	36
Geestelijk inspannend #	76,9	75,8	76,2	54
Stress en organisatieproblematiek				
Vaak onder tijdsdruk#	65,4	71,9	69,9	53
Vaak vermoeiend#	35,9	43,3	41,0	29
Problemen met tempo of tijdsdruk#	32,1	35,4	49,2	18
Vaker kalmer aan moeten doen	51,3	48,3	34,4	32
Vaak te weinig te doen	10,3	10,7	10,5	-
Werk niet goed georganiseerd	30,8	29,8	30,1	35
Vaak onduidelijk wat te doen	10,3	19,7	16,8	-

Vaak belemmerd door onverwachte situaties#	37,2	37,1	37,1	54
Vaak gehinderd door gebreken van anderen	37,2	32,6	34,0	34
Werk bemoeilijkt door afwezigheid van anderen	16,7	28,1	24,6	24
Sociale omstandigheden				
Onderlinge sfeer niet goed#	14,1	16,9	16,0	22
Vaak ergernis van anderen#	24,4	22,5	23,0	38
Dagelijkse leiding niet goed#	33,3	42,1	39,5	28
Geen goed beeld van werk bij dagelijkse leiding§	17,9	35,4	30,1	30
Dagelijkse leiding houdt onvoldoende rekening	25,6	31,5	29,7	34
Dagelijkse leiding houdt onvoldoende rekening	32,1	30,3	30,9	25
Werk beïnvloedt privéleven#	25,6	24,2	24,6	44
Onvoldoende waardering#	32,1	35,4	34,4	50
Beloning niet in overeenstemming met werk#	20,5	16,9	18,0	39
Slechte vooruitzichten in huidige baan#				
Totaal oordeel huidige werkkring#				
goed	56,4	50,0	52,0	38
redelijk	29,5	33,1	32,0	48
matig	9,0	10,1	9,8	12
niet goed	5,1	6,7	6,3	3

§ statistisch significant verschillend tussen mannen en vrouwen ($p < 0,05$)

statistisch significant verschillend tussen totale onderzoekspopulatie en de Nederlandse bevolking

Over het algemeen oordelen mannen en vrouwen over de meeste aspecten van het werk hetzelfde, behalve dat vrouwen vaker vinden dat hun werk te eenvoudig is en vaker vinden dat de leiding geen goed beeld van de dagelijkse werkzaamheden heeft.

In vergelijking met de referentiepopulatie oordeelt de populatie mensen met de diagnose kanker over de meeste aspecten van de werkinhoud positiever met uitzondering van het aspect 'geestelijk inspannend werk'. Wat betreft de stress en organisatieproblematiek oordelen mensen met de diagnose kanker meer negatief dan positief. De sociale omstandigheden op het werk worden door mensen met de diagnose kanker in de regel beter ervaren dan door de referentiegroep. Wel rapporteren mensen met kanker vaker dat de dagelijkse leiding onvoldoende rekening met hun situatie houdt.

6 Herintrede

6.1 Ziekteverzuim

In de vragenlijst bedoeld voor mensen die werken op het moment van onderzoek, is een module opgenomen over ziekteverzuim. Op het moment van het onderzoek verzuimt 46,7% van de werkenden (n=257), van wie bijna driekwart reeds 3 maanden of langer. De helft van de werkenden verzuimt volledig. Van de werkenden die verzuimen is 62,4% nog in de afgelopen twee maanden behandeld, terwijl bij werkenden die niet verzuimen slechts 34,4% in de afgelopen twee maanden is behandeld. Bijna driekwart van de verzuimers geeft de ziekte kanker als oorzaak aan voor het verzuim.

Van de verzuimers (n=120) geeft 66,7% aan dat men weer aan het werk zou willen of kunnen. Maar op de vraag hoe lang dat zou duren, geeft 72,2% aan dat ze dat met geen mogelijkheid konden zeggen. Eén op de vijf verzuimers heeft hulp van officiële instanties bij het (weer) volledig aan het werk komen, en één op de zes verzuimers geeft aan meer hulp te willen.

