

Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012

Deelrapportage III: Werk en inkomen

Petra Hopman (NIVEL)

Hanneke van Lieshout (NIVEL)

Mirian Brink (IKNL)

Brigitte Gijsen (IKNL)

Mieke Rijken (NIVEL)

Het onderzoeksprogramma Panel Leven met Kanker is een initiatief van het NIVEL en KWF Kankerbestrijding en wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), met subsidie van KWF Kankerbestrijding.

ISBN 978-94-6122-160-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidssamenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel en onderzoeksvragen	13
1.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep	14
1.4 Wijze van presentatie	15
1.5 Leeswijzer	16
2 Betaald werk en arbeidsongeschiktheid	17
2.1 Deelname aan de arbeidsmarkt	17
2.2 Werken met kanker: ervaren belemmeringen en ziekteverzuim	23
2.3 Arbeidsongeschiktheid	26
2.4 Belangrijkste bevindingen	27
3 Onbetaald werk	29
3.1 Informele zorg	29
3.2 Vrijwilligerswerk	32
3.3 Belangrijkste bevindingen	34
4 Inkomen	35
4.1 Uitkeringen	35
4.2 Ervaren financiële situatie	37
4.3 Belangrijkste bevindingen	39
Referenties	41
Bijlage I: Kenmerken van de onderzoeksgroep en de groep jonger dan 65 jaar	43

Voorwoord

Voor u ligt de eerste jaarrapportage van het onderzoeksprogramma Panel Leven met Kanker. Dit onderzoeksprogramma is een gezamenlijk initiatief van het NIVEL en KWF Kankerbestrijding. Het wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), met inhoudelijke en financiële ondersteuning van KWF Kankerbestrijding en bijgestaan door een adviesraad bestaande uit vertegenwoordigers van kankerpatiënten, zorgverleners en wetenschappers.

Deze eerste jaarrapportage is gebaseerd op een enquête die eind 2011/begin 2012 werd gehouden onder de eerste groep van 325 deelnemers aan het panel, en beschrijft de ervaren zorg- en leefsituatie van mensen met kanker in Nederland. Deze rapportage is vooral bedoeld om een eerste overzicht te bieden van (aspecten van) de ervaren zorgsituatie, de ervaren kwaliteit van leven en de maatschappelijke situatie van mensen met kanker, en fungeert daarmee als vertrekpunt voor het volgen van de ontwikkelingen hierin de komende jaren. Wij benadrukken dat, door de nog geringe omvang van het panel, enige terughoudendheid bij de interpretatie van resultaten in acht moet worden genomen.

Het uiteindelijke panel zal zo'n 1.500 mensen met kanker omvatten. Door continue gegevensverzameling onder deze mensen zal het straks mogelijk zijn om de zorgvraag, de ervaren kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie van (ex)kankerpatiënten te monitoren over de tijd. Hierdoor kan worden vastgesteld of uitvoering van het ontwikkelde beleid daadwerkelijk leidt tot een voor patiënten merkbare verbetering van de zorg, hun kwaliteit van leven en/of maatschappelijke situatie.

De onderzoekers willen alle mensen bedanken die bereid waren om deel te nemen aan het panel en de vragenlijst in te vullen. Tevens bedanken wij de leden van de adviesraad voor hun inzet en bijdrage aan het Panel Leven met Kanker. De adviesraad bestond gedurende het eerste jaar van dit onderzoek uit:

- mw. prof. dr. D. M. J. Delnoij (Centrum Klantervaring Zorg, Universiteit van Tilburg)
- mw. ir. P. Folmer (KWF Kankerbestrijding)
- mw. L. M. Maes (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties)
- mw. dr. W. H. Oldenmenger (Erasmus MC)
- dhr. prof. dr. F. G. Schellevis (NIVEL; VUmc, Vrije Universiteit Amsterdam)
- mw. T. Simmelink (KWF Kankerbestrijding)
- mw. dr. E. M. A. Smets (Academisch Medisch Centrum Amsterdam)
- mw. prof. dr. I. M. Verdonck-de Leeuw (VUmc, Vrije Universiteit Amsterdam)

Ten slotte bedanken wij iedereen die binnen het NIVEL, het IKNL en de deelnemende ziekenhuizen heeft bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek en de totstandkoming van dit rapport.

