

Kanker in relatie tot werk

A.M. Kremer · C.W.J. Wevers

Samenvatting Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in het werkhervattingsproces van mensen met kanker; 102 kankerpatiënten (25-59 jaar) met een gunstige 3-jaarsoverleving zijn 15 maanden gevolgd. Negen-tig deelnemers hebben drie vragenlijsten ingevuld (fase 1-3).

Drie, 6 en 12 maanden na diagnosestelling was 30%, 54% respectievelijk 86% aan het werk. Na 18 maanden was 12% gestopt met werken en 29% ontving een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De werkkenmerken zelfstandige, mentaal belastend werk, veel autonomie en geen hoge werkdruk waren geassocieerd met werkhervatting na 3 maanden. Tijdens fase 3 had 29% van de werkenden (nog) een werk(plek)aanpassing. Vergeleken met werkenden, hadden werkenden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering in het dagelijkse leven vaker moeite met communicatieve en mentale vaardigheden, en de niet-werkenden met fysieke activiteiten en mentale vaardigheden. Het onderzoek illustreert dat het proces van werkhervatting niet altijd vlekkeloos verloopt, en benadrukt het belang van evaluatie (nazorg) van de werkhervatting.

Keywords kanker · werkhervatting · werkaanpassingen · sociaal-medische begeleiding

Inleiding

Door verbeteringen in de overleving van mensen met kanker, is werk en werkhervatting een steeds belangrijker aandachtspunt geworden. TNO Arbeid heeft door middel van een vragenlijstonderzoek een bijdrage willen leveren aan meer inzicht in de reïntegratie en reïntegratieproblemen van werknemers met kanker. Dit artikel bespreekt een selectie van resultaten. Vragen die aan bod komen zijn: In welke mate gaan werkenden die kanker hebben (gehad) weer werken? Wat is de rol van werk(plek)aanpassingen bij werkhervatting? Wat zijn ervaringen met sociaal medische begeleiding (SMB)? Welke verschillen zijn er tussen werkenden en niet-werkenden wat betreft moeite met activiteiten in het dagelijkse leven (ADL)? In dit artikel worden vermoeidheid, geestelijke gezondheid, kwaliteit van leven, en gedetailleerde gegevens over werkinhoud niet besproken, evenals de resultaten van een bijbehorend transversaal onderzoek.¹

1. De werkkenmerken zelfstandige, mentaal belastend werk, veel autonomie en geen hoge werkdruk zijn geassocieerd met een snelle werkhervatting bij mensen met kanker.
2. SMB is mensenwerk: (1) een te bureaucratische benadering van mensen die net weten dat zij kanker hebben kan onnodige wrijving veroorzaken; (2) het proces van werkhervatting en van werkaanpassingen gerealiseerd krijgen verloopt niet altijd vlekkeloos.
3. Nazorg in de SMB kan ook belangrijk zijn voor werknemers met kanker die werk hervatten zonder werkaanpassingen.

A.M. Kremer (✉)

Personaliadr. A.M. Kremer, arts epidemioloog, en werkzaam bij TNO Arbeid. drs. C.W.J. Wevers, bedrijfsarts, en werkzaam bij TNO Arbeid. Correspondentieadres Mevr. dr. A.M. Kremer, arts epidemioloog, TNO Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp E-mailadres: a.kremer@arbeid.tno.nl De publicatie kanker en werk is te bestellen bij TNO Arbeid. Fax: 023 5549394 of E-mail: receptie@arbeid.tno.nl (€ 19, excl. BTW).

Schema 1 Overzicht van enkele gebruikte modules in de vragenlijst tijdens de drie onderzoeken fase 1, fase 2 en fase 3

Vragenlijstmodules	Fase 1 (T_0)	Fase 2 ($T_0 + 6$ mnd)	Fase 3 ($T_0 + 15$ mnd)
Gezondheid, met onder meer Ziektegeschiedenis en behandeling	X	X	X
Activiteiten Dagelijkse Leven	–	–	X
Vragen over werk, met onder meer			
Werkkenmerken	X ^a	–	X
Activiteiten in het werk en de moeite die men daarmee heeft	X ^a	–	X
Werk(plek)aanpassing en de wens tot aanpassing	X	X	X
Begeleiding bij werkhervatting	X	X	X
Kalender voor ziekteverzuim	X	X	X

a Betrekking op het werk dat men deed voordat men kanker had.

