

TNO-rapport
97.015

Arbeidsparticipatie en arbeidsomstandigheden bij Reumatoïde Artritis

Verslag van methoden en eerste resultaten

TNO Preventie en Gezondheid
divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 18 19 20

auteur(s):
AMJ Chorus
HS Miedema
CWJ Wevers

datum:
augustus 1997

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, 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 onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1997 TNO

Dit onderzoek werd gefinancierd door het Nationaal Reumafonds
en het Praeventiefonds.

Nederlandse Organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO.



Chorus AMJ
ISBN 90-6743-497-3

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 97.009

INHOUD	pagina
1. INLEIDING	1
1.1 Maatschappelijke context van het onderzoek	1
1.2 RA en betaalde arbeid	3
1.3 Doelstelling	5
1.4 Indeling van het rapport	6
2. METHODEN	7
2.1 Onderzoekspopulatie	7
2.1.1 Respons	8
2.2 De onderzoeksgegevens	8
2.2.1 De vragenlijst	8
2.2.2 De analyse	9
3. DE TOTALE ONDERZOEKSPOPULATIE MENSEN MET RA	11
3.1 Achtergrondgegevens	11
3.2 Arbeidsparticipatie naar leeftijd, en geslacht	13
3.2.1 Arbeidsparticipatie naar provincie	15
3.2.2 Arbeidsparticipatie naar ziekteduur	16
3.3 Conclusies	17
4. GEZONDHEIDSTOESTAND VAN WERKENDEN EN NIET-WERKENDEN	18
4.1 Algemene kenmerken	18
4.2 Ziekte-activiteit	18
4.3 Beperkingen en ervaren gezondheid	21
4.4 Conclusies	25

5.	WERKEN OF STOPPEN MET WERKEN NA HET ONTSTAAN VAN RA	26
5.1	Algemene kenmerken	26
5.2	De arbeidsloopbaan	26
5.2.1	De arbeidsduur	26
5.2.2	Inhoudelijke aspecten	28
5.3	De laatst uitgeoefende functie	29
5.3.1	Werkaanpassingen	30
5.3.2	Werkervaringen	32
5.3.3	Meningen van werkenden over de huidige baan	32
5.4	Conclusies	34
6.	BESCHOUWING	35
	NAWOORD	39
	LITERATUUR	41

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 tweeslachtig 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 andere chronische aandoeningen, zoals multiple sclerose en 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 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 nabije toekomst verder zal verslechteren (NCCZ, 1995; Wevers, 1995). Er is nog steeds een structurele werkloosheid aan de onderkant van de arbeidsmarkt, het segment waar veel mensen met chronische aandoeningen op aangewezen zijn. Langdurig werklozen, allochtonen en herintredende vrouwen concurreren tezamen met sollicitanten met een chronische aandoening om de schaarse banen (Wevers et al., 1996). Het percentage arbeidsgehandicapte werknemers in de zin van de Wet op de Arbeids Gehandicapte Werknemer (WAGW) is in de periode 1989-1996 gedaald van 2,0% tot 1,3% (Veerman & ter Huurne, 1996).

Verder lijken de ontwikkelingen in de wetgeving rond de arbeidsongeschiktheid en de loondoorbetalingsplicht van werkgevers bij ziekte (privatisering ziekwet/Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ)) ongunstig uit te pakken voor de positie van werknemers met een chronische aandoening (Andriessen et al., 1995; Veerman & Ter Huurne, 1996; Andriessen et al., 1997).

In het kader van de wet Terugdringing op de Arbeidsongeschiktheidregelingen (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 kan verrichten, ongeacht of deze arbeid nog wel beschikbaar is. In 1994 werd de leeftijdsgroep tot 35 jaar herkeurd. Van hen werd in meer dan de helft van de gevallen de uitkering verlaagd of beëindigd. Deze gegevens komen overeen met een onderzoek bij diabetici in de leeftijd van 29 tot 35 jaar. Bij de 181 herkeurden werd in 42% van de gevallen de uitkering verlaagd of beëindigd (Nijhuis et al., 1995). Na 1 maart 1996 zijn werkgevers volgens de WULBZ op enkele uitzonderingen na, zoals zwangerschap en werken als uitzendkracht, verplicht hun werknemers de eerste 52 weken van ziekte 70% van het salaris door te betalen. Een gevolg van de WULBZ is het risico van een toenemende selectie op gezondheid door werkgevers bij het aannemen van personeel (Elderen et al., 1996; Fleuren-van 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 Ziekwet-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 aan het werk kunnen 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 RA en betaalde arbeid

Reumatoïde Artritis (RA) is een ernstige chronische aandoening, met een prevalentie in de volwassen bevolking van ongeveer 1%. De ziekte kan op elke leeftijd ontstaan, met een piek in de incidentie tussen de veertig en zestig jaar. De incidentie wordt geschat op ongeveer $0,5 \text{ ‰}$ per jaar, zodat in Nederland jaarlijks ongeveer 7000 personen door de ziekte getroffen worden. Bij kinderen kan het ziektebeeld juveniel chronisch reuma (JCA) ontstaan, dat in een aantal uitingsvormen belangrijke overeenkomsten vertoont met RA op volwassen leeftijd. Gezien het moment in het leven, waarop deze chronische ziekte kan ontstaan is de betekenis van opleidings- en beroepsmogelijkheden groot.

Bovendien kunnen bij RA en JCA naast gewrichten ook andere organen worden aangedaan en kan het beloop wisselend zijn, hetgeen een loopbaanperspectief nog extra vertroebelt.

Het is niet goed bekend welk percentage van de Nederlandse RA-patiënten betaald werk verricht. Wel is bekend dat de incidentie van arbeidsongeschiktheid wegens RA in Nederland in de periode 1980-1985 voor mannen ongeveer 0,1 en voor vrouwen ongeveer 0,17 per 1000 arbeidsjaren bedroeg (Verbeek, 1988). Op grond daarvan kan worden berekend dat per jaar ongeveer 660 personen (340 mannen en 320 vrouwen) wegens RA arbeidsongeschikt worden.

In Groningen is binnen het EURODISS-onderzoek ook gekeken naar arbeidsparticipatie en problemen in het werk (Doeglas et al., 1995). Na een gemiddelde ziekteduur van 2 jaar (range: 1-4 jaar) bleek dat 67% van de mannen en 57% van de vrouwen met RA hun eerdere werkzaamheden niet meer konden uitvoeren. Ruim 40% van de patiënten had het werk moeten staken. Bijna 40% van de patiënten was wel in staat tot het uitvoeren van het werk dat zij voor het begin van de ziekte ook al deden, zij het in 75% met kleinere of grotere aanpassingen in het werk.

In de Verenigde Staten is ook enig onderzoek verricht naar arbeidsparticipatie van RA-patiënten. Daaruit bleek dat van die patiënten, die ooit gewerkt hebben, na 10 jaar ziekte ongeveer de helft is gestopt met werken, na 15 jaar ongeveer 60% en na 30 jaar 90% (Yelin et al., 1987). In een Fins onderzoek zijn verschillende reumatische aandoeningen met elkaar vergeleken. De kans op beperkingen, waaronder ook verminderde arbeidscapaciteit, was bij RA veel groter dan bij andere reumatische aandoeningen (Mäkelä et al., 1993). In de VS was het percentage werkende personen onder patiënten met RA lager dan onder patiënten met tendinitis of lage rugpijn (Kramer et al., 1983). In Duitsland bleek 55% van de RA-patiënten met een ziekteduur van minder dan 1 jaar die een polikliniek reumatologie bezochten, te verzuimen vanwege RA. Factoren die hierbij een rol speelden waren ziekte-activiteit, leeftijd en werkomstandigheden (frequente tijdsdruk en bovenhands werk) (Mau et al., 1996a).

De indirecte kosten van RA, voortkomend uit verlies van produktiviteit, zijn net als bij andere reumatische aandoeningen veel hoger (3 tot 6 keer) dan de (directe) medische kosten (Liang et al., 1984; Felts & Yelin, 1989). Gemiddeld bedragen in de VS de kosten per patiënt voor RA ongeveer de helft van die voor kanker, tweederde van die voor beroerte, ruim 80% van die voor coronair hartfalen en vijf keer de kosten voor verkeersongevallen (Stone, 1984). RA hoort dus bij de belangrijkste aandoeningen wat betreft kosten.

Over problemen die patiënten met RA ondervinden in de arbeidssituatie is zeer weinig bekend.

Factoren die bepalen of iemand stopt met werken zijn voor een gedeelte ziekte-gerelateerde factoren, maar voor een ander gedeelte sociale, economische en werkgebonden factoren (Reisine et al., 1995).

Determinanten van arbeidsongeschiktheid na 6 jaar follow-up van patiënten met een vroeg stadium van RA (37%) waren leeftijd, ziekte-activiteit en lichamelijk inspannend werk (Mau et al., 1996b).

Verder blijken de subjectieve beoordeelde gezondheidstoestand en functionele capaciteit belangrijke factoren te zijn (Yelin et al., 1986; Reisine et al., 1989).

Yelin et al. (1986) hebben gemeld dat, als de fysieke mogelijkheden van de patiënt en zijn taken in het werk niet overeenkomen, de kans op stoppen met werken verhoogd is voor patiënten met reumatische aandoeningen. Het zelf bepalen van taken en werktempo heeft een gunstig effect op het psychisch welbevinden (Fifield et al., 1996) en op het blijven werken van deze patiënten (Yelin et al., 1980, 1987). Ook patiënten met weinig fysieke taken in het werk blijken minder snel te stoppen met werken. Uit een onderzoek van Ipso Facto (geciteerd in Timmers, 1994) blijkt dat 40% van de patiënten met JCA bij zowel de keuze van het beroep als het vinden van een baan belemmerd wordt door de ziekte. Eenmaal werkend hebben jongeren problemen met het volledig meedraaien en het regelen van aanpassingen. Kuhn et al. (in Timmers 1994) vonden dat oudere patiënten met JCA (ouder dan 26 jaar) meer kans hadden op een ongunstig carrièreverloop. Patiënten bij wie de ziekte zich reeds op jonge leeftijd openbaarde hadden een gunstiger carrièreverloop. Beide onderzoeken waren uitgevoerd in onderzoeksgroepen die door selectie niet representatief voor de totale groep patiënten met JCA waren.

In Nederland is dus nauwelijks empirisch onderzoek verricht naar problemen die mensen met RA en JCA ondervinden in de arbeidssituatie, of wanneer niet wordt gewerkt, problemen bij het verkrijgen van betaald werk. Vandaar dat TNO Preventie en Gezondheid met steun van het Nationaal Reumafonds en het Praeventiefonds een onderzoek is gestart om inzicht te verschaffen in de relatie tussen RA/JCA en Arbeid.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te bieden in de arbeidsmarktpositie, arbeids- ervaringen en - problemen van mensen met reumatoïde artritis 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, zoals Bedrijfsverenigingen, GAK/GMD, ABP en Arbodiensten, omdat met de opgedane kennis begeleiding van mensen die nog aan het werk zijn en die (weer) aan het werk willen verbeterd kan worden. Daarnaast kan dit inzicht leiden tot een betere beeldvorming over en acceptatie bij werkgevers van mensen met RA.

Dit rapport behandelt drie onderzoeksvragen en dient als rapportage voor het Nationaal Reumafonds over de methoden en eerste resultaten van het onderzoeksproject. De resultaten die gepresenteerd zijn, zijn over het algemeen univariaat getoetst.

De onderzoeksvragen die in dit rapport aan de orde komen, zijn:

1. Hoe is de onderzoekspopulatie van mensen met RA samengesteld wat betreft kenmerken die van belang zijn voor arbeid, zoals leeftijd, geslacht en opleiding?
2. Hoe verhoudt de arbeidsparticipatie van mensen met RA zich ten opzichte van de Nederlandse werkzame beroepsbevolking, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, en provincie, en ziekteduur?
3. Wat is de gezondheidstoestand van mensen met RA die werken en mensen met RA die niet werken?
4. Wat zijn algemene kenmerken, de aard van de werkzaamheden en werkervaringen van mensen met RA die werken en mensen met RA die gestopt zijn met werken nadat RA is ontstaan?

Op basis van de resultaten, gepresenteerd in dit rapport worden de onderzoeksvragen 3 en 4 verder ook multivariaat getoetst, om te bestuderen of de verbanden die univariaat werden gevonden niet beïnvloed worden door andere factoren. Van de eerste resultaten hiervan zijn twee abstracts geschreven en ingediend bij de American College of Rheumatology en Association of Rheumatology Health Professionals ten behoeve van mondelinge of poster-presentaties. Daarnaast zullen de resultaten van de multivariate analyses worden gepresenteerd in de vorm van wetenschappelijke artikelen in Engelstalige tijdschriften. De belangrijkste resultaten zullen ook worden aangeboden aan Nederlandstalige tijdschriften, die als doelgroep hulpverleners in de bedrijfsgezondheidszorg hebben.