Utrecht, juli 2012

Beleidsamenvatting

Kanker is een ziekte die grote gevolgen kan hebben voor het persoonlijk leven van mensen die erdoor getroffen worden en hun directe naasten. Door het monitoren van de zorg- en leefsituatie van mensen die recent of in het verleden gediagnosticeerd zijn met kanker, kunnen deze gevolgen zichtbaar worden gemaakt en komt informatie beschikbaar over de ontwikkelingen in de zorg- en leefsituatie van mensen met kanker. Deze informatie kan door betrokken partijen zoals overheden, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en kankerpatiëntenorganisaties worden gebruikt voor beleidsontwikkeling en -evaluatie. Hiertoe is het NIVEL in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland en met subsidie van KWF Kankerbestrijding medio 2011 gestart met het Panel Leven met Kanker.

Het Panel Leven met Kanker is een landelijk onderzoek waarbij een panel van circa 1500 mensen met kanker regelmatig, door middel van enquêtes, informatie verstrekt over de eigen zorg- en leefsituatie. Het panel wordt de komende jaren gefaseerd opgezet, waarvoor steekproeven van mensen die recent of in het verleden gediagnosticeerd zijn met kanker uit de Nederlandse kankerregistratie worden getrokken en via hun (voormalige) behandelaars worden gevraagd om deel te nemen. Het panel beperkt zich vooralsnog tot mensen bij wie kanker op volwassen leeftijd is vastgesteld, die gediagnosticeerd zijn met een vorm van kanker met een vijfjaarsoverlevingskans van tenminste 20% en bij wie bij diagnose geen metastasen op afstand aanwezig waren. Het panel vertegenwoordigt daarmee een populatie van ruim 360.000 (ex-)kankerpatiënten.

Dit rapport maakt deel uit van de eerste jaarrapportage van het Panel Leven met Kanker. Het is gebaseerd op een enquête die eind 2011/begin 2012 werd gehouden onder de eerste groep van 325 deelnemers aan het panel en beschrijft de werk- en inkomenssituatie van mensen met kanker in Nederland. Het rapport is vooral bedoeld om een eerste overzicht te bieden van de *maatschappelijke situatie* van mensen met kanker, dat als vertrekpunt kan fungeren voor het volgen van de ontwikkelingen hierin de komende jaren. Hieronder vatten we, in het licht van het gevoerde arbeids- en inkomensbeleid, de belangrijkste resultaten samen. De *ervaren zorgsituatie* en de *ervaren kwaliteit van leven* van mensen met kanker zijn respectievelijk in deelrapportage I en II beschreven.

Arbeidsparticipatie

Het Nederlandse overheidsbeleid is sterk gericht op het vergroten van de arbeidsparticipatie van burgers. Mensen die langdurig ziek of arbeidsongeschikt zijn vormen daarbij een belangrijke doelgroep. Het afgelopen decennium zijn veel wettelijke regelingen getroffen om behoud van werk en re-integratie van mensen die langdurig ziek of arbeidsongeschikt zijn te ondersteunen.

Uit ons onderzoek blijkt dat de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met kanker (64%) vergelijkbaar is met die onder de algemene Nederlandse potentiële beroepsbevolking; wel werken mensen met kanker mogelijk iets minder uren per week (gemiddeld 30,0 uur). Uiteraard bestaan er onder mensen met kanker verschillen in de mate waarin zij (kunnen)

deelnemen aan het arbeidsproces. Evenals binnen de algemene potentiële beroepsbevolking, ligt de arbeidsdeelname lager onder vijftigplussers. Daarnaast ligt de arbeidsdeelname lager onder mensen met een ziekte duur (tijd na diagnose) tussen twee en vijf jaar dan onder mensen bij wie langer dan vijf jaar geleden kanker werd vastgesteld. De groep mensen jonger dan 65 jaar met een ziekte duur van minder dan twee jaar is momenteel in het onderzoek nog te klein om een betrouwbare schatting van hun arbeidsdeelname te kunnen maken.