Opzet en methode

De behandeling van kanker kan een proces zijn van lange duur. Daarom is voor een prospectieve opzet van het onderzoek gekozen. Aan de werving van deelnemers hebben zeven integrale kankercentra meegewerkt. Patiënten met de diagnose kanker zijn door hun behandelende specialist gevraagd voor deelname. Inclusiecriteria waren: (1) leeftijd 25-59 jaar; (2) een redelijke kans op 3-jaarsoverleving; (3) op het moment van de diagnose betaald werk hebben (geen WAO). Er is geselecteerd op de volgende locaties van kanker: keel, overig hoofd/hals, maag, dikke darm, endeldarm, borst, baarmoederhals, baarmoeder, eierstokken, zaadbalk, prostaat, blaas, nier, Hodgkin en non-Hodgkin. De potentiële deelnemers lieten met een informed consent de onderzoekers weten dat zij mee wilden doen. Het onderzoek voor de deelnemers zou 3-6 maanden nadat de diagnose was gesteld, starten. Deelnemers zijn 15 maanden gevolgd en hebben drie maal een vragenlijst ingevuld (zie schema). De werving van deelnemers vond plaats in de periode van september 1995 tot juni 1997.

De vragenlijst bestond uit modules met vragen over achtergrondgegevens, behandeling van de ziekte, gezondheid, ziekteverzuim, het huidige werk, werk (plek)aanpassingen, meningen over het werk en SMB. De module met vragen over ADL bevat 18 fysieke en 10 niet-fysieke activiteiten. Aan de deelnemers is gevraagd of zij moeite hadden met die activiteiten. Enkele activiteiten zijn geclusterd tot: mobiliteits- (7 items), hand/arm- (3 items), communicatieve (4 items) en mentale (3 items) vaardigheden.

Werkhervatting is op twee manieren gedefinieerd: (1) Wel of niet werken 3, 6, 12 en 18 maanden na diagnosestelling. Deze is bepaald met verzuimgegevens. Deelnemers konden in de vragenlijst per week aangeven of ze in de voorafgaande periode vanaf de diagnose of vorig onderzoek ziek waren, gedeeltelijk werkten of volledig werkten. (2) Gewerkt hebben sinds diagnosestelling.

Werkenden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben door een verzekeringsarts vastgestelde beperkingen in het werk. In enkele analyses zijn werkenden opgesplitst in een groep met en een groep zonder uitkering, om zo eventuele verschillen tussen beide groepen zichtbaar te maken.

Multivariate logistische regressieanalyse is toegepast om na te gaan welke werkkenmerken geassocieerd zijn met werkhervatting. Om het aantal verklarende variabelen te beperken zijn alleen werkkenmerken in de analyse opgenomen die univariaat met een significantieniveau van kleiner dan 0,1 geassocieerd zijn met de werksituatie 3, 6, 12 of 18 maanden na diagnosestelling. Leeftijd, geslacht, type kanker zijn onafhankelijk van hun significantieniveau opgenomen in de regressieanalyse.

Gevonden verschillen zijn significant met een significantieniveau van kleiner dan 0,05 en in geval van odds ratio's als het 95% betrouwbaarheidsinterval de waarde 1,00 niet bevat.

Resultaten

Beschrijving van de onderzoeksgroep

In totaal hebben 117 patiënten zich aangemeld; 113 van hen stuurden de toegestuurde vragenlijst terug. Elf personen zijn vervolgens uitgesloten: te oud (2), geen betaalde baan (6) en baarmoederhalstumor niet kwaadaardig (3). Gedurende het onderzoek zijn 12 personen (12%) uitgevallen om de volgende redenen: tweede en/of derde vragenlijst niet teruggestuurd (9), overleden (1), gezondheid te slecht (1) en auto-ongeluk (1). Negentig personen hebben de drie vragenlijsten ingevuld.

Van de 102 deelnemers was 60% vrouw. Zij waren gemiddeld wat ouder dan de mannen (44,6 jaar vs. 44,1 jaar). Bij de vrouwen waren borstkanker (64%) en dikke darm/ endeldarmkanker (13%) de meest voorkomende kankers en bij de mannen dikke darm/endeldarmkanker (20%) en zaadbalkanker en de Ziekte van Hodgkin (elk 15%).