Dit rapport bevat geen informatie over (her-)intrede van mensen met RA en specifieke problemen van jonge mensen met RA en JCA. Deze groep is met name van belang voor het vaststellen van factoren, die intrede in het arbeidsproces belemmeren. De resultaten betreffende dit onderwerp zullen worden gepresenteerd in een apart wetenschappelijk artikel.

Daarnaast zijn er in een kwalitatief deel van het onderzoek 34 loopbaaninterviews afgenomen bij mensen met Ra en JCA, waarover in een separaat verslag gerapporteerd zal worden.

1.4 Indeling van het rapport

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe de onderzoekspopulatie is geworven en hoe de informatie is verzameld. In hoofdstuk 3 is een beschrijving gegeven van de totale onderzoekspopulatie, en waar mogelijk vergeleken met gegevens uit de algemene Nederlandse bevolking. In hoofdstuk 4 is een vergelijking gemaakt van mensen met RA die (nog) een betaalde baan hadden en mensen die niet (meer) werkten. In hoofdstuk 5 is een vergelijking gemaakt van de laatst uitgeoefende functie van mensen met (nog) een betaalde baan en mensen met RA die gestopt zijn met werken nadat RA is gediagnostiseerd. In hoofdstuk 6, het slothoofdstuk is een beschouwing gegeven van de gevonden resultaten en is aangegeven hoe dit onderzoek vervolgd zal worden.

2. METHODEN

2.1 Onderzoekspopulatie

Om mensen met RA te kunnen werven, is medewerking verkregen van 34 reumatologen afkomstig uit 17 reumatologie-praktijken, uit 14 perifere ziekenhuizen en 3 academische centra. Deze praktijken werken ook mee aan de Standaard Diagnose-registratie Reumatische ziekten (SDR), een continue registratie van gegevens over morbiditeit van patiënten in reumatologische praktijken. Hieraan neemt ruim 80% van de in Nederland werkzame reumatologen deel. In tabel 2.1 is een overzicht gegeven van de reumatologie-praktijken die aan dit onderzoek meewerken.

Tabel 2.1 Overzicht van reumatologie-praktijken die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek

Plaats	Ziekenhuis
Amsterdam	Jan van Breemen Instituut/Slotervaartziekenhuis
Groningen	Academisch Ziekenhuis Groningen
Arnhem	Rijnstate Ziekenhuis
Dordrecht/Sliedrecht	Merwedeziekenhuis en Drechtsteden Ziekenhuis
Tilburg	St. Elizabeth Ziekenhuis/Maria Ziekenhuis
Nieuwegein/Leerdam	St. Antonius Ziekenhuis
Maastricht	Academische Ziekenhuis Maastricht
Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden
Hilversum/Almere	Ziekenhuis Hilversum
Roermond/Weert	St. Laurentius Ziekenhuis
Wageningen	Gelderse Vallei
Bergen op Zoom/Roosendaal	Ziekenhuis Lievensberg/Fransiscus Ziekenhuis
Den Bosch	Bosch Medicentrum
Haarlem/IJmuiden	Kennemer Gasthuis
Gorinchem/Leerdam	Beatrix Ziekenhuis/Linge Polikliniek
Den Haag	Rode Kruis Ziekenhuis
Leiden	Academisch Ziekenhuis Leiden

Zoals valt af te leiden uit de tabel liggen de praktijken verspreid over geheel Nederland, waardoor verwacht mag worden dat de onderzochte populatie een representatief beeld kan verschaffen.

Op basis van de gegevens in de SDR jaargang van 1994 is uit de 17 praktijken een naar leeftijd en geslacht gestratificeerde steekproef getrokken van 1693 patiënten met RA in de leeftijd van 16 tot en met 60 jaar. De steekproef is gestratificeerd uitgevoerd om voldoende jongere mensen en mannen in de onderzoekspopulatie te betrekken. Dit houdt in dat in de onderzoekspopulatie verhoudingsgewijs meer jongeren en meer mannen voorkomen dan in de werkelijke populatie RA-patiënten. In de analyses

wordt hiervoor een correctie aangebracht, zodat de resultaten van toepassing zijn op de totale populatie RA-patiënten van 16 tot en met 60 jaar, en dus representatief zijn (voor meer details zie paragraaf 2.2.2).

2.1.1 Respons

In totaal werden 1693 patiënten door middel van een (standaard)brief met informatie over het onderzoek door de behandelend reumatoloog uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Door middel van een antwoordformulier aan TNO-PG, dat portvrij verzonden kon worden, kon men aangeven of men wilde deelnemen aan dit onderzoek. Indien dit het geval was, is tevens gevraagd naar de huidige arbeidssituatie (nu een betaalde baan, nu geen betaalde baan, maar in het verleden wel gehad, of (nog) nooit een betaalde baan gehad). Dit hing samen met het type vragenlijst dat men toegezonden kreeg (zie paragraaf 2.2.1). Indien een patiënt niet wenste deel te nemen, werd gevraagd of men daar een reden voor aan kon geven.

Van de aangeschreven patiënten gaven 1142 patiënten een positieve reactie op de uitnodiging voor deelname, en uiteindelijk werden gegevens door middel van een schriftelijke vragenlijst verzameld van 1056 RA-patiënten. Het responspercentage bedraagt 62,4%.

Vanwege privacy-redenen is het niet mogelijk om na te gaan welke mensen niet gereageerd hebben. Op basis van het SDR-bestand waarin geen persoonsgegevens zijn opgenomen, konden we slechts nagaan of er verschillen waren in geslacht en in leeftijd tussen de respondenten en niet-respondenten. Dit was niet het geval. Van het geringe aantal mensen die het antwoordformuliertje retourneerde met een negatieve reactie, gaf slechts een enkeling aan wat de reden daarvan was. De meest genoemde reden was dat men geen interesse had.

2.2 De onderzoeksgegevens

2.2.1 De vragenlijst

Onderzoeksgegevens zijn verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst is een aanpassing en uitbreiding van de vragenlijst 'Arbeidshandicap', die door medewerkers van destijds de divisie Arbeid en Gezondheid van TNO Preventie en Gezondheid, nu het Nederlands Instituut voor Arbeids-omstandigheden-TNO (NIA-TNO) is ontwikkeld. De vragenlijst is opgebouwd uit een aantal

gestandaardiseerde meetinstrumenten. In tabel 2.2 is een overzicht gegeven van de verschillende onderdelen van de vragenlijst.

Tabel 2.2 Overzicht van onderdelen van de vragenlijst

Onderwerpen	Data over
Persoonsgegevens	leeftijd geslacht woonplaats opleidingsniveau arbeidsverleden
Arbeid	beroep taakeisen kwaliteit van arbeid meningen over werk meningen over mogelijkheden van werkhervatting bij verzuim
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	RAND-36 Vragenlijst Dagelijks Functioneren (VDF) General Health Questionnaire (GHQ-12) CORS (Coping, sociale steun) RADAR (ernst van ziekte) Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI)

Er bestaan drie varianten van de vragenlijst. Variant 1 is bedoeld voor mensen die momenteel een betaalde baan hebben en deze bevat de meest uitgebreide set van vragen over werk. Variant twee is bestemd voor mensen die nu niet meer werken, maar in het verleden wel een betaald baan hebben gehad. In deze variant zijn vragen over persoonlijke beleving van werkomstandigheden weggelaten en alleen objectieve vragen over werk gehandhaafd. Variant drie is bestemd voor mensen die (nog) nooit een betaalde baan hadden. Aan dit type vragenlijst zijn alle vragen over werk weggelaten en zijn extra vragen over opleiding en voorwaarden om aan het werk te komen toegevoegd.

2.2.2 De analyse

Zoals reeds in paragraaf 2.1 werd vermeld, is in dit onderzoek een gestratificeerde steekproef uit een RA patiëntenpopulatie getrokken met een oververtegenwoordiging van jongeren en mannen. Dit werd gedaan om voldoende aantallen jongeren en mannen in het onderzoek te betrekken om eventueel subgroep-analyses te kunnen uitvoeren. Om uitspraken te kunnen doen die gelden voor de gehele populatie RA-patiënten in de leeftijd van 60 tot en met 60 jaar, wordt bij de analyses een correctie

aangebracht. In tabel 2.3 wordt aangegeven hoe de steekproef tot stand kwam. Ter verduidelijking: uit de mannelijke patiëntenpopulatie in de leeftijd van 51-60 jaar werd aselect 75% getrokken ten behoeve van dit onderzoek.

Tabel 2.3 Gestratificeerde steekproeftrekking

	leeftijdscategorie	fractie van RA-populatie	aantal in onderzoeks- populatie
mannen	16-50	1	200
	51-60	0,75	198
vrouwen	16-40	1	212
	41-50	0,5	230
	51-60	0,4	216
Totaal			1056

In de percentages die in de volgende hoofdstukken zijn weergegeven, is rekening gehouden met de weging van de steekproef. In hoofdstuk 3 is een beschrijving gegeven van een aantal algemene kenmerken vergeleken met de Nederlandse bevolking. In dit hoofdstuk is geen statistische analysetechniek gebruikt. In hoofdstuk 4 en 5 zijn steeds twee groepen van respondenten vergeleken en verschillen zijn statistisch op significantie getoetst met behulp van het statistische pakket Epi-Info 6 (CDC/WHO, 1994). Met dit statistische pakket werd een cluster sampling analyse uitgevoerd, een univariate toets waarbij rekening gehouden wordt met de wijze waarop de steekproef getrokken is. Verschillen werden significant geacht als de kans dat het verschil op toeval berust kleiner is dan 5% ($p < 0,05$).

3. DE TOTALE ONDERZOEKSPOPULATIE MENSEN MET RA

3.1 Achtergrondgegevens

Sociodemografische gegevens

In de totale groep zijn meer vrouwen (72,3%) dan mannen aanwezig, als gevolg van het relatief grote aantal vrouwen met RA. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeks-populatie bedraagt 49 jaar, met een minimum leeftijd van 19 jaar en een maximale leeftijd van 60 jaar. De gemiddelde leeftijd van de totale Nederlandse bevolking tussen de 15 en 65 jaar ligt rond de 38 jaar (CBS, 1997). De leeftijdsverdeling in de onderzoekspopulatie is afwijkend van de leeftijdsverdeling in de totale bevolking tussen de 15 en 60 jaar. In de onderzoekspopulatie waren relatief veel ouderen aanwezig, hetgeen te verklaren valt door het feit dat geselecteerd is op de diagnose RA en er een piek in het voorkomen van RA is in de leeftijd tussen de 40 en 60 jaar.

In totaal gaf 98,2% van de respondenten aan de Nederlandse nationaliteit te bezitten en 96,3% is geboren in Nederland. Ongeveer driekwart woont samen met een partner, met of zonder kinderen. De overigen wonen merendeels alleen of (nog) bij ouders.

Arbeid

In de totale onderzoekspopulatie had 35,8% een betaalde baan, 54,6% werkte niet meer (maar had in het verleden een betaalde baan gehad), en 9,6% had nog nooit gewerkt. In tabel 3.1 is weergegeven welke vormen van inkomen voorkwamen bij de onderzoekspopulatie.

Tabel 3.1 Inkomen van de onderzoekspopulatie

Inkomensvormen	% na weging van onderzoekspopulatie (n=1056)	% van de Nederlandse bevolking in de leeftijdscategorie 15-64 jaar ¹
eigen inkomen	53,0	59 ²
volledige WAO-uitkering	32,1	6
gedeeltelijke WAO-uitkering	18,9	2,1
WW-uitkering	3,0	7,3
bijstandsuitkering	3,8	1,5
geen inkomen	31,8	

¹ CBS. Statistisch jaarboek 1997

² CBS. Enquête Beroepsbevolking 1997; werkzame beroepsbevolking

Iets minder dan de helft van de respondenten gaf aan goed te kunnen rondkomen van het inkomen, 36,1% gaf aan redelijk te kunnen rondkomen en 15,6% gaf aan nauwelijks te kunnen rondkomen. De

mate waarin respondenten kunnen rondkomen van het inkomen is afhankelijk van de aard van het inkomen: 60% van de respondenten met een eigen inkomen gaf aan goed te kunnen rondkomen, terwijl slechts 38% van de respondenten die geheel/gedeeltelijk afhankelijk zijn van een uitkering aangaf goed te kunnen rondkomen.