Ervaren belemmeringen en ziekteverzuim

Het gegeven dat het overgrote deel van de (ex-)kankerpatiënten jonger dan 65 jaar betaald werk verricht, wil nog niet zeggen dat op dit gebied geen problemen bestaan. Ruim de helft van de werkende mensen met kanker ervaart belemmeringen bij het doen van hun werk als gevolg van vermoeidheid en hoewel zij niet vaker vanwege ziekte verzuimen, is de gemiddelde duur van het ziekteverzuim wel langer dan binnen de algemene beroepsbevolking. Vooral laag opgeleide mensen met kanker lijken kwetsbaar; zij geven vaker aan dat vermoeidheid een probleem is bij hun werk dan hoger opgeleiden. Dit heeft mogelijk met de aard van hun werk te maken; laag opgeleiden rapporteren ook vaker dat hun werk fysiek belastend is. Daarnaast hebben mensen met comorbiditeit vaker problemen met hun werk als gevolg van vermoeidheid.

Arbeidsongeschiktheid en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Wat arbeidsongeschiktheid betreft, blijken de laatste twee groepen eveneens kwetsbaar. Was van de totale groep mensen met kanker eind 2011/begin 2012 ongeveer een kwart (volledig of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard, van de groep mensen die nog behandeld werd vanwege kanker was het ruim 40% en van de groep mensen met comorbiditeit een derde.

In vergelijking tot de totale groep lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in Nederland, is het percentage arbeidsongeschikten onder mensen met kanker (24%) overigens laag. Twee derde van de arbeidsongeschikte mensen met kanker was volledig (80-100%) arbeidsongeschikt verklaard. In dat opzicht wijken zij niet af van andere chronisch zieken en gehandicapten. Het is wel mogelijk dat er een verschil is in de mate waarin de arbeidsongeschiktheid als duurzaam wordt aangemerkt, maar helaas hebben we daarover geen gegevens.

Zestien procent van de mensen met kanker in de leeftijd van 18 t/m 64 jaar ontving eind 2011/begin 2012 een uitkering vanwege volledige of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Dit is ongeveer twee keer zo veel als onder de algemene potentiële beroepsbevolking. Het betreft vooral WAO- en WIA-uitkeringen, waarbij we van de laatste niet weten welk deel IVA-uitkeringen (bij volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid) zijn en welk deel een tijdelijke inkomensuitkering of loonaanvulling krachtens de WGA (regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten) betreft. De WGA is vooral gericht op arbeidsre-integratie, waarvoor periodiek herbeoordelingen plaatsvinden om na te gaan of er veranderingen in arbeids(on)geschiktheid zijn opgetreden. In geval van een IVA-uitkering wordt men niet periodiek herbeoordeeld.

Vijftigplussers, mensen die nog behandeld worden vanwege kanker en mensen met comorbiditeit ontvangen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Onbetaald werk

Ongeveer een op de zeven mensen met kanker verleent mantelzorg aan mensen buiten het eigen huishouden; een kwart doet vrijwilligerswerk. Van de mensen met kanker jonger dan 50 jaar heeft een derde de zorg voor jonge kinderen.

Vooraf mensen met kanker in de leeftijd van 50 t/m 64 jaar verlenen mantelzorg; dit is ook binnen de algemene bevolking het geval. Daarnaast bestaan er verschillen in het verlenen van mantelzorg naar ziekte duur: mensen die minder dan twee jaar geleden kanker hebben gekregen en mensen bij wie dat meer dan tien jaar geleden het geval was, verlenen over het algemeen geen mantelzorg (aan mensen buiten hun eigen huishouden). Onder de groep die tussen vijf en tien jaar geleden is gediagnosticeerd ligt het percentage mantelzorgers het hoogst.