Tabel 1 Het percentage personen dat werkte of gewerkt heeft 3 tot 18 maanden nadat de diagnose kanker gesteld werd

Aantal maanden na diagnosestelling	3	6	9	12	15	18
Aantal personen in onderzoek	98	97	96	94	93	91
% dat werkt (totaal)	30%	54%	72%	86%	83%	85%
% dat gedeeltelijk werkt	13%	18%	26%	23%	17%	21%
% dat sinds diagnose nooit heeft gewerkt	70%	43%	23%	12%	11%	8%
% dat sinds diagnose ooit heeft gewerkt	30%	57%	77%	88%	89%	92%
% dat sinds diagnose ooit gedeeltelijk heeft gewerkt	26%	44%	63%	75%	75%	78%

Bij aanvang van het onderzoek (eerste vragenlijst) was bij 39% de diagnose kanker 0-4 maanden bekend, bij 35% 5-8 maanden en bij 26% langer dan 8 maanden (spreiding 0,5-20 maanden). Verder was 93% operatief behandeld en had 32% chemotherapie gehad. Ruim de helft (54%) van de vrouwen was bestraald, tegenover een kwart van de mannen. Ten tijde van de eerste vragenlijst werd 25% van de deelnemers nog behandeld met bestraling en/of chemotherapie. Dit betrof voornamelijk personen bij wie de diagnose 0-4 maanden bekend was.

De meest voorkomende functies bij de mannen waren vakspecialistisch (46%) en ambachtelijk/industrieel/transport (22%), en bij de vrouwen vakspecialistisch (34%), administratief (30%) en dienstverlenend (23%). Mannen werkten vaker dan de vrouwen meer dan 4 dagen per week (93% vs. 37%) en gaven vaker leiding aan één of meer personen (46% vs. 26%). De mannen (69%) hadden vaker dan de vrouwen (49%) mentaal belastend werk. Het verschil in het percentage mannen en vrouwen dat fysiek belastend werk deed, was niet groot (46% vs. 54%), maar het werk van de mannen was wel vaker fysiek én mentaal belastend (28% vs. 13%). Opleidingsniveau, aantal dienstjaren en het aantal jaren dat men het huidige type werk deed of werkzaam was bij de huidige werkgever, waren bij de mannen en vrouwen vergelijkbaar.

Vanwege het grote aantal deelnemers met borstkanker en de samenhang met het geslacht (39 van de 41 personen met borstkanker waren vrouwen), zijn geslacht en type kanker samengevoegd tot drie groepen: (1) mannen, geen borstkanker; (2) vrouwen, geen borstkanker en (3) personen met borstkanker.

Werkhervatting

Bij aanvang van het onderzoek (fase 1) werkte 51% van de deelnemers, tijdens fase 2 83% en tijdens fase 3 80%. Drie maanden na diagnose werkte 30%, na 6 maanden ruim de helft en na een jaar 86% (tabel 1). Een jaar na diagnose gaf een kwart van de werkenden aan dat zij op dat moment het werk gedeeltelijk hadden hervat. Het merendeel (85%) van alle personen die 1,5 jaar na

diagnose werkten of hadden gewerkt, heeft een periode gehad met gedeeltelijke werkhervatting.

Anderhalf jaar na diagnose waren 11 van de 91 deelnemers (12%) die toen aan het onderzoek deelnamen, gestopt met werken en hadden 22 personen (24%) een totale verzuimduur van één jaar of meer. Aan de andere kant had 53% in de periode 12 tot 18 maanden na diagnose in het geheel niet verzuimd. Zesentwintig personen (29%) hadden anderhalf jaar na diagnose een arbeidsongeschiktheidsuitkering; 17 van hen werkten, en negen waren gestopt met werken. Van de vrouwen had 26% en van de mannen had 32% zo'n uitkering. Acht van de 17 werkenden gaven aan dat de uitkering in principe tijdelijk was; de tijd die was verstreken sinds diagnosestelling bij deze acht deelnemers varieerde van 21-29 maanden.

Kenmerken in relatie tot werkhervatting

Nagegaan is of bepaalde persoons- en werkkenmerken die van toepassing waren voordat de diagnose werd vastgesteld, samenhangen met werkhervatting. Het bleek dat 3 maanden na diagnosestelling werkenden vaker de volgende kenmerken hadden: zelfstandige, leidinggevend, werkweek van meer dan 4 dagen en veel regelmogelijkheden in het werk (autonomie). Deze verschillen tussen werkenden en niet-werkenden verdwenen na 6, 12 en 18 maanden. Er was een trend dat werknemers met fysiek belastend werk relatief vaker tot de niet-werkenden behoorden. Dit verschil verdween niet in de loop der tijd. Hoge werkdruk nam in de loop van 18 maanden relatief toe onder de niet-werkenden van 71% bij 3 maanden tot 100% bij 18 maanden.

Met multiple logistische regressieanalyse is nagegaan of de onderzochte kenmerken onafhankelijk van elkaar samenhangen met de werksituatie (zie methode; tabel 2).