Van de respondenten gaf 17% aan dat ze een herkeuring hadden gehad. Hiervan was het merendeel (80%) niet ouder dan 50 jaar. In 13,3% van de gevallen was de WAO-uitkering verlaagd of gestopt.

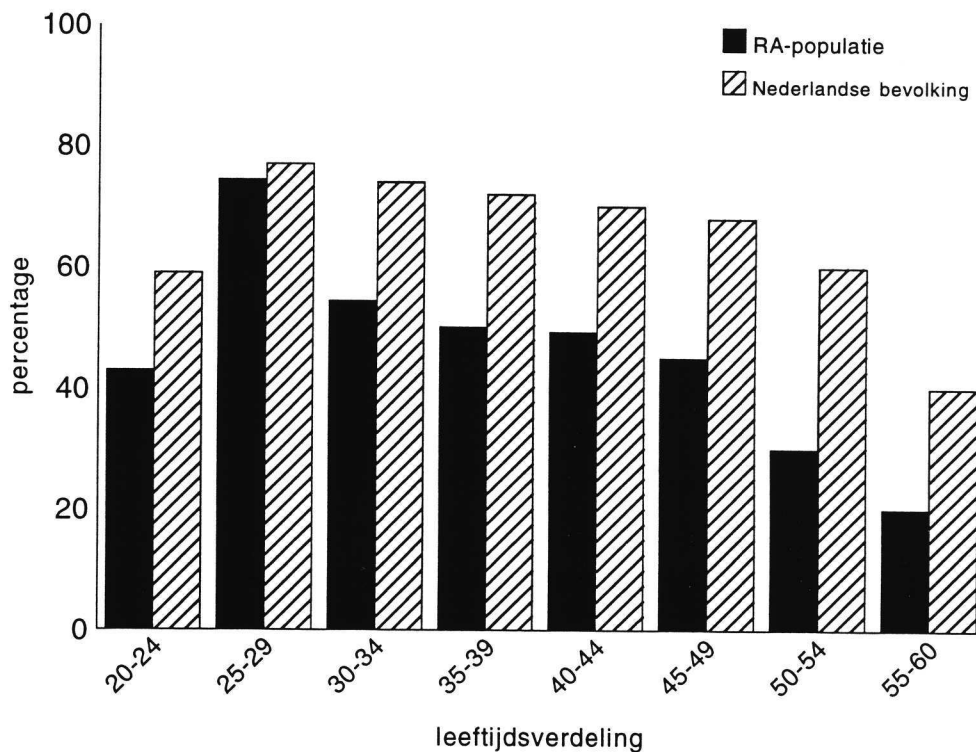
Sociale activiteiten los van betaald werk

Van de respondenten gaf 22% aan vrijwilligerswerk te verrichten. Het gemiddeld aantal uren dat vrijwilligerswerk werd verricht bedroeg 5,2 uur per week, variërend van 1 tot 28 uur per week. Bijna driekwart van de respondenten gaf aan wel eens gezelligheidsactiviteiten buitenshuis (zoals op bezoek gaan, naar de bioscoop gaan) te ondernemen. Het gemiddeld aantal uren per week dat aan gezelligheidsactiviteiten verricht werd, bedraagt 6,1 uur, variërend van 1 tot 32 uur per week.

3.2 Arbeidsparticipatie naar leeftijd, en geslacht

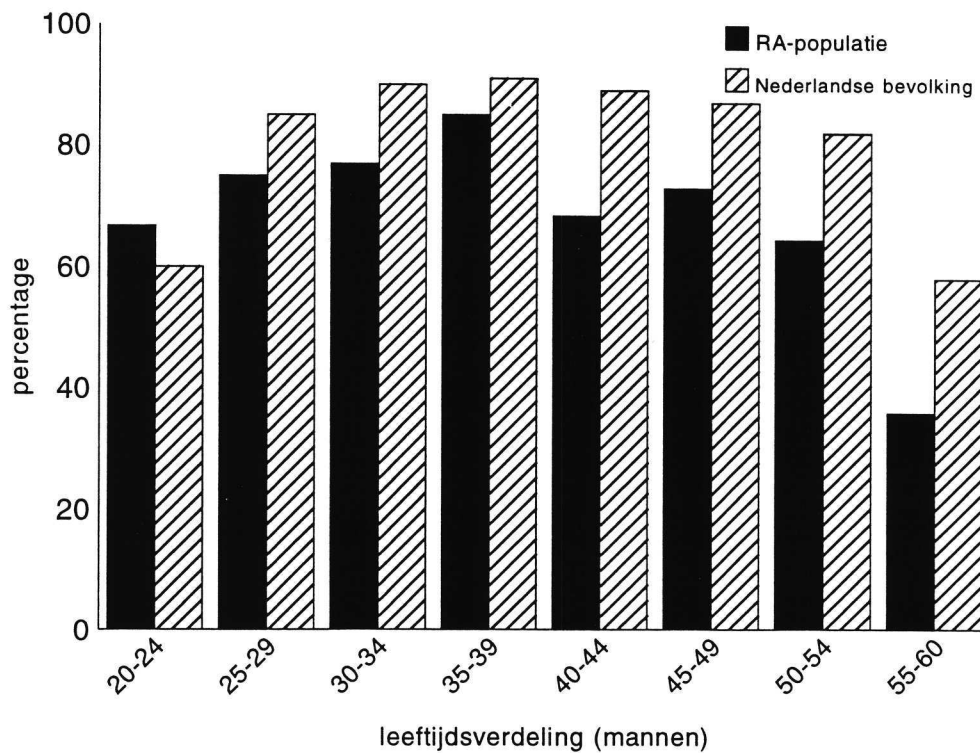
In figuur 3.1 is de arbeidsparticipatie van mensen met RA in de onderzoekspopulatie vergeleken met de Nederlandse potentiële beroepsbevolking in 1996, uitgesplitst naar leeftijdscategorieën (CBS, 1997).

Figuur 3.1 Arbeidsparticipatie van mensen met RA vergeleken met de Nederlandse bevolking

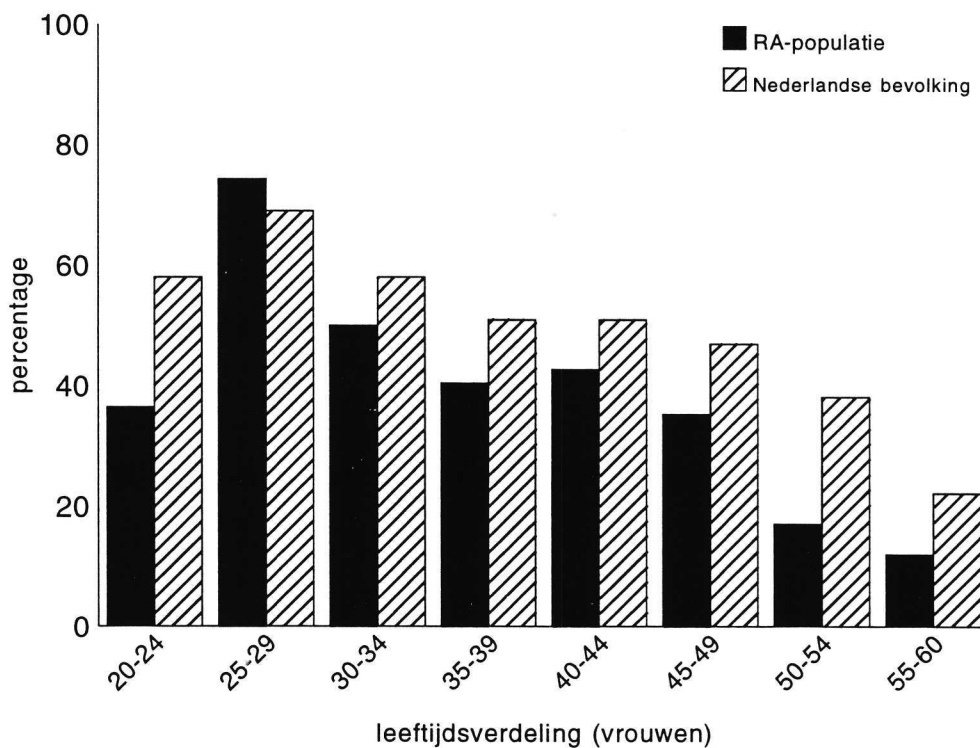


Uit figuur 3.1 blijkt dat de arbeidsdeelname van mensen met RA minder is vergeleken met de totale Nederlandse bevolking en dat de verschillen toenemen vanaf de leeftijdscategorie tussen 30 en 34 jaar. Een andere belangrijke factor die van invloed is op de arbeidsdeelname is het geslacht. In de figuren 3.2 en 3.3 is de arbeidsparticipatie weergegeven van de onderzoekspopulatie vergeleken met de Nederlandse bevolking uitgesplitst naar geslacht.

Figuur 3.2 Arbeidsparticipatie van mannen met RA vergeleken met de Nederlandse mannelijke bevolking



Figuur 3.3 Arbeidsparticipatie van vrouwen met RA vergeleken met de Nederlandse vrouwelijke bevolking



De arbeidsparticipatie van mannen met RA is voor alle leeftijdscategorieën kleiner dan in de algemene bevolking met uitzondering van de jongste leeftijdscategorie. Dit laatste is waarschijnlijk een toevalsbevinding doordat er slechts een klein aantal mannen met RA in deze leeftijdscategorie vertegenwoordigd was. Het verschil in arbeidsparticipatie van mannen met RA vergeleken met de Nederlandse bevolking neemt toe in de leeftijdscategorie tussen 40 en 44 jaar. In de leeftijdscategorie 45 tot en met 49 jaar neemt het verschil enigszins af, terwijl het verschil met de algemene bevolking in de volgende leeftijdscategorieën weer toeneemt. De afname na het 55^e levensjaar bij mannen met RA volgt de trend in de Nederlandse bevolking.

Bij vrouwen wijkt de verdeling van de arbeidsparticipatie af van die van mannen. Na het 30^e levensjaar is een daling te zien in de arbeidsdeelname en vervolgens een geringe toename van de arbeidsdeelname in de leeftijdscategorie tussen de 40 en 44 jaar, waarschijnlijk als gevolg van herintrede. In de daarop volgende leeftijdscategorieën neemt de arbeidsdeelname weer relatief sterk af.

3.2.1 Arbeidsparticipatie naar provincie

De provincies Groningen, Friesland en Limburg hebben een geringer aandeel in de totale werkzame beroepsbevolking dan de provincies in de Randstad. Vandaar dat ook gekeken is naar de verdeling van de arbeidsparticipatie naar provincie in de onderzoekspopulatie. In tabel 3.2 is een vergelijking gemaakt van de arbeidsparticipatie tussen de provincies en de totale beroepsbevolking naar provincie in 1995 (CBS, 1997).

Tabel 3.2 Arbeidsparticipatie van de onderzoekspopulatie en de totale beroepsbevolking naar provincie

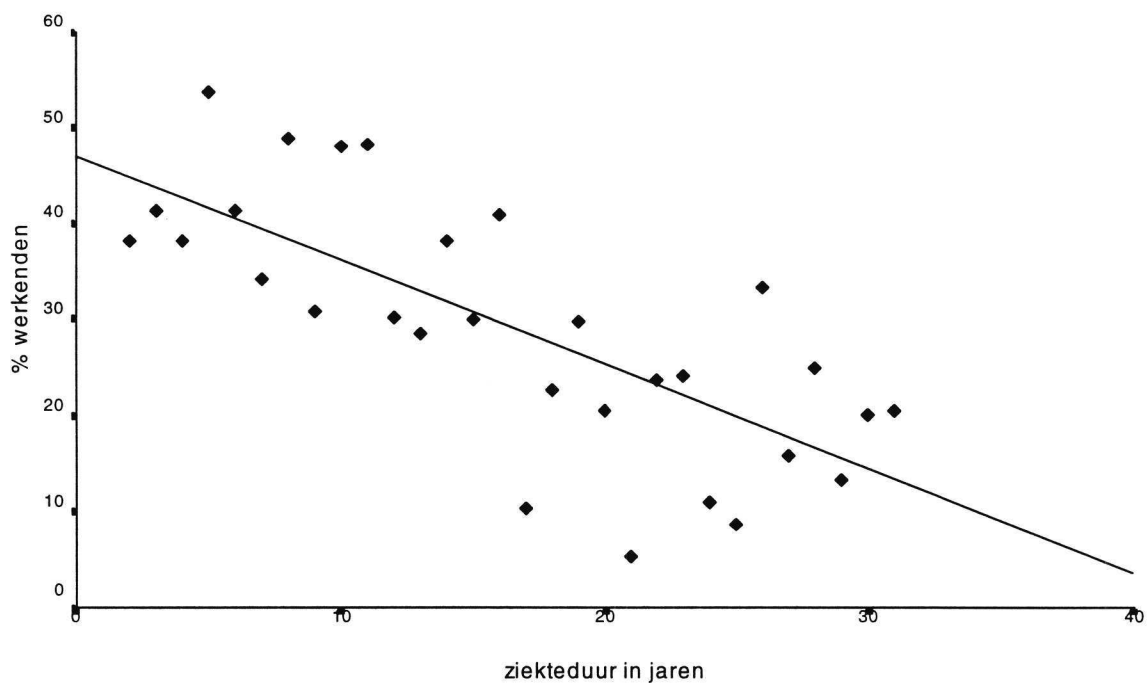
provincie	gewogen % respondenten met een betaalde baan per provincie	% werkzame Nederlandse beroepsbevolking	verschil tussen RA-populatie en Nederlandse werkzame beroepsbevolking in %
Groningen	43,9	51,7	7,8
Friesland	25,6	53,7	28,1
Utrecht	37,1	60,7	23,6
Noord-Holland	37,8	58,3	20,5
Zuid-Holland	43,2	58,3	15,1
Noord-Brabant	27,5	58,3	30,8
Gelderland	28,3	58,3	30,0
Limburg	40,7	56,2	15,5

De arbeidsparticipatie van de onderzoekspopulatie is in elke provincie lager dan de totale arbeidsparticipatie per provincie. Opvallend is dat in de provincie Groningen die een lagere arbeidsparticipatie heeft dan het landelijk gemiddelde de arbeidsparticipatie van de onderzoekspopulatie relatief hoog is. De grootste verschillen in arbeidsparticipatie tussen de RA-populatie en de werkzame bevolking zijn geconstateerd in Noord-Brabant en Gelderland.