6.2 Herintrede op de arbeidsmarkt

Aan degenen die nu niet meer werkten (n=52) is gevraagd wat de belangrijkste redenen waren om niet te werken en welke hindernissen er zijn om weer aan het werk te komen. De meest genoemde redenen of hindernissen zijn de gevolgen van kanker (66%) en de gezondheid (60%). Slechts 12% van de niet meer werkenden geeft aan met pensioen te zijn. Opmerkelijk is dat ruim 40% niet meer werkt als gevolg van ontslag of reorganisatie. Bovendien geeft 40% van deze groep aan dat de werkgever of de verzekeraar de persoon in kwestie niet accepteerde vanwege een te groot risico op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Bijna 70% van de mensen die niet meer werkten zouden onder bepaalde voorwaarden weer aan het werk kunnen of willen (herintreders), van wie slechts 27,8% actief op zoek is naar werk. De belangrijkste reden om weer aan het werk te willen is het inkomen (63,9%). Het merendeel van de herintreders verbinden wel voorwaarden aan het aan de slag gaan, terwijl 11 van de 36 herintreders helemaal geen voorwaarden hieraan verbinden. De meest genoemde voorwaarden zijn dat de gezondheid werken moet toelaten (61,1%), het werk moet worden aangepast (50,0%) en gunstige financiële regelingen (33,3%).

Er is wel een discrepantie tussen aan het werk willen, en denken dat men ook echt aan het werk komt. Bijna 40% denkt namelijk dat het niet meer zal lukken, en 25% kan het met geen enkele zekerheid zeggen. Niemand van de herintreders heeft hulp bij het aan het werk komen, terwijl dit wel gewenst wordt.

De helft van de niet meer werkenden geven aan dat ze graag weer hetzelfde werk zouden willen verrichten dat zij vroeger hebben gedaan. Slechts een kwart van het totaal aantal personen geeft aan dat ze weer bij hun oude werkgever zouden willen werken.

7 Beschouwing

Het dwarsdoorsnede onderzoek 'Kanker en Werk' levert belangrijke informatie op over de gevolgen van kanker in de werksituatie, en over factoren in het werk die een bijdrage leveren bij het aan het werk blijven. De resultaten van het onderzoek kunnen in belangrijke mate bijdragen aan het ontwikkelen van interventies gericht op het aan het werk blijven van mensen met kanker. Als een persoon, bij wie kanker wordt vastgesteld met de nodige begeleiding en aanpassingen in staat is om aan het werk te blijven kan arbeidsongeschiktheid worden voorkomen, hetgeen zowel voor de persoon in kwestie van invloed kan zijn op de kwaliteit van leven als voor de maatschappij in zijn geheel.

Doch er moet bij de generaliseerbaarheid van de resultaten van dit dwarsdoorsnede onderzoek enige voorzichtigheid in acht genomen worden, daar het helaas niet haalbaar was een aselechte steekproef te nemen en een non-respons-analyse te verrichten. Mogelijk zullen de gevonden resultaten meer extreem zijn dan wanneer een representatieve steekproef van mensen met kanker was onderzocht. Niettemin kan dit onderzoek aanknopingspunten bieden voor het ontwikkelen van interventies gericht op het verbeteren van de werkomstandigheden van mensen met de diagnose kanker.

In totaal werd een vragenlijstonderzoek verricht bij 309 personen met diverse vormen van kanker, die ten tijde van de diagnose een betaalde baan hadden en die zijn gerekruteerd via oproepen in de landelijke media en via posters in wachtkamers van poliklinieken. Er zijn gegevens verzameld over sociodemografische kenmerken, ziektekenmerken en algehele gezondheidstoestand, en huidige werksituatie en de werkgeschiedenis vanaf de diagnose.

De onderzoekspopulatie bestond voor het merendeel uit vrouwen, de gemiddelde leeftijd was 46 jaar en de gemiddelde overlevingsduur was 4,5 jaar. De meest voorkomende vormen van kanker waren borstkanker, Non-Hodgkin Lymfoom, Hodgkin Lymfoom, en acute en chronische myeloïde leukemie. In driekwart van de gevallen was de ziekte niet meer aantoonbaar.

Ten tijde van het onderzoek gaf 16,9% van de onderzoekspopulatie geen betaald werk meer te hebben. Hiervan gaf bijna 70% aan dat dit het gevolg was van de ziekte kanker. Bijna de helft van de werkenden verzuimde ten tijde van het onderzoek, van wie driekwart langer dan drie maanden. Van de niet meer werkenden gaven 7 van de 10 aan op zoek te zijn naar werk. In vergelijking met de groep die nog een betaalde baan had, was de groep die geen betaalde baan had 2,5 jaar ouder, bestond deze groep uit meer mannen, had een minder hoge opleiding, en had een langere overlevingsduur (gemiddeld 1,7 jaar). Meer werkenden waren minder dan zes maanden geleden nog behandeld dan niet meer werkenden.

Naast algemene kenmerken als leeftijd, geslacht en opleiding kan een verminderde gezondheid van werkenden als gevolg van kanker een reden zijn om te stoppen met werken. Dit onderzoek heeft echter de beperking dat de gezondheid van de niet meer werkenden nu anders kan zijn dan de (ervaren) gezondheid op het moment van stoppen met werken. Ook de ernst van de ziekte kan nu anders zijn, zowel in positieve als negatieve zin. Hoewel de ziekte bij werkenden op het eerste

oog minder ernstig lijkt te zijn dan bij niet meer werkenden, zijn deze verschillen niet statistisch significant bevonden.