Drie maanden na diagnosestelling waren personen met de volgende kenmerken vaker aan het werk: zelfstandige (OR 14,7), mentaal belastend werk (OR 3,8), veel autonomie (OR 6,0) en geen hoge werkdruk (OR 0,2). Met uitzondering van werkdruk verdwenen na 6 en

Tabel 2 De associatie tussen werken (3, 6 en 12 maanden na diagnosestelling) en enkele persoons- en werkkenmerken, weergegeven als odds ratios (OR) met bijbehorende 95% betrouwbaarheidsintervallen

	Werkend na 3 maanden (N = 91)		Werkend na 6 maanden (N = 89)		Werkend na 12 maanden (N = 86)	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
Leeftijd (jr)	0,97	0,90-1,05	1,01	0,95-1,07	0,95	0,86-1,05
Geslacht/type kanker:						
• mannen, geen borstkanker	1,0	–	1,0	–	1,0	–
• vrouwen, geen borstkanker	2,8	0,6-14,2	1,6	0,4-6,3	2,1	0,2-26,0
• personen met borstkanker	0,6	0,2-2,4	0,7	0,2-2,2	0,5	0,1-2,6
Zelfstandige	14,7 ^c	2,9-75,2	2,0	0,5-8,4	0,9	0,1-6,1
Leiding gevend	1,2	0,6-2,5	0,8	0,5-1,4	1,3	0,6-3,0
Mentaal belastend werk	3,8 ^a	0,8-18,2	0,6	0,2-1,8	1,1	0,2-5,8
Fysiek belastend werk	0,6	0,2-2,3	0,4	0,2-1,2	0,5	0,1-2,3
Veel autonomie ¹	6,0 ^b	1,2-29,7	3,1 ^b	1,0-9,5	1,7	0,3-8,9
Hoge werkdruk ²	0,2 ^b	0,1-0,8	0,5	0,2-1,4	0,1 ^a	<0,1-1,2

a $p < 0,1$; b $p < 0,05$; c $p < 0,01$.

1 Vijf items: zelf volgorde van werken, manier van werken, tempo van werken, pauzes, wat je aan kunt bepalen (0 vs. 4/5).

2 Twee items: in een hoog tempo moeten werken en dingen op tijd klaar moeten hebben (0/1 vs. 2)

Werkweek is niet opgenomen in de analyse omdat dit gegeven van 10 personen ontbrak.

12 maanden de verschillen tussen werkenden en niet-werkenden.

Werk(plek)aanpassingen

In de vragenlijsten is aan de deelnemers die sinds de diagnosestelling hadden gewerkt, gevraagd of hun werk (als gevolg van hun ziekte) was aangepast en of men wensen had voor (verdere) werk(plek)aanpassingen. Deelnemers die nog niet hadden gewerkt, konden wensen voor werk(plek)aanpassingen aangeven. Tijdens de laatste meting (fase 3) is de vraag naar werk(plek)aanpassingen alleen voorgelegd aan deelnemers die niet gestopt waren met werken.

In de loop van het onderzoek is het percentage personen dat werkte met een werk(plek)aanpassing afgenomen van 40% naar 29% (tabel 3). De wens voor (verdere) aanpassing nam ook af. De werk(plek)aanpassingen hadden betrekking op zowel korter werken, taakverlichting alsook aanpassing van taken. Hulpmiddelen zijn weinig genoemd. Van de 22 personen die in fase 3 met een werkaanpassing werkten, hadden 15 personen een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Gedurende het onderzoek heeft in totaal minstens 62% van de 76 werkenden in fase 3 een werk(plek)aanpassing gehad.

Wij veronderstelden dat naarmate de diagnose langer bekend zou zijn, een werkaanpassing niet (meer) nodig is. Dit bleek bij fase 1 van het onderzoek niet zo te zijn; het waren juist de deelnemers die gedurende de eerste 4 maanden na de diagnose hadden gewerkt, die het minst

vaak een werkaanpassing hadden (tabel 4). Zes maanden later (fase 2) zien we de veronderstelde trend wel.

Volgen we de 58 personen die voor aanvang van het eerste onderzoek hadden gewerkt naar fase 2, dan blijkt dat 12 van de 38 personen (32%) die in fase 1 geen werkaanpassing hadden, deze wel te hebben in fase 2. Van de deelnemers die gedurende de eerste 4 maanden na diagnose hebben gewerkt, bleek dat acht van de 13 personen (62%) die in fase 1 geen werkaanpassing hadden deze wel hadden in fase 2. Van de 20 werkenden met werkaanpassing in fase 1, had 45% in fase 2 geen werkaanpassing meer.