3.2.2 Arbeidsparticipatie naar ziekte duur

In figuur 3.4 is de arbeidsparticipatie in de onderzoekspopulatie weergegeven naar duur van de ziekte. Uit de figuur valt af te leiden dat naarmate de ziekte langer aanwezig is, de arbeidsparticipatie daalt van ongeveer 40% bij het begin van de ziekte tot 20% bij een ziekte duur van circa 30 jaar. Dus, het aandeel personen met RA met een betaalde baan wordt kleiner bij een toenemende ziekte duur. Uit een verdere analyse blijkt dat deze relatie niet alleen verklaard kan worden door leeftijd, geslacht en opleiding.

Figuur 3.4 Arbeidsparticipatie naar ziekte duur



3.3 Conclusies

In dit hoofdstuk werd de totale onderzoekspopulatie respondenten met RA vergeleken met de totale Nederlandse beroepsbevolking wat betreft algemene sociodemografische kenmerken en specifiek de arbeidsparticipatie.

De arbeidsparticipatie in de onderzoekspopulatie was lager dan in de Nederlandse beroepsbevolking. Naarmate de ziekte langer aanwezig was, nam de arbeidsdeelname af van in de onderzoekspopulatie (van 40% bij 2 jaar tot 20% bij ongeveer 30 jaar). Deze relatie kon niet verklaard worden door leeftijd, opleiding en geslacht. De ziekte RA speelt hierbij een duidelijke rol. Een opvallende bevinding was dat in de provincie Groningen waar een relatief lage arbeidsparticipatie is, de arbeidsparticipatie in de onderzoeksgroep relatief hoog was. Andere provincies met een relatief klein verschil tussen arbeidsparticipatie van mensen met RA en de algemene bevolking waren Zuid-Holland en Limburg.

4. GEZONDHEIDSTOESTAND VAN WERKENDEN EN NIET-WERKENDEN

4.1 Algemene kenmerken

In tabel 4.1 worden sociodemografische karakteristieken voor de totale onderzoekspopulatie en voor de afzonderlijke groepen ingedeeld naar huidige werkstatus. Van de totale onderzoekspopulatie had 35,8% een betaalde baan ten tijde van de dataverzameling. Van de respondenten die niet werken had 85,1% in het verleden betaald werk verricht.

Tabel 4.1 Algemene karakteristieken van de onderzoekspopulatie

	totale onderzoeks- populatie	de werkenden	niet-werkenden
Geslacht (man)*	27,7%	43,9%	18,7%
Gemiddelde leeftijd (jaren)*	49,0	45,8	50,7
Hoogste opleiding*			
geen/laag	49,1%	32,5%	58,4%
mbo/voortgezet	38,8%	47,3%	34,0%
hbo/universiteit	12,1%	20,2%	7,6%

* statistisch significant verschillend ($p < 0,05$)

De groep werkenden bestond voor 44% uit mannen, terwijl de niet-werkende groep voor bijna 80% uit vrouwen bestond. De werkenden waren gemiddeld jonger en hoger opgeleid.

4.2 Ziekte-activiteit

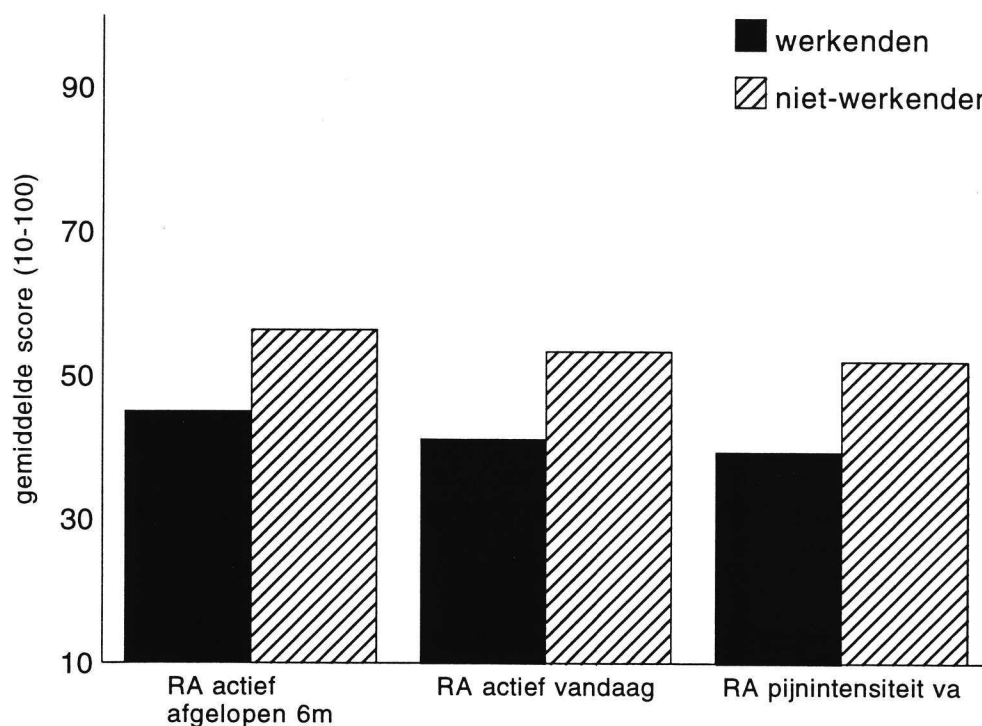
De gemiddelde leeftijd waarop reumatoïde artritis gediagnostiseerd werd, was bij respondenten met werk lager dan bij de respondenten die niet werken, respectievelijk 36,0 jaar en 38,0 jaar ($p < 0,05$). De gemiddelde duur van de ziekte was bij de werkenden 10,0 jaar en bij niet-werkenden 13,0 jaar ($p < 0,05$).

De ziekte-activiteit van de totale onderzoeksgroep werd gemeten met een Nederlandse vertaling van de Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR)-vragenlijst (Mason et al., 1992). In deze vragenlijst zijn drie vragen opgenomen: de activiteit van RA in de afgelopen 6 maanden; de activiteit van RA op de dag van invullen van de vragenlijst; en de hoeveelheid pijn die gepaard gaat met RA op de dag van invullen van de vragenlijst. Bij iedere vraag kan de respondent een cijfer van 1

(=niet actief/geen pijn) tot 100 toekennen (extreem actief/pijn). Voor het berekenen van de gemiddelde score per vraag voor de groep werkenden en niet-werkenden zijn de afzonderlijke scores per respondent eerst vermenigvuldigd met factor 10. In figuur 4.1 worden de gemiddelde scores per vraag weergegeven.

De groep werkenden scoorde gemiddeld lager dan de groep niet-werkenden ($p < 0,05$) op de eerste drie

Figuur 4.1 RADAR: Gemiddelde scores voor totale ziekte-activiteit van werkenden en niet-werkenden



vragen van de RADAR-vragenlijst, hetgeen weergeeft dat in de groep werkenden de ziekte als minder actief werd ervaren dan in de groep niet-werkenden.

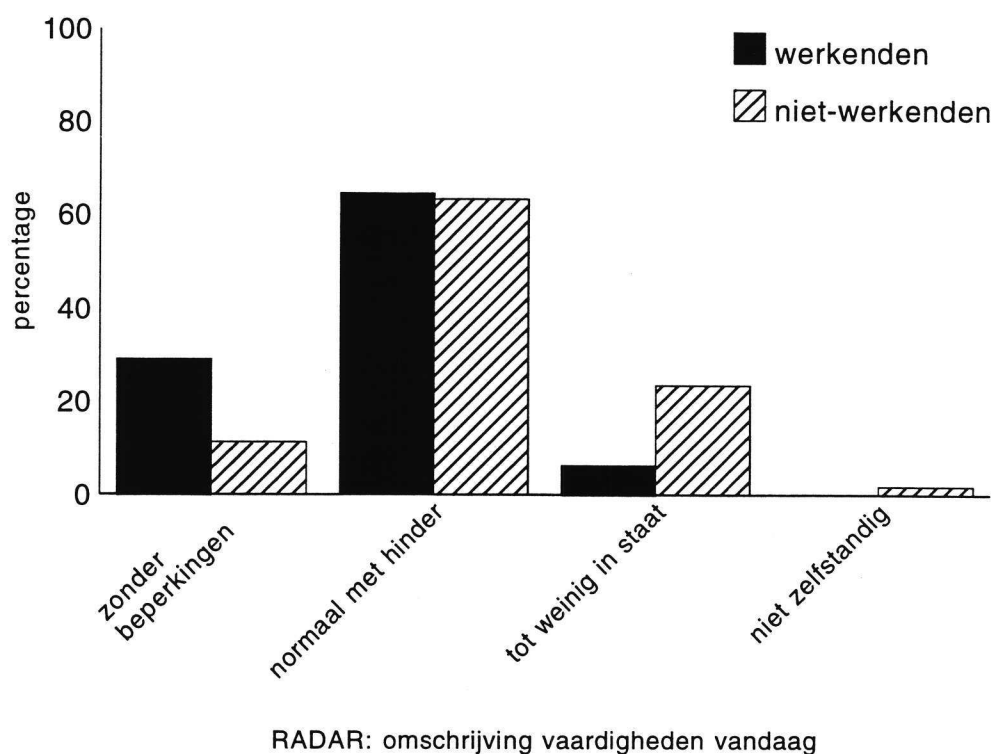
Ochtendstijfheid van gewrichten

Van de groep werkenden gaf 66% aan s'ochtends last te hebben van stijve gewrichten tegen 78% van de niet-werkenden ($p < 0,05$). De duur van de ochtendstijfheid was bij 32,1% van de werkenden langer dan 1 uur in vergelijking met 42,3% van de niet-werkenden.

Vaardigheden

In de RADAR-vragenlijst wordt aan de patiënt de vraag gesteld om aan de hand van voorgestructureerde antwoordcategorieën een omschrijving te geven van de vaardigheden op de dag

Figuur 4.2 RADAR: Vaardigheden van werkenden en niet-werkenden



dat de patiënt de vragenlijst invult. In figuur 4.2 is de verdeling van de groep werkenden en niet-werkenden weergegeven over de antwoordcategorieën.