Wat betreft de ervaren vermoeidheid op het moment van studie, voelen de niet meer werkenden meer moeheid als gevolg van gereduceerde vitaliteit en meer mentale moeheid dan werkenden.

Wat betreft de algehele gezondheidstoestand op het moment van studie ervaren de niet meer werkenden meer fysieke beperkingen, meer beperkingen in het maatschappelijk functioneren als gevolg van fysieke beperkingen, minder vitaliteit en meer pijn in vergelijking met werkenden.

Inkomenssituatie Bijna 90% van de deelnemers heeft een eigen inkomen, en hiervan ontvangt één derde naast het inkomen ook nog een uitkering. Ten tijde van het onderzoek ontvangt 32,0% van de populatie een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO, AAW, of uitkering van Apb), mannen ongeveer even vaak als vrouwen. Bij zowel de werkenden als de niet-werkenden gaf 85,0% aan dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering was toegekend vanwege de ziekte kanker. Van de totale onderzoekspopulatie gaf 3,6% aan een werkloosheidsuitkering te ontvangen en 0,6% een bijstandsuitkering.

Arbeidsloopbaan De groep die gestopt was met werken had minder lang gewerkt vanaf de diagnose dan de groep die nog werkte (2,5 jaar respectievelijk 4,2 jaar). Vrouwen met kanker blijken eerder te stoppen met werken na de diagnose dan mannen, respectievelijk 1,6 jaar en 4,1 jaar. De niet meer werkenden verrichtten vaker een beroep in de ambachtelijk/industriële branche dan de werkenden. Het percentage werknemers bij wie de laatste functie is (was) aangepast is bij zowel werkenden als niet meer werkenden hoog (64,6% respectievelijk 55,8%). Een belangrijke werkaanpassing die vaker voorkwam bij werkenden als bij niet meer werkenden is dat werkenden vaker het werk zelf mochten indelen. Zowel bij de niet meer werkenden als bij de werkenden wenst(e) ruim de helft aanpassingen van de laatste functie.

Kanker beïnvloedt de loopbaan. De niet meer werkenden hebben vaker buiten hun wil zonder werk gezeten dan werkenden en hadden ze vaker problemen met het vinden van werk in verband met de diagnose kanker dan werkenden. Ook hebben niet meer werkenden vaker informatie achtergehouden over hun ziekte in een sollicitatiebrief en zijn vaker afgewezen vanwege hun ziekte.

De niet meer werkenden gaven vaker aan te maken hebben gehad met negatieve ervaringen op het werk dan de werkenden. Belangrijke aspecten waren de toegankelijkheid van de werkplek en het vervoer naar de werkplek, maar ook sociale aspecten als de relatie met collega's en leidinggevenden spelen een grote rol.

Alle niet meer werkenden en bijna alle werkenden hadden in verband met hun gezondheid in relatie tot werk hulp ontvangen van een professional. Dit betrof in de meeste gevallen de medisch specialist (98,0% voor niet meer werkenden en 91,2% voor werkenden), maar ook de huisarts werd door beide groepen in driekwart van de gevallen geconsulteerd. Over het algemeen waren werkenden meer tevreden over het contact met professionals dan niet meer werkenden. Niet meer werkenden gaven dan ook vaker aan meer contact te willen hebben gehad met professionals in verband met gezondheidsproblemen in relatie tot werk dan werkenden.

8 Referenties

AA R van der, Vlaanderen A. Een weg met hindernissen: een onderzoek naar de instroommogelijkheden van niet-reguliere arbeidsmarktgroepen voor de branches metaalbewerking en installatietechniek. Rotterdam: RISBO, 1991.

Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar: de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal medische begeleiding. Amsterdam: NIA-TNO, 1997.

Andriessen A, Veerman TJ, Vijgen. Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt: selectieve aanstelling en afvloeiing van personeel op grond van (vermeende) risico's binnen Ziektewet en WAO. Zoetermeer: CSTV, 1995.

Andriessen A, Verkleij HEM, Marcelissen FHG. Verzuimbeleid in verandering. Amsterdam: NIA-TNO, 1997.

Barofsky I. Maximizing the productive activities of cancer patients: research issues. In: Work and illness (Barofsky eds.) The cancer patient. New York etc., Praeger, 1989.

Berry DL, Catanzaro M. Persons with cancer and their return to the workplace. *Cancer Nursing*, 1992;15:85-95.