Kenmerken in relatie tot ontevredenheid over SMB

Aan de deelnemers is gevraagd of zij, sinds de diagnose bekend was (fase 1) en sinds het vorige onderzoek (fase 2 en 3), contacten hebben gehad met personen of instanties over werkhervatting, en zo ja of men hier tevreden over was. De gevraagde contacten konden plaats hebben gevonden op het werk, bij de arbodienst/uitvoeringsinstelling (uvi), of in de curatieve sector. De gevraagde drie ervaringen zijn samengevoegd tot (1) alleen positieve ervaringen en (2) negatieve/positieve of alleen negatieve ervaringen.

De meeste negatieve ervaringen over werkhervatting met personen op het werk of de arbodienst/uvi hadden deelnemers in de periode tussen het eerste en tweede onderzoek. Binnen de curatieve sector lag de piek met negatieve ervaringen in de periode voorafgaande aan het eerste onderzoek. Met een multivariate logistische

Tabel 3 Percentage personen dat werkte met een werkaanpassing of een werkaanpassing wilde, uitgesplitst naar personen die ten tijde van het onderzoek sinds diagnosestelling gewerkt hebben (fase 1 en fase 2) en het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering (fase 3)

	Fase 1 (N = 102)		Fase 2 (N = 87) ¹		Fase 3 (N = 76)		
	gewerkt (N = 63)	niet gewerkt (N = 39)	gewerkt (N = 82)	niet gewerkt (N = 5)	werkend (N = 76)	wv geen ao-uitk (N = 59)	wv met ao-uitk. (N = 17)
Gerealiseerde werkaanpassing	37%		40%		29%	12%	88%
• werktijden	29%		26%		20%	7%	65%
• taakverlichting	21%		27%		13%	5%	41%
• taakaanpassing	19%		21%		15%	3%	53%
• hulpmiddelen	6%		4%		5%	3%	12%
Wil (verdere) werkaanpassing	27%	36%	17%	40%	12%	7%	29%
• werktijden	13%	26%	15%	40%	4%	2%	12%
• taakverlichting	17%	26%	15%	20%	11%	5%	29%
• taakaanpassing	14%	18%	10%	20%	4%	2%	12%
• hulpmiddelen	8%	3%	4%	20%	–	–	–

¹ Gegevens van personen die ten tijde van het tweede onderzoek (fase 2) reeds gestopt zijn met werken zijn niet meegenomen in de percentage berekeningen.

Werktijden = korter werken, meer pauzes e.d.; informele taakverlichting = kalmer aan doen, meer steun van collega's e.d.; aanpassing van de taak = minder/meer taken, scholing; hulpmiddelen = apparatuur, meubilair e.d.

Tabel 4 Aantal en percentage personen dat in de periode voorafgaande aan het eerste onderzoek (fase 1) en het tweede onderzoek (fase 2) gewerkt heeft en een werk(plek)aanpassing had of wilde, uitgesplitst naar duur van de periode dat diagnose bekend was

	Had aanpassing		Wilde aanpassing		
	Aantal	N	%	N	%
Fase 1: gewerkt, totaal	63	23	37%	17	27%
Duur diagnose bekend:					
• 0-4 maanden	16	2	13%	5	31%
• 5-8 maanden	25	11	44%	7	28%
• >8 maanden	22	10	45%	5	23%
Fase 2: gewerkt, totaal	82	33	40%	14	17%
Duur diagnose bekend:					
• 6-11 maanden	30	17	57%	6	20%
• 12-15 maanden	29	8	28%	6	21%
• >15 maanden	23	8	35%	2	9%

regressieanalyse is nagegaan of geslacht, werk(plek)aanpassing of een wens voor een werk(plek)aanpassing onafhankelijk van elkaar geassocieerd zijn met die negatieve ervaringen (tabel 5).

De resultaten van deze regressieanalyse zijn statistisch niet significant, maar ze laten wel een trend zien. Mannen hadden vaker dan vrouwen negatieve ervaringen. Op het werk waren het vooral personen die een werkaanpassing hadden of wilden, en degenen die nog niet gewerkt hadden die negatieve ervaringen hadden met contacten over werkhervatting. Bij de arbodienst/uvi waren het vooral personen die een werkaanpassing wilden. Binnen de curatieve sector waren de verschillen minder opvallend.