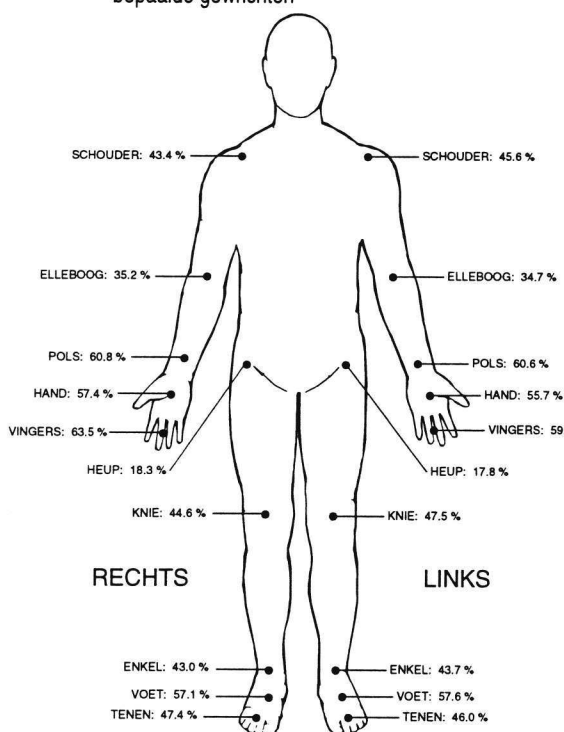
In vergelijking met de niet-werkenden gaven werkenden significant minder vaak aan op het moment dat ze vragenlijst invulden dat ze 'tot weinig in staat waren of tot niets in staat waren hun gebruikelijke bezigheden uit te voeren' of dat ze 'grotendeels aan bed of stoel gebonden waren met weinig of geen mogelijkheden om zichzelf te verzorgen' ($p < 0,05$).

Pijn/gevoeligheid van afzonderlijke gewrichten

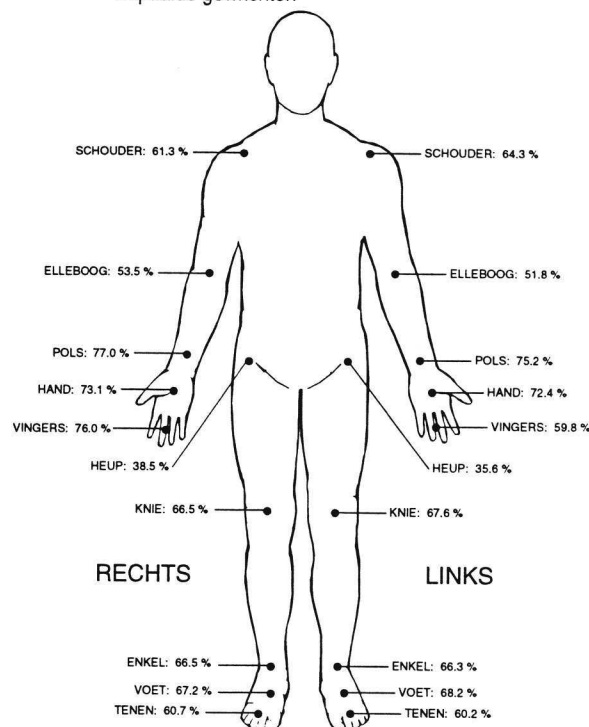
In de figuren 4.3. en 4.4 is het percentage respondenten weergegeven dat last had in termen van pijn en gevoeligheid van de afzonderlijke gewrichten voor werkenden en niet-werkenden.

Uit de figuur valt af te leiden dat werkenden significant minder last hadden van pijn/gevoeligheid van elk afzonderlijk gewricht dan niet-werkenden ($p < 0,05$).

Figuur 4.3 Percentage werkenden met pijn/gevoeligheid in bepaalde gewrichten



Figuur 4.4 Percentage niet-werkenden met pijn/gevoeligheid in bepaalde gewrichten



Concluderend kan gesteld worden dat de groep werkende RA-respondenten op de gehele RADAR-vragenlijst beter scoorden dan de groep niet-werkende respondenten, hetgeen betekent dat RA ernstiger is bij respondenten in laatstgenoemde groep.

4.3 Beperkingen en ervaren gezondheid

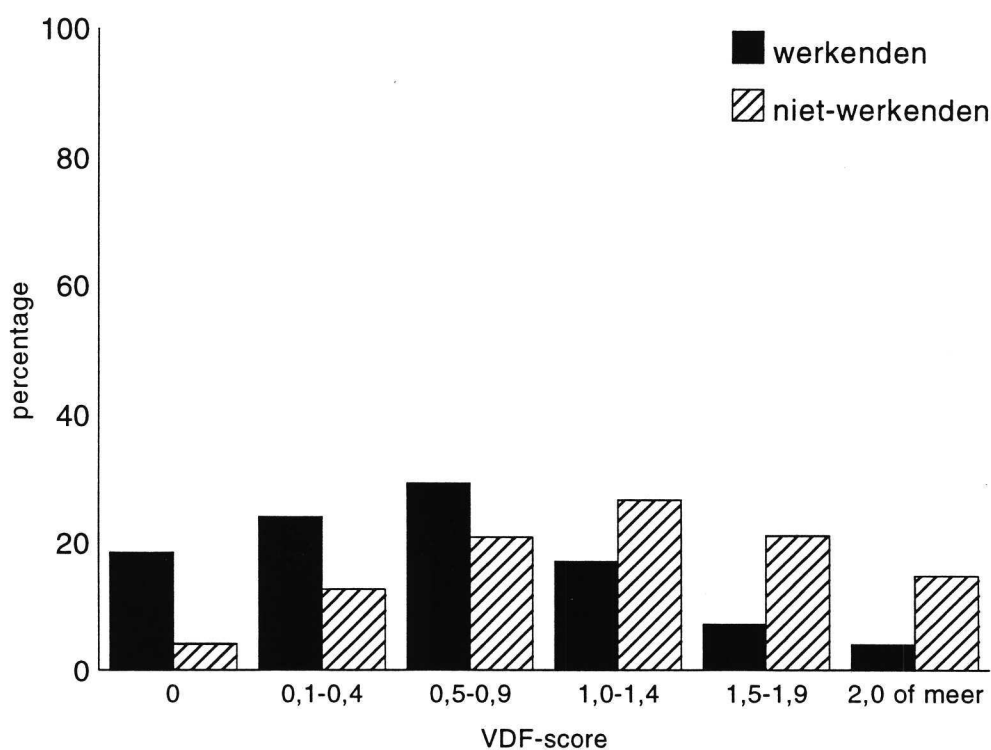
Beperkingen

De mate waarin werkenden en niet-werkenden beperkingen ondervonden bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen werd nagevraagd met de Vragenlijst Dagelijkse Functioneren (VDF, in het engels: Health Assessment Questionnaire (HAQ)) (Bijlsma et al., 1990). Deze vragenlijst bestaat uit 20 items die betrekking hebben op de volgende activiteiten (dimensies): aankleden, opstaan, eten, lopen, wassen en/of toiletbezoek, reiken en/of pakken, vastpakken en boodschappen doen en/of huishoudelijk werk. Bij ieder item zijn vier niveaus van functioneren aangegeven variërend van 'zelfstandig zonder moeite' tot 'niet zelfstandig mogelijk'. Elk niveau is gewaardeerd met een cijfer van 0 tot 3. Per dimensie wordt de hoogste score van de daartoe behorende items genomen. Voor de totale lijst wordt een gemiddelde score berekend, de zogenaamde VDF-score. Deze bestaat uit de

gesommeerde scores van de afzonderlijke dimensies gedeeld door het aantal dimensies waarover is gesommeerd. Indien scores voor 2 of meer dimensies misten, werd er geen VDF-score berekend.

In figuur 4.5 is de verdeling van de VDF-score weergegeven voor werkenden en niet-werkenden.

Figuur 4.5 Beperkingen van werkenden en niet-werkenden (VDF)



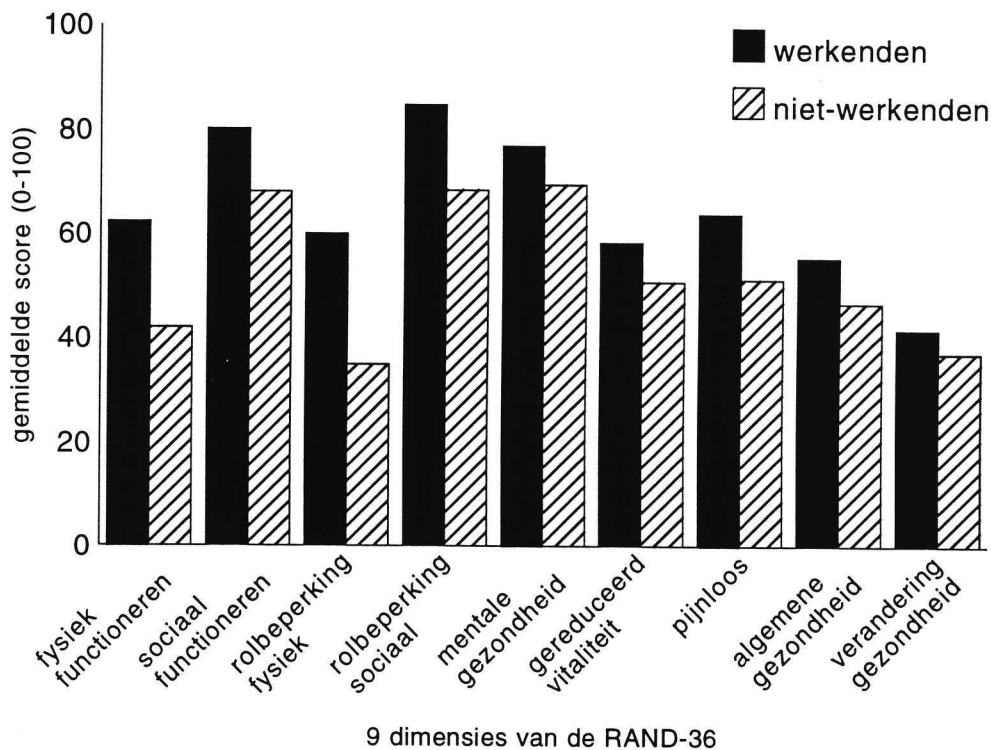
Hieruit blijkt dat werkenden een lagere gemiddelde VDF-score hadden dan niet-werkenden, respectievelijk 0,7 en 1,2 ($p < 0,05$). Dit betekent dat werkenden minder beperkingen ondervonden bij het verrichten van dagelijkse activiteiten dan niet-werkenden.

Ervaren gezondheid

Hoe werkenden en niet-werkenden hun algemene gezondheid beoordelen is nagevraagd met de Nederlandse versie van de RAND-36 vragenlijst, waarin 9 dimensies worden onderscheiden (Van der Zee & Sanderman, 1993). Deze negen dimensies zijn: fysiek functioneren, beperking in maatschappelijk functioneren door fysieke beperking, beperking in maatschappelijk functioneren door emotionele beperking, mentale gezondheid, vitaliteit, afwezigheid van pijn, algemene gezondheid en verandering in gezondheid ten opzichte van een jaar geleden. Per dimensie wordt een score berekend

die kan variëren van 0 tot 100. Een lagere score duidt op een minder gunstig beeld (bijvoorbeeld minder goed (fysiek dan wel sociaal) functioneren, een minder goede mentale gezondheid, een gereduceerde vitaliteit, méér pijn). In figuur 4.6 is de ervaren gezondheid weergegeven van werkenden en niet-werkenden.

Figuur 4.6 Ervaren gezondheid van werkenden en niet-werkenden (RAND-36)



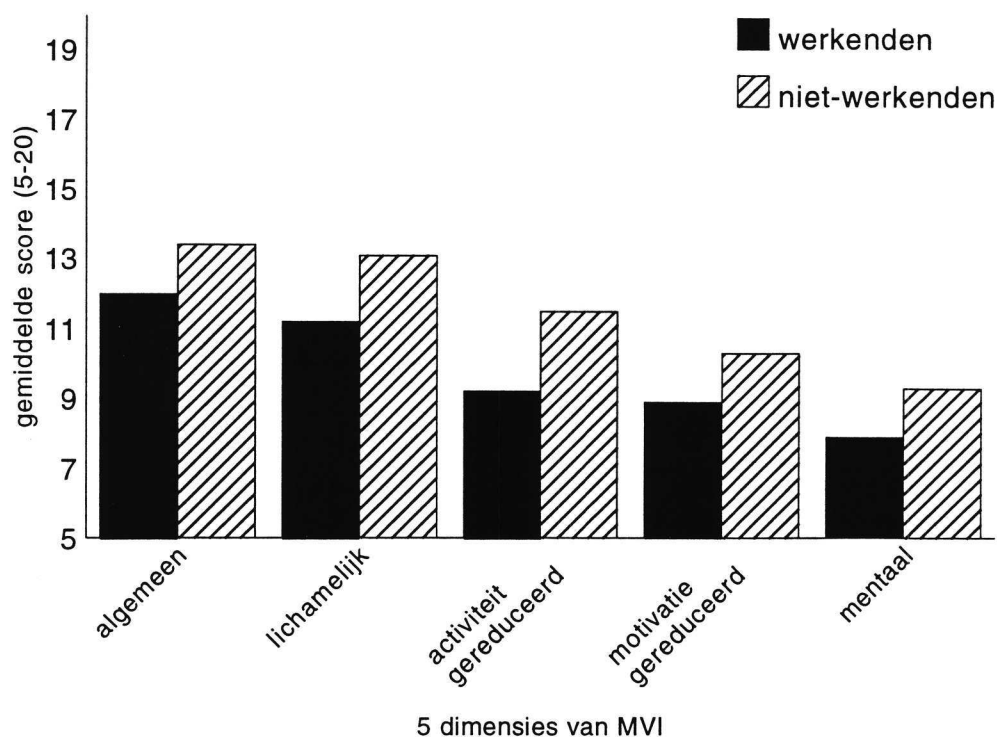
Uit figuur 4.6 valt af te leiden dat werkenden op alle dimensies van de RAND-36 vragenlijst beter scoorden dan niet-werkenden. Deze verschillen zijn ook statistisch significant ($p < 0,05$). De verschillen tussen werkenden en niet-werkenden zijn het grootst bij fysiek functioneren en fysieke rolbeperkingen.