Bloom J, Hoppe R, Fobair P, et al. Effects of treatment on the work experiences of long term survivors of hodgkin disease. *J Psychosocial Oncology*, 1988;6:65-80.

Bos GAM van den, Vinkesteijn J. Nederlands gezondheidszorgonderzoek bij somatisch chronische ziek(t)en 1980-1989. Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde UvA, 1991.

Elderen TNT van. Chronisch zieken en werk: (on)beperkt aan het werk. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: VUGA, 1995.

Elderen TNT van, Maes S, Simon J, Toorn S van der. Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk. *MC*, 1996;51:27-9.

Fleuren-Van Walsen JM. WULBZ en haar gevolgen. *SMA*, 1996;51:159-69.

Gründemann RWM, Smulders PGW, Winter CR de. VAG-vragenlijst Arbeid en Gezondheid. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1993.

Haes JCM de, Olschewski m, Fayers P, Visser MRM, Cull A, Hopwood P, Sanderman R. Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Symptom Check List (RSCL). A Manual. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen, 1996.

- Kessler R, Blake Turner J, House J. Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying and mediating effects. *J Soc Issues*, 1988;44:69-85.
- Ketelaer P. Multiple sclerose and employment: synthesis report. Melsbroek: National Centre for MS, 1993.
- Knipscheer CPM, Antonucci TC (eds.). *Social network research: substantive issues and methodological question*. Amsterdam/Lisse, Zwets en Zeitlinger, 1990.
- Koningsveld EAP, Mossink JCM (eds.) *Kerncijfers van maatschappelijk kosten van arbeidsomstandigheden*. Amsterdam: NIA-TNO, 1997.
- Lanham RJ, DiGiannantonio AF. Quality of life of cancer patients. *Oncology*, 1988;45:1-7.
- NCCZ. *Werk op maat. Advies arbeidsmarktpositie van mensen met gezondheidsproblemen*. Zoetermeer: NCCZ, 1995.
- Nijboer ID, Gründemann RWN, Andries F. *Werkhervatting nma arbeidsongeschiktheid*. Den Haag, VUGA, 1993.
- Prins R. *Work incapacity in a cross-sectional perspective: a pilot-study on the arrangement and data in 6 countries*. The Hague: Vuga, 1992.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (deel I De gezondheidstoestand: een actualisering)*. RIVM, 1997
- Smets EMA, Garssen B, Banke B. *Het meten van de vermoeidheid met de MVI-20; een handleiding*. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, 1995.
- Soeters J. *Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte*. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- Spelten ER, Unk WA. *Het is hard werken hoor, zo'n ziekte*. *Kanker*, 1996;3:22-25 .
- Veerman TJ, Huurne AG ter. *ZARA-werkgeverspanel rapportage 1995-1996*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, VUGA, 1996.
- Verkleij H. *Onderzoek naar de gevolgen van chronische aandoeningen voor het dagelijks functioneren*. *TSG*, 1991;69:221-7.
- Warr P. *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press, 1987.
- Weis J, Koch U, Kruck P, Beck A. *Problems of vocational integration after cancer*. *Clinical Rehabilitation*, 1994;8:219-25.

Wevers CWJ, Nijboer ID, Andries F, et al. De arbeidsmarktpositie van chronisch zieken. Overzichtsstudie naar Nederlandse literatuur van de laatste 10 jaar, databestanden en lopende –arbeidsprojecten. Zoetermeer: NCCZ, 1993.

Wevers CWJ. Kwantitatieve onderbouwing van de arbeidsmarktproblematiek van mensen met een chronische aandoening: bijlage bij de adviesaanvraag van de NCCZ. Leiden: TNO-PG, 1995.

Willems JHBM, Vuuren CV van, Urlings IJM. Privatisering van de Ziektewet: effecten en opinies van medische zijde. SMA, 1996; 51:624-37.

Wouden JC van der, Greaves-Otte JGW, Greaves J, et al. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. JOM, 1992;34:1084-9.

Zee KI van der, Sanderman R. RAND-36. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG), Groningen, 1993.

Nawoord

Vanaf deze plaats willen wij graag alle mensen die een vragenlijst hebben ingevuld bedanken voor hun bereidwilligheid en inspanningen. De werving van deelnemers aan het onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de bereidwillige medewerking van de volgende personen: de heer R.K. Pet van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam, mevrouw A. van Duinen, mevrouw M.A. Nooij en mevrouw M. Kramer van het Academisch Ziekenhuis Leiden, mevrouw H.L. Binnendijk-Boonstra van het Academisch Ziekenhuis Groningen, en mevrouw A. Postma van de Vereniging van Kankerpatiënten. Heel hartelijk bedankt.

De auteurs
Februari 2000