Nagegaan is of deelnemers die met werken of met het onderzoek waren gestopt, vaker deze negatieve ervaringen hadden. Het gaat om gegevens van 25 personen uit

fase 1 en 18 personen uit fase 2. Het percentage personen dat negatieve ervaringen had met personen op het werk of de arbodienst/uvi verschilde niet met die van de deelnemers die waren blijven werken. In de curatieve sector, daarentegen, hadden wel meer personen negatieve ervaringen: zes van de acht personen (75%) in de periode voorafgaande aan het eerste onderzoek en vijf van de acht personen (63%) in de periode tussen het eerste en tweede onderzoek, tegenover 59% en 40% van hen die waren blijven werken.

Daarnaast zijn de antwoorden op enkele open vragen over de aard van de ervaringen geanalyseerd. In de discussie wordt hier nog aandacht aan besteed.

Tabel 5 Het percentage personen dat de contacten over werkhervatting met personen op het werk, arbodienst/uvi of in de curatieve sector als negatief heeft ervaren, en het verband tussen deze ervaringen en geslacht, werkaanpassing en wens tot werkaanpassing weergegeven als odds ratio's (OR) met bijbehorende 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI). Fase 1 vragenlijstgegevens

	Werk (<i>N</i> = 59)			Arbo/uvi (<i>N</i> = 43)			Curatieve sector (<i>N</i> = 44)		
	%	OR	95% BI	%	OR	95% BI	%	OR	95% BI
Geslacht									
• man	40%	1,0	–	37%	1,0	–	78%	1,0	–
• vrouw	15%	0,3 ^a	0,1-1,0	17%	0,4	0,1-1,9	54%	0,2 ^a	0,1-1,1
Werkaanpassing									
• nee	8%	1,0	–	20%	1,0	–	58%	1,0	–
• ja	37%	7,8 ^a	0,7-83,9	25%	1,0	0,1-8,0	71%	2,9	0,5-17,2
• nvt, niet gewerkt	26%	4,3	0,4-44,6	29%	1,3	0,2-9,6	60%	1,3	0,2-6,6
Wens voor werkaanpassing									
• nee	13%	1,0	–	14%	1,0	–	59%	1,0	–
• ja	36%	3,2	0,8-13,3	37%	3,6	0,7-17,3	69%	1,7	0,4-7,0 ^a

a $p < 0,1$

Contacten op werk: met leidinggeevenden, collega's, personeelszaken.

Contacten in de curatieve sector: met huisarts, specialist, maatschappelijk werk.

Werkstatus in relatie tot moeite met ADL

Welke beperkingen hadden de deelnemers ten tijde van het derde onderzoek met activiteiten in het dagelijkse leven (ADL)? Een kwart tot een derde van de deelnemers had moeite met één of meer activiteiten op het terrein van mobiliteit, hand/arm-, communicatieve of mentale vaardigheden. Deelnemers die waren gestopt met werken rapporteerden, met uitzondering van de communicatieve vaardigheden (29%), op deze terreinen de meeste beperkingen: mobiliteit 71%, hand/arm 57% en mentaal 64%. Werkenden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering hadden vaker dan werkenden zonder een uitkering, meer moeite met de communicatieve (53% vs. 20%) en mentale vaardigheden (59% vs. 19%).

Uitgesplitst naar geslacht/kanker valt op dat deelnemers met borstkanker vaak moeite hadden met hand- en armvaardigheden (51%). Andere fysieke activiteiten waar zij vaak moeite mee hadden waren: kracht zetten met de armen 75%, tillen 75%, en duwen en trekken 47%.

Met logistische regressieanalyse is de onafhankelijk bijdrage van geslacht/kanker en de werksituatie op het hebben van moeite met ADL bepaald (tabel 6). Deelnemers die waren gestopt met werken, bleken vooral moeite te hebben met fysieke activiteiten en mentale vaardigheden. Werkenden met een uitkering hadden vooral moeite met communicatieve en mentale vaardigheden. Deelnemers met borstkanker hadden moeite met hand- en arm vaardigheden, ongeacht hun werksituatie.

Discussie

Het ontstane arbeidsongeschiktheidspercentage in het onderzoek blijkt voor de vrouwen (26%) redelijk overeen te komen met geschatte landelijke gegevens: ¹ 26,2% van de werkende vrouwen bij wie in 1996 kanker werd vastgesteld, kwam in 1997 in aanmerking voor een WAO-uitkering. Voor de mannen (32%) ligt het percentage bijna twee maal hoger: 17,5% van de werkende mannen in 1996 met kanker ontving in 1997 een WAO-uitkering. De overeenkomst en het verschil kan op toeval berusten. De selectiecriteria van het onderzoek, de goede 3-jaarsoverlevingskans en de keuze van tumoren, zullen van invloed zijn geweest op de kans om arbeidsongeschikt te raken. Voor mannen in de leeftijd van 20-64 jaar is de 5-jaarsoverlevingskans lager dan voor vrouwen. ^{2, 3} Het aantal mannen dat overlijdt voordat het tot uitkering komt, zal hierdoor mogelijk groter zijn dan bij de vrouwen. Het aantal toegekende uitkeringen bij mannen zal hierdoor lager uitvallen.