Ervaren vermoeidheid

Vermoeidheid is een belangrijke klacht bij reumatoïde artritis. Met behulp van de Multidimensional Fatigue Index (MFI), oftewel Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) is de ervaren vermoeidheid in de onderzoekspopulatie gemeten (Smets et al., 1995). Deze 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 5 tot 20, een hogere score duidt op meer ervaren vermoeidheid.

In figuur 4.7 zijn de gemiddelde scores van vijf dimensies van de multidimensionele vermoeidheidsindex weergegeven voor werkenden en niet-werkenden.

Figuur 4.7 Ervaren vermoeidheid van werkenden en niet-werkenden



Uit de figuur blijkt dat werkenden voor elke vorm van vermoeidheid een lagere score hebben dan niet-werkenden, hetgeen aangeeft dat werkenden over het algemeen minder vermoeidheid ervaren. De aangegeven verschillen zijn alle statistisch significant ($p < 0,05$). Het grootste verschil tussen werkenden en niet-werkenden werd geconstateerd bij reductie in activiteit. Werkenden onderschrijven vaker de items: "ik zit vol activiteit", en "ik vind dat ik veel doe op een dag", terwijl zij minder vaak het item "er komt weinig uit mijn handen" onderschrijven in vergelijking tot niet-werkenden.

Psychische problematiek

Het voorkomen van psychische problematiek is nagevraagd met de General Health Questionnaire (GHQ) (Koeter & Ormel, 1991). Deze lijst beoogt de opsporing van psychische problemen zoals angst en depressie en bestaat uit 12 items oftewel symptomen. Bij de aanwezigheid van tenminste 2 symptomen is de kans groot dat mensen psychische problemen hebben. In de groep werkenden had 33,3% van de respondenten aangegeven 2 of meer symptomen te hebben en in de groep niet-werkenden had 41,2% dit aangegeven.

4.4 Conclusies

De groep werkenden verschilt heel duidelijk van de groep niet-werkende RA-respondenten voor wat betreft sociodemografische kenmerken, ziekte-activiteit, ervaren beperkingen en ervaren gezondheid. RA-respondenten die niet werken, ervaren een hogere ziekte-activiteit, meer functionele beperkingen en voelen zich minder gezond in vergelijking met RA-respondenten die werken. Om vast te kunnen stellen of deze kenmerken oorzaak, gevolg, of ook wel beide zijn, is een meer longitudinale benadering nodig.

In het volgende hoofdstuk zal meer ingegaan worden op werkomstandigheden van mensen met RA die arbeidsparticipatie en kwaliteit van het werk bepalen.

5. WERKEN OF STOPPEN MET WERKEN NA HET ONTSTAAN VAN RA

5.1 Algemene kenmerken

Van de respondenten die ooit betaald werk verricht hadden na het optreden van RA was 38,1% gestopt met werken. Dit betrof voor het merendeel vrouwen (70,1%). In tabel 5.1 is een vergelijking gemaakt van sociodemografische kenmerken tussen respondenten met betaald werk en respondenten die gestopt zijn met werken na het ontstaan van RA. De percentages zijn berekend naar herweging van de onderzoekspopulatie.

Tabel 5.1 Kenmerken van respondenten met betaald werk en respondenten met werken gestopt zijn na het optreden van RA

Kenmerken	Respondenten met betaald werk	Respondenten gestopt met werken na RA
geslacht* man	43,9%	29,9%
vrouw	56,1%	70,1%
gemiddeld leeftijd* (jaren)	45,8	50,3
gemiddelde leeftijd bij ontstaan RA (jaren)	35,6	35,7
opleiding * geen/laag	32,5%	47,5%
MBO/voortgezet	47,3%	42,6%
HBO/Universiteit	20,2%	9,9%

* statistisch significant verschillend ($p < 0,05$)

Respondenten met betaald werk waren vaker van het mannelijk geslacht, waren gemiddeld jonger en waren hoger opgeleid dan respondenten die gestopt waren met werken na het ontstaan van RA. Opvallend was dat de leeftijd waarop RA ontstond niet verschillend was tussen beide groepen.

5.2 De arbeidsloopbaan

5.2.1 De arbeidsduur

De gemiddelde duur van de arbeidsloopbaan van respondenten met betaald werk en respondenten die gestopt zijn met werken, was respectievelijk 25,8 en 23,0 jaar. De gemiddelden verschilden tussen mannen en vrouwen aanzienlijk (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2 De gemiddelde arbeidsduur van respondenten met een betaalde baan en respondenten die gestopt zijn met werken uitgesplitst naar geslacht

Respondenten	totaal	mannen	vrouwen
met betaald werk	25,8 jaar	29,8 jaar	22,4 jaar
gestopt met werken	23,0 jaar	29,7 jaar	20,2 jaar

De gemiddelde leeftijd in de groep die gestopt was met werken, was 41 jaar; de mannen waren gemiddeld 46,3 jaar oud en de vrouwen waren gemiddeld 38,7 jaar oud.

In tabel 5.3 is de cumulatieve verdeling van de leeftijd waarop respondenten gestopt zijn met werken na het ontstaan van RA weergegeven.

Tabel 5.3 Het moment van stoppen met werken van de totale groep respondenten die gestopt zijn met werken, en uitgesplitst naar geslacht

Respondenten gestopt met werken na RA	cumulatieve percentage		
	totaal	mannen	vrouwen
voor het 25e jaar	6,8%	0,0%	9,7%
voor het 35e jaar	27,5%	6,4%	36,3%
voor het 45e jaar	60,9%	44,9%	67,6%
voor het 55e jaar	90,2%	85,3%	92,3%
na het 55e jaar	100%	100%	100%

Ruim eenderde van de vrouwen is gestopt met werken voor het 35e levensjaar, terwijl dit bij mannen slechts 6,4% is. De belangrijkste reden om te stoppen met werken voor zowel mannen als vrouwen, ongeacht de leeftijd, was het hebben van reumatoïde artritis (73,6% van de mannen en 76,2% van de vrouwen). Van de vrouwen gaf slechts 7,7% aan gestopt zijn met werken na het ontstaan van RA vanwege een huwelijk dan wel het krijgen van kinderen. De problemen in het werk als gevolg van RA die mannen en vrouwen aangaven, staan vermeld in tabel 5.4. Deze gegevens hebben alleen betrekking op de groep respondenten die gestopt zijn met werken.

Tabel 5.4 Aard van de problemen die mannen en vrouwen die gestopt zijn met werken, ondervonden op het werk als gevolg van RA

Soort problemen	% mannen	% vrouwen
vervoer van en naar het werk	3,7	10,0
verplaatsingsproblemen op het werk	17,4	11,5
lichamelijke beperkingen	71,4	75,6
vermoeidheid	58,7	59,2
emotionele klachten	17,3	12,3
concentratie-, geheugenstoornissen	8,1	1,5
anders	16,4	10,0

Zowel mannen als vrouwen gaven aan dat ze de meeste problemen ondervonden in hun werk als gevolg van RA door de daaraan gerelateerde lichamelijke beperkingen en vermoeidheid.

Het gemiddeld aantal jaren dat respondenten werk(t)en met RA is in de groep met een betaalde baan 9,9 jaar en in de groep die gestopt is met werken 6,1 jaar. Er is in de groep respondenten met een betaalde baan geen verschil in de gemiddelde duur tussen mannen en vrouwen. Daarentegen werkten mannen gemiddeld langer door na het ontstaan van RA dan vrouwen in de groep die gestopt is met werken (mannen: 7,4 jaar en vrouwen: 5,6 jaar). In de volgende paragraaf zal meer ingegaan worden op inhoudelijke aspecten van de loopbaan.

5.2.2 Inhoudelijke aspecten

Ten aanzien van sommige aspecten van de loopbaan zijn er geen verschillen tussen respondenten met een betaalde baan en respondenten die gestopt zijn met werken na RA. In beide groepen:

- heeft ongeveer de helft van de respondenten altijd hetzelfde type werk verricht;
- is 1 op 6 ooit een langere periode zonder werk geweest;
- heeft ongeveer de helft zwaar lichamelijk werk verricht;
- heeft een kwart ooit ploegendienst verricht;
- is een kwart ooit veranderd van functie door RA;
- is 13% ooit afgewezen vanwege RA.

Respondenten met een betaalde baan hadden vaker perioden van geestelijk zwaar werk verricht (51,5%), hadden vaker een extra opleiding gevolgd (67,7%) en hadden meer rekening gehouden met de ziekte RA bij de keuze van hun laatste functie (31,3%) dan respondenten die gestopt waren (respectievelijk 41,4%, 44,8% en 23,7%).

Respondenten met een betaalde baan gaven aan dat ze minder problemen hadden ondervonden bij het vinden van ander werk dan de respondenten die gestopt waren (12,7% t.o.v. 21,2%).

Een aanzienlijk verschil bestaat er tussen beide groepen in de totaalbeoordeling van de carrière. De respondenten met een betaalde baan beoordelen hun carrière vaker als opgaand (43% t.o.v. 30,7%) en de respondenten die gestopt zijn met werken vaker als neergaand (32,6% t.o.v. 8,4%).

5.3 De laatst uitgeoefende functie

Bij de laatst uitgeoefende functie gaat het bij de respondenten die gestopt zijn met werken na RA om een baan in het verleden en bij de respondenten die nog werken om de huidige baan. In tabel 5.5 is een vergelijking gemaakt tussen beide groepen van een aantal kenmerken van deze functie.

Tabel 5.5 Kenmerken van de laatst uitgeoefende functie van respondenten met een betaalde baan en respondenten die gestopt waren met werken na RA

Kenmerken	respondenten met een betaalde baan	respondenten gestopt met werken
zelfstandige functie*	11,7%	0,5%
beroepssector*		
agrarisch	3,3%	1,7%
ambacht/industrie	14,1%	21,3%
transport	3,6%	3,7%
administratief	23,3%	20,5%
commercieel	11,8%	12,4%
dienstverlenend	16,5%	20,7%
ander vakspecialistisch	27,5%	19,6%
een speciale opleiding/cursus gevolgd*	54,3%	47,0%
tijdelijke functie	7,3%	6,8%
sociale werkvoorziening	2,8%	5,2%
leidinggevende functie	29,9%	24,5%
gemiddeld aantal uren per dag*	6,8	7,6
gemiddeld aantal dagen per week*	4,5	4,7
gemiddeld aantal uren per week*	31,1	37,4
part-time (< 32 uur/week)*	47,8%	39,8%
bedrijfsomvang (aantal mensen)*		
minder dan 10	19,1%	30,2%
10 tot 35	20,9%	20,7%
35 tot 100	19,3%	14,5%
100 tot 500	20,2%	18,9%
500 of meer	20,6%	15,7%

* statistisch significant verschillend ($p < 0,05$)

Respondenten met een betaalde baan bekleedden vaker een zelfstandige functie, hadden vaker een speciale opleiding of cursus gevolgd ten behoeve van hun functie en waren vaker werkzaam in grotere bedrijven dan respondenten die gestopt waren met werken. Daarnaast werkten respondenten met nog een betaalde baan minder uren per dag en vaker part-time.

Dit laatste gegeven vormt tevens een toepasselijke overgang naar het onderwerp werkaanpassingen: de

mate waarin het huidige werk of het laatst uitgevoerde werk is (was) aangepast aan de belastbaarheid van de betrokkenen.

5.3.1 Werkaanpassingen

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre hun werk was aangepast en in hoeverre er aanpassingen gewenst waren. In tabel 5.6 is een overzicht gegeven van de mate waarin het werk was aangepast dan wel de mate waarin het gewenst was.

Tabel 5.6 Gerealiseerde en gewenste aanpassingen voor respondenten met nog een betaalde baan en respondenten die gestopt zijn

	respondenten met een betaalde baan	respondenten gestopt met werken
werk niet aangepast/behoeft geen aanpassing	47,3%	56,8%
werk niet aangepast/behoeft wel aanpassing	12,9%	21,9%
werk aangepast/verdere aanpassing niet nodig	27,6%	15,9%
werk aangepast/verdere aanpassing nodig	12,2%	5,4%

Het werk van respondenten met een betaalde baan was vaker aangepast (39,8%) dan het werk van respondenten die gestopt waren (27,3%). Er was geen verschil tussen beide groepen in de mate waarin aanpassingen in het werk gewenst waren.

In tabel 5.7 is weergegeven op welke terreinen er aanpassingen gerealiseerd waren, of waarop aanpassingen gewenst waren.

Tabel 5.7 Inhoudelijke aspecten van gerealiseerde en gewenste aanpassingen bij respondenten met nog een betaalde baan en respondenten die gestopt zijn

	respondenten met een betaalde baan	respondenten gestopt met werken
Gerealiseerde aanpassingen		
andere werktijden*	15,5%	8,4%
korter werken*	20,7%	13,0%
andere pauzeregeling	3,8%	3,0%
lager werktempo	10,8%	9,8%
meer hulp*	15,9%	9,2%
weglaten van taken*	14,5%	10,1%
taken erbij*	4,2%	1,4%
zelf werk indelen*	18,4%	11,1%
hulpmiddelen*	8,8%	4,1%
beter meubilair*	11,8%	5,2%
andere gereedschappen	4,0%	2,5%
(bij)scholing	2,7%	1,6%
Gewenste aanpassingen		
andere werktijden	5,7%	7,4%
korter werken	9,8%	10,6%
andere pauzeregeling*	2,8%	5,4%
lager werktempo*	7,3%	11,7%
meer hulp*	6,3%	10,4%
weglaten van taken	8,0%	10,1%
taken erbij	1,5%	0,8%
zelf werk indelen	8,3%	6,8%
hulpmiddelen	5,5%	5,7%
beter meubilair	5,5%	8,2%
andere gereedschappen	2,7%	3,0%
(bij)scholing	3,3%	2,2%

* statistisch significant verschillend ($p < 0,05$)

Respondenten met nog een betaalde baan hadden vaker aanpassingen van werktijden, werden vaker in staat gesteld om zelf het werk in te delen, hadden vaker veranderingen van taken, hadden meer hulp gekregen en vaker aangepaste hulpmiddelen en meubilair gekregen dan respondenten die gestopt waren met werken. Wat betreft gewenste aanpassingen gaven respondenten die gestopt waren met werken vaker aan dat ze meer hulp, een andere pauzeregeling en een lager werktempo zouden willen hebben gehad.

De bedrijfssectoren waarbinnen aanpassingen het meest gerealiseerd waren, waren de agrarische, administratieve en vakspecialistische bedrijfssectoren. De meest (nog) gewenste aanpassingen werden aangegeven door respondenten uit de bedrijfssectoren: ambacht/industrie en vakspecialistisch.

5.3.2 Werkervaringen

In deze paragraaf wordt ingegaan op ervaringen die respondenten hadden in de laatste werkkring in relatie tot RA. De ervaring die respondenten die gestopt zijn met werken het belangrijkste onderscheidt van respondenten met een betaalde baan is dat 70% vindt dat door het werk de ziekte is verergerd in vergelijking met 14% van de respondenten die nog werkt. Respondenten die gestopt zijn met werken hebben minder goede ervaringen overgehouden van hun laatste werkkring dan mensen die nog een betaalde baan hebben. Enerzijds betrof dit meer concrete zaken als de slechte toegankelijkheid van de werkplek (18,5% versus 6,2% bij de respondenten die nog een betaalde baan hebben) en problemen bij het vervoer naar het werk (13,4% versus 4,3%). Anderzijds ging het om de relatie met collega's, leiding en om de ontwikkelingen in het werk.

Respondenten die gestopt zijn met werken ervaarden meer negatieve opmerkingen van collega's (9,5% versus 4,8%) en vonden vaker dat collega's te weinig rekening met hun hielden (23,0% versus 5,2%) dan respondenten die nog werkten. Aan de andere kant waren bij respondenten met nog een betaalde baan vaker collega's op de hoogte van het feit dat ze RA hadden (83,5% tegenover 69,3% bij respondenten die gestopt waren met werken). Wat betreft de ervaren relatie met de leidinggevende vonden respondenten die gestopt zijn vaker dat hun chef te weinig rekening met hen hield (34,9%) dan respondenten met nog een betaalde baan (8,2%).

Respondenten die gestopt zijn met werken hadden de indruk dat ze in vergelijking met hun collega's vaker verzuimden (39,5%) en minder prestaties leverden (33,9%) dan respondenten met een betaalde baan (respectievelijk 15,3% en 15,2%).

Respondenten die gestopt zijn met werken hebben vaker in verband met hun gezondheid in het werk hulp gezocht (68,9%) dan respondenten met nog een betaalde baan (59,0%). De meest genoemde instanties zijn de bedrijfsgezondheidszorg en -vereniging. Opvallend is dat respondenten met nog een betaalde baan meer behoefte hebben aan contact met de bedrijfsarts, verzekeringsarts van de bedrijfsgezondheidsdienst, bedrijfsmaatschappelijk werk en personeelszaken.

5.3.3 Mening van werkenden over de huidige baan

Respondenten met een betaalde baan gaven hun mening over verschillende aspecten van hun huidige baan. De vragen zijn afkomstig uit de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG). In tabel 5.8 is een overzicht gegeven van de mate waarin verschillende ervaringen met het werk werden aangegeven.

Tevens is een vergelijking gemaakt met de resultaten van een steekproef van 6500 werknemers uit de Nederlandse werkende bevolking (Gründemann et al., 1993).

Tabel 5.8 Meningen over het werk van respondenten met een betaalde baan in vergelijking met de 'gemiddelde' werknemer

	% van respondenten met een betaalde baan	% van de Nederlandse werkende bevolking
Werkinhoud		
onvoldoende scholing voor dit werk	8,4	13
niet voldoende afwisseling in het werk	5,9	20
werk is niet boeiend genoeg	13,0	37
vaak geen plezier in het werk	4,3	13
werk te eenvoudig	12,0	27
werk lichamenlijk inspannend	31,2	36
werk geestelijk inspannend	59,2	54
Stress en organisatieproblematiek		
vaak onder tijdsdruk	45,3	53
vaak vermoeiend	29,8	29
problemen met het tempo of drukte	16,5	18
werk wat kalmer aan moeten doen	37,2	32
werk niet goed georganiseerd	16,1	35
onvoldoende overleg op het werk	9,2	24
vaak belemmerd door onverwachte situaties	27,4	54
vaak gehinderd door gebreken van anderen	17,8	34
werk bemoeilijkt door afwezigheid anderen	12,3	24
vaak ergernis van anderen op het werk	13,5	38
Sociale omstandigheden		
onderlinge sfeer niet goed	8,4	22
dagelijkse leiding niet goed	25,5	28
dagelijkse leiding geen goed beeld van werkzaamheden	17,3	30
dagelijkse leiding houdt onvoldoende rekening	14,2	34
werk beïnvloedt privéleven	16,2	25
werk onvoldoende gewaardeerd	12,7	44
beloning niet in overeenstemming met werk	21,3	50
vooruitzichten in huidige baan niet goed	17,3	39

In vergelijking met de referentiepopulatie oordeelden mensen met reumatoïde artritis over de meeste aspecten van het werk positiever. De meest opvallende verschillen tussen de populatie met RA en de referentiepopulatie waren: mensen met RA vonden hun werk boeiender, werden minder belemmerd door onverwachte situaties en vonden vaker dat de leiding voldoende rekening met hen hield. Wel vond 1 op de 3 respondenten dat er zoveel energie in het werk gestoken moest worden dat er weinig energie overblijft voor sociale of huishoudelijke activiteiten. Deze vraag werd in dit onderzoek toegevoegd, dit houdt in dat er geen vergelijking met de Nederlandse referentie-populatie bestaat.

5.4 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn factoren voor uitval uit het arbeidsproces bestudeerd. Drie factoren die een rol spelen bij de arbeidsparticipatie in de gehele Nederlandse beroepsbevolking, zijn ook van groot belang bij mensen met RA. Dit zijn geslacht, leeftijd en opleiding. De groep respondenten die waren gestopt met werken na het ontstaan van RA bestond uit meer vrouwen, meer ouderen en meer lager geschoolden. Ongeveer driekwart van deze groep gaf aan te zijn gestopt met werken vanwege RA, met name door de daarmee gepaard gaande lichamelijke beperkingen en vermoeidheid.

Naast persoons- of ziektekenmerken zijn ook factoren gerelateerd aan de arbeidsloopbaan en de laatst uitgeoefende functie van belang bij het aan het werk blijven van mensen met RA. Eén van de belangrijkste factoren is de mate waarin het werk aangepast is aan de gezondheid van de respondenten. Ongeveer 40% van de respondenten met een betaalde baan had één of meerdere aanpassingen in vergelijking met 27% van de respondenten die gestopt zijn met werken. Meest genoemde aanpassingen waren korter werken en in staat zijn om zelf het werk in te delen. Een andere belangrijke bevinding is dat respondenten met (nog) een betaalde baan vaker extra cursussen of opleidingen gevolgd hadden gedurende hun loopbaan.

Negatieve ervaringen met de laatste werkkring worden vaker gerapporteerd door respondenten die gestopt zijn met werken dan respondenten met een betaalde baan. Het betreft hier zowel relaties met collega's en leidinggevenden als omstandigheden op het werk. Respondenten met een betaalde baan oordeelden juist positiever over hun werk dan een 'gemiddelde' werknemer.

6. BESCHOUWING

Zoals blijkt uit de eerste resultaten, in dit verslag gepresenteerd, levert het onderzoek 'Reumatoïde Artritis en werk' belangrijke informatie op over de arbeidsparticipatie van mensen met RA, over de relatie tussen werk en algemene gezondheidstoestand van mensen met RA en over factoren in het werk die een bijdrage leveren bij het aan het werk blijven van mensen met RA.

Arbeidsparticipatie

Zoals reeds in de inleiding werd vermeld, hebben mensen met een chronische aandoening een slechtere arbeidsmarktpositie en een lagere arbeidsparticipatie dan het gemiddelde in de beroepsbevolking (Wevers et al., 1993, 1995). In dit onderzoek werd dit bevestigd voor respondenten met RA. Het verschil in arbeidsparticipatie tussen respondenten met RA en de algemene bevolking was het grootst in de leeftijd van 40 tot 44 jaar. In deze leeftijdscategorie bleek ook relatief het hoogste aantal respondenten met RA te stoppen met werken na het ontstaan van de ziekte.

Daarnaast werd gevonden dat de arbeidsdeelname afnam met een toenemende ziekteduur. Deze relatie was onafhankelijk van andere belangrijke factoren voor arbeidsdeelname zoals leeftijd, geslacht en opleiding.

Ervaren gezondheid

Respondenten met betaald werk bleken een betere gezondheidstoestand te hebben dan respondenten zonder werk. Deze bevinding onderschrijft de conclusie van Warr et al. (1987) dat (betaald) werk een belangrijke factor is in het welbevinden van respondenten. Maar om vast te kunnen stellen of deze bevinding oorzaak, gevolg, of ook wel beide zijn, is een meer longitudinale benadering nodig. (Her-)intrede van respondenten met RA zal ernstig gehinderd worden door een minder goede gezondheidsstatus.

Aangezien het werken met beperkingen en handicaps een belangrijk aandachtsgebied in het sociale beleid van de Nederlandse overheid is, zullen extra inspanningen nodig zijn om respondenten met RA aan het werk te houden dan wel te krijgen. Informatie over welke inspanningen er nodig zijn en door wie zal naar voren komen uit verdere analyses van onze onderzoeksdata over (her-)intrede van respondenten met RA.