Zestien procent van de deelnemers was aan het einde van het onderzoek gestopt met werken. Waarschijnlijk is dit een onderschatting. Van de 12 deelnemers die uitgevallen zijn, is niet bekend of zij tijdens fase 3 (nog) werkten. Wel is bekend dat zij zich tijdens fase 1 gemiddeld genomen minder gezond voelden en dat een aantal van hen tijdens fase 1 aan het werk was. ¹ Stel dat zij allemaal stopten met werken (of zijn overleden), dan is van de oorspronkelijke 102 deelnemers 25% aan het eind van het onderzoek niet meer aan het werk.

Het onderzoek laat zien dat als onderdeel van hun werkhervatting veel werknemers met kanker te maken krijgen met tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Indien

Tabel 6 De associatie tussen geslacht/type kanker en werksituatie ten tijde van het derde onderzoek (fase 3) en moeite met dagelijkse activiteiten (beperkingen), weergegeven als odds ratios (OR) met bijbehorende 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI). $N = 90$ (gecorrigeerd voor leeftijd)

	<i>N</i>	Mobiliteit ¹ 1-7 beperkingen		Hand- en armvaardigheid ² 1-3 beperkingen		Communicatieve vaardigheden ³ 1-4 beperkingen		Mentale vaardigheden ⁴ 1-3 beperkingen	
		OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
Geslacht, type kanker									
• mannen, geen borstkanker	35	1,0	–	1,0	–	1,0	–	1,0;	–
• vrouwen, geen borstkanker	18	3,4 ^a	0,8-13,3	6,0 ^a	0,9-41,8	0,6	0,1-2,3	0,6	0,1-2,2
• personen met borstkanker	37	1,7	0,5-5,2	31,9 ^d	5,2->100	0,7	0,2-2,1	0,7	0,2-2,1
Werkstatus fase3									
• werkend, geen ao-uitkering	59	1,0	–	1,0	–	1,0	–	1,0	–
• werkend, ao-uitkering	17	1,1	0,3-4,0	3,6	0,8-16,9	4,2 ^b	1,3-13,5	6,0 ^c	1,8-19,6
• gestopt met werken	14	8,7 ^c	2,2-34,1	11,6 ^c	2,2-62,0	1,6	0,4-6,0	8,2 ^c	2,2-29,8

¹ Zeven items: lopen, van stoel opstaan, bukken en opkomen, evenwicht bewaren, hurken of knielen, voeten en benen bewegen, en traplopen.

² Drie items: fijne bewegingen handen/polsen, grove bewegingen met de armen, armen reiken boven schouderhoogte.

³ Vier items: verstaanbaar praten, zien, horen, en zich uitdrukken in gesproken taal.

⁴ Drie items: zich kunnen concentreren, langer dan 5 min onthouden van gebeurtenissen, en plannen en organiseren van de dagelijkse bezigheden.

^a $p < 0,1$; ^b $p < 0,05$; ^c $p < 0,01$; ^d $p < 0,001$.

werknemers langer dan 6 maanden achtereen verzuimen, krijgen zij al te maken met het UWV voor de bepaling van de WAO/WAZ. Reïntegratie van werknemers met kanker is in die zin moeilijk omdat herstel of een maximaal haalbaar herstel een proces van lange duur kan zijn.

⁴ Dit wordt geïllustreerd met de bevinding dat in ons onderzoek de helft van de werkenden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zelfs 21 tot 29 maanden na diagnosestelling verwachtte dat die uitkering tijdelijk zou zijn. Onze onderzoeksresultaten ondersteunen dan ook een onderzoek naar reïntegratie onder 1600 langdurig zieken dat is uitgevoerd in opdracht van het CNV. ⁵ Een conclusie van dat onderzoek is dat voor veel mensen de WAO-beoordeling te vroeg komt. Dit geldt met name voor mensen die hun kansen op terugkeer naar het werk hoog inschatten. In 2001 stelde staatssecretaris Hooger-vorst van SZW dan ook voor om het moment van de keuring te flexibiliseren. ⁶

Werk(plek)aanpassing als instrument voor werkher-vatting houdt meer in dan alleen korter werken. Verlich-tig van taken en aanpassing van werktaken zijn vaak door werkende deelnemers genoemd. Dit past ook bij de bevinding dat enkele werkkenmerken gunstig zijn voor een (snelle) werkhervatting: veel regelmogelijkheden, fysiek niet te belastend werk, en geen hoge werkdruk (tabel 2).