Aan het werk met RA

Van de respondenten met RA die ooit gewerkt hadden na het ontstaan van RA was bijna 40% gestopt. Naast leeftijd, geslacht en opleiding bleken ook factoren in het werk bij te dragen aan het aan het werk

blijven van respondenten met RA. Belangrijke factoren die hierop een positieve invloed hebben, zijn werkaanpassingen en het volgen van extra opleidingen en cursussen. Wat betreft aanpassingen gaat het vooral om kortere werktijden en het in staat worden gesteld om zelf het werk in te delen. In grotere bedrijven zijn meer mogelijkheden aanwezig (zoals part-time werk, interne verschuiving, meer aanpassingen) om aan het werk te blijven voor respondenten met RA dan in kleinere bedrijven. Drie van de vier respondenten die gestopt zijn met werken gaven aan dat RA hiervan de oorzaak was. Zowel mannen als vrouwen in deze groep gaven aan dat ze meeste problemen ondervonden in hun werk door de aan RA gerelateerde lichamelijke beperkingen en vermoeidheid. Negatieve ervaringen met de laatste werkkring worden vaker gerapporteerd door respondenten die gestopt zijn met werken dan respondenten met een betaalde baan. Het betreft hier zowel relaties met collega's en leidinggevendenden als omstandigheden op het werk. Respondenten met een betaalde baan oordeelden juist positiever over hun werk dan een 'gemiddelde' werknemer. In een artikel dat wordt aangeboden aan een wetenschappelijk tijdschrift, zal verder worden bekeken welke factoren in het werk het meest bijdragen aan het aan het werk blijven van mensen met RA.

De resultaten van dit onderzoek kunnen in belangrijke mate bijdragen tot het ontwikkelen van interventies gericht op het aan het werk blijven dan wel komen van mensen met RA.

Om inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij een andere ernstige reumatische aandoening, de ziekte van Bechterew, die vooral bij jongere mensen en mannen optreedt, wordt momenteel in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Nederlands Instituut voor Arbeid-TNO (NIA-TNO) een met het project 'RA en werk vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd.

Er bestaan momenteel plannen om een gecontroleerd interventieproject in de tweede lijn op te zetten dat in 1998 uitgevoerd moet gaan worden. Dit project zal gericht zijn op het ontwikkelen, toepassen en toetsen op effectiviteit van concrete protocollen voor specialisten en andere hulpverleners, die tot doel hebben patiënten, bij wie een bepaalde aandoening wordt gediagnostiseerd en die betaald werk hebben, zodanig vanuit de kliniek te begeleiden dat behoud van werk (eventueel na het doorvoeren van aanpassingen of taakveranderingen) mogelijk is. Hierbij kunnen hulpverleners worden ingeschakeld, die specifieke deskundigheid hebben op het gebied van het werken met een chronische aandoening en die actief contact zoeken met arbo-diensten en werkgevers om gewenste aanpassingen in het werk te realiseren. De kennis over de relatie tussen diverse chronische ziekten en werk en over de determinanten van uitval uit het werk kan worden ingebouwd in de protocollen en in het begeleidingstraject. De achterliggende gedachte daarbij is, dat het iemand die gehandicapt is door een chronische aandoening nog een aanzienlijke restcapaciteit bezit, die in combinatie met opgebouwde

ervaring en deskundigheid van groot nut kan zijn. In veel gevallen moet het mogelijk zijn het werk of de taken zodanig aan te passen dat dit ondanks de aanwezigheid van handicaps uitvoerbaar is dat het goed is de restcapaciteiten van iemand te benutten. Als een persoon, bij wie een chronische ziekte wordt gediagnostiseerd, met de nodige begeleiding en aanpassingen in staat is om aan het werk te blijven worden ziekteverzuim en latere afkeuring voorkomen, terwijl de kansen op het hebben van werk op de langere termijn veel groter zijn dan na uitval uit het werk en een langdurige periode van arbeidsongeschiktheid. In een later stadium kan eventueel ook worden gedacht aan het begeleiden van mensen, die op zoek zijn naar werk (in samenwerking met de arbeidsvoorziening).

In eerste instantie zal het interventieproject zich richten op reumatoïde artritis en spondylitis ankylopoëtica (ziekte van Bechterew), omdat over deze ziekten dan specifieke informatie aanwezig is. In het kader van dit onderzoek wordt een samenwerkingsverband nagestreefd met het Academisch Ziekenhuis Leiden (o.a. reumatologie, besliskunde en maatschappelijk werk) en het NIA-TNO. Hierover is reeds overleg gaande.

NAWOORD

Vanaf deze plaats willen wij graag alle mensen die een vragenlijst hebben ingevuld bedanken voor hun bereidwilligheid en inspanningen. Daarnaast willen we de reumatologen, mw. dr. A. Linssen, dr. M. Janssen, dr. A.J.L. de Jong, dr. M.E.C. Jeurissen, drs. P. Jacobs, drs. P.E.H. Seys, dr. H.C.M. Haanen, dr. E.J. ten Borg, drs. H.L.M. Brus, drs. D.M. Hofman, drs. W. Hissink Muller, dr. H.J. van Beusekom, mw. drs. J.M. van Emmerik, mw. drs. J.S. Koops-Korbee, drs. J.A.P.M. Ewals, drs. H. van der Leeden, drs. J.F. Haverman, drs. P.L.M. van Oyen, mw. dr. R.M. van Soesbergen, dr. G.A.W. Bruyn, drs. E.N. Griep, mw. dr. P. M. Houtman, prof. dr. F.C. Breedveld, mw. dr. J.M.W. Hazes, mw. drs. H. Bootsma, drs. B.P.C. Hazenberg, mw. dr. M.A. van Leeuwen, prof. dr. M.H. van Rijswijk, dr. M. Boers, mw. dr. D.M.F.M. van der Heyde, Prof. dr. J.M.J.P. van der Linden, mw. drs. H.M.S. van Santen-Hoeufft, mw. drs. A. Boonen en al hun secretariaatmedewerkers bedanken voor hun medewerking en inzet bij het werven van deelnemers aan dit onderzoek.

De auteurs

augustus 1997

LITERATUUR

- 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.
- ANDRIESEN S, VERKLEIJ HEM, MARCELISSEN FHG. Verzuimbeleid in verandering. Amsterdam, NIA-TNO, 1997.
- ANDRIESEN A, VEERMAN TJ, VIJGEN . Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt: selectieve aanstelling en afvloeiing van personeel op grond van (vermeende) risico's binnen Ziekwet en WAO. Zoetermeer, CSTV, 1995.
- 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.
- BIJLSMA JWW, Oude Heuvel CHB, Zaalberg A. Development and validation of the Dutch questionnaire capacities of daily life (VDF) for patients with rheumatoid arthritis. J Reh Sc, 1990;3:71-4.
- BLOOM J, HOPPE R, FOBAIR P, COX R, VARGHESE A, SPIEGEL D. 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.
- CBS. Enquête beroepsbevolking 1996. Den Haag: SDU, 1997.
- CBS. Statistisch Jaarboek 1997. Den Haag, SDU, 1997.
- DOEGLAS D, SUURMEIJER T, KROL B, SANDERMAN R, LEEUWEN M van. Work disability in early rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 1995;54:455-60.
- ELDEREN T van, MAES S, SIMON J, TOORN S van der. Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk. MC, 1996;51:27-29.
- ELDEREN TNT van. Chronisch zieken en werk: (on)beperkt aan het werk. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: VUGA, 1995.
- FELTS W, YELIN E. The economic impact of the rheumatic disease in the United States. J Rheum, 1989;16:867-84.
- FIFIELD J, REISINE S, SHEENAN TJ, MCQUILLAN J. Gender, paid work, and symptoms of emotional distress in rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheum, 1996;39:427-35.
- FLEUREN-van WALSSEN JM. WULBZ en haar gevolgen. SMA, 1996;51:159-169.
- GRÜNDEMANN RWM, SMULDERS PGW, WINTER CR de. VAG-vragenlijst Arbeid en Gezondheid. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1993.
- 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 Sclerosis and employment: synthesis report. Melsbroek: National Center for MS, 1993.
- KNIPSCHIEER CPM, ANTONUCCI TC (eds.). Social network research: substantive issues and methodologic question. Amsterdam/Lisse, Zwets en Zeitlinger, 1990.
- KOETER MWJ, ORMEL J. General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.
- KRAMER JS, YELIN EH, EPSTEIN WV. Social and economic impacts of four musculoskeletal conditions: a study using national community data. Arthritis Rheum, 1983;26:901-7.

- LANHAM RJ, DIGIANNANTONIO AF. Quality of life of cancer patients. *Oncology*, 1988;45:1-7.
- LIANG MH, LARSON M, THOMSON M, EATON H, MCNAMARA E, KATZ R, TAYLOR J. Costs and outcomes in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis Rheum*, 1984;27:522-9.
- MÄKELÄ M, HELIÖVAARA m, SIEVERS K, KNEKT P, MAATELA J, AROMAA A. Musculoskeletal disorders as determinants of disability in Finns aged 30 years or more. *J Clin Epidemiol*, 1993;46:549-59.
- MASON JH, ANDERSON JJ, MEENAN RF, HARALSON KM, LEWIS-STEVENSON D, KAINE JL. The Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR) questionnaire. Validity and sensitivity to change of a patient self-report measure of joint count and clinical status. *Arth and Rheum*, 1992;35:156-62.
- MAU W, BORNMANN M, WEBER H. Indicators of work incapacity in the first year of chronic polyarthritis. *Z Rheumatol*, 1996a;55:233-40.
- MAU W, BORNMANN M, WEBER H, WEIDEMANN HF, HECKER H, RASPE HH. Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis: results of a tree structured analysis using RECPAM. *Br J Rheumatol*, 1996b;35:652-9.
- NCCZ. Werk op maat. Advies arbeidsmarktpositie van mensen met gezondheidsproblemen. Zoetermeer: NCCZ, 1995.
- NIJHUIS FJN, HORST FG van der, JANSSEN M, BERGERS J, SCHAFFERS VM. Effecten van de WAO-herkeuringsprocedure bij mensen met diabetes van 20-35 jaar. Rijksuniversiteit Limburg Maastricht, 1995.
- PRINS R. Work incapacity in a cross-national perspective: a pilot-study on the arrangement and data in 6 countries. The Hague, VUGA, 1992.
- REISINE S, MCQUILLAN J, FIFIELD J. Predictors of work disability in rheumatoid arthritis patients. A five-year follow-up. *Arthritis Rheum*, 1995;38:1630-7.
- REISINE ST, GRADYKE, GOODENOW C, FIFIELD J. Work disability among women with rheumatoid arthritis-the relative importance of disease, social, work and family factors. *Arthritis Rheum*, 1989;32:538-43.
- SMETS EMA, GARSSSEN B, BANKE B. Het meten van vermoeidheid met de MVI-20: een handleiding. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, 1995.
- SOETERS J. Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- STONE CE. The lifetime economic costs of rheumatoid arthritis. *J Rheum*, 1984;11:819-27.
- TIMMERS K. Problemen van jonge mensen met reuma: aanknopingspunten voor voorlichting en begeleiding. Enschede, Universiteit van Twente, 1994
- VEERMAN TJ, HUURNE AG ter. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1995-1996. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, VUGA, 1996.
- VERBEEK J. Arbeidsongeschiktheid op grond van aandoeningen van het bewegingsapparaat: een beschrijving T Soc Gezondheidsz, 1988;66:22-6.
- VERKLEIJ H. Onderzoek naar de gevolgen van chronische aandoeningen voor het dagelijks functioneren. T Soc Gezondheidsz, 1991;69:221-7.
- WARR P. Work, unemployment and mental health. Oxford: Clarendon Press, 1987.
- WEVERS CWJ, PUTTEN DJ, NIJBOER ID. Werken met een chronische aandoening. Deel 1: Arbomedische reeks. Samson Bedrijfsinformatie, Alphen a/d Rijn/Diegem, 1996.
- WEVERS CWJ. Kwantitatieve onderbouwing van de arbeidsmarktproblematiek van mensen met een chronische aandoening: bijlage bij de adviesaanvraag van de NCCZ. Leiden: TNO-PG, 1995.

WEVERS CWJ, NIJBOER ID, ANDRIES F, BLOEMHOFF A, GIER HG DE, HILDEBRANDT VH, MUL CAM, URLINGS IJM. De arbeidsmarktpositie van chronisch zieken. Overzichtsstudie naar Nederlandse literatuur van de laatste 10 jaar, databestanden en lopende arbeidsprojecten. Zoetermeer: NCCZ, 1993.

WILLEMS JHBM, VUUREN CV van, URLINGS IJM. Privatisering van de Ziektewet: effecten en opinies van medische zijde. SMA, 1996: in druk.

YELIN E, HENKE C, EPSTEIN W. The work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 1987;30:507-12.

YELIN EH, HENKE CJ, EPSTEIN WV. Work disability among persons with musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum*, 1986;29:1322-33.

YELIN E, MEENAN R, NEVITT M, EPSTEIN W. Work disability in rheumatoid arthritis: effects of disease, social and work factors. *Arthritis Rheum*, 1980;93:551-6.

ZEE KI van der, SANDERMAN R. Het meten van de gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, RUG, 1993.