Sociaal-medische begeleiding is mensenwerk. Opmer-kingen in de vragenlijsten laten zien dat een te bureau-cratische, te zakelijke benadering van mensen die te horen hebben gekregen dat zij kanker hebben, onnodige

wrijving kan veroorzaken. ¹ Het onderzoek illustreert ook dat het proces van het gerealiseerd krijgen van werk-aanpassingen en het (nog) niet volledig inzetbaar zijn op het werk niet altijd vlekkeloos verloopt (tabel 5). De bevinding dat er relatief veel onvrede is over de begelei-ding van medische specialisten en de informatie die zij konden geven over gevolgen van kanker voor het werk, roept de vraag op in hoeverre medische specialisten in het ziekenhuis zich met werkhervatting bezighouden. Voor een aantal kankerpatiënten is het contact met de medisch specialist en andere deskundigen in het ziekenhuis gedu-rende de eerste maanden na de diagnose groter en inten-siever dan met arboprofessionals. In eerste instantie zal de kankerpatiënt zich met vragen over werk tot hen wenden.

Deelnemers die gestopt zijn met werken, hebben in tegenstelling tot de werkenden vooral moeite met fysieke activiteiten. Dit past bij de resultaten uit het onderzoek dat herstel van fysieke gezondheid voorafgaat aan werk-hervatting en dat het proces van herstel van psychische veerkracht nog doorgaat als men weer aan het werk is. ¹ De nazorg in de SMB is daarom belangrijk: Voldoen de werkaanpassingen? Is een werk(plek)aanpassing alsnog nodig? Is er behoefte aan ondersteunende gesprekken? Interviews die in kader van het huidige onderzoek zijn gedaan en opmerkingen van deelnemers geven aan dat nazorg nodig kan zijn, ook voor die personen bij wie betrokkene zelf en professionals nazorg niet nodig acht-ten. ¹ De bevinding dat een deel van de werkenden in het

ene onderzoek geen werk(plek)aanpassing heeft en in het daaropvolgende onderzoek wel, illustreert dit.

De SMB moet dus niet alleen tot doel hebben om mensen terug te laten keren naar werk, maar ook om werkherhervatting te evalueren. Hier moet ook de werkomgeving van de betrokken werknemers bij betrokken worden.

Hoewel in dit artikel geen verslag is gedaan van de analyses van gegevens over gezondheidsklachten, willen wij toch speciaal wijzen op klachten van vermoeidheid die voor de SMB (en de (ex)kankerpatiënt) belangrijk zijn.

Dankwoord

De werving van deelnemers was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van zeven integrale kankercentra en de medische specialisten. Vooral willen wij de deelnemers bedanken die één of meerder vragenlijst(en) hebben ingevuld. Zij hebben een bijdrage geleverd aan dit onderzoek in een tijd dat zij zelf te maken hadden met een emotioneel verwerkingsproces van het hebben van een ziekte die als levensbedreigend (-verkortend) ervaren

wordt. Het onderzoek is gefinancierd door de Nederlands Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds, met cofinanciering van het Praeventiefonds.

Literatuur

- Kremer AM, Chorus AMJ, Wevers CWJ. Kanker en werk. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). Kanker in Nederland. Deel 1 Scenariorapport. ISBN 90-313-0874-9. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
- Coebergh JWW, Verhagen-Teulings MTH, Crommelin MA, et al. De overlevingskansen bij patiënten met kanker gediagnosticeerd in 1975-1985 in zuidoost Noord-Brabant en Noord-Limburg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 938-943.
- Razenberg PPA, Unk WA. Kwaadaardige nieuwvormen. In: J.H. B.M. Willems, N.H.Th. Croon, J.W. Koten (eds), *Handboek Arbeid en Belastbaarheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996.
- Brummelen Y van, Suijdam D van, Jehoel-Gijsbers G. Tijd voor reïntegratie: onderzoek onder langdurig zieke werknemers naar de relatie tussen reïntegratieactiviteiten en het moment van de WAO-beoordeling. Utrecht: CNV Vakcentrale, 2001.
- Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. Als WAO-keuring in zicht komt, gaan veel mensen weer aan de slag. Persnieuws: PB-SOZA-01-026, 2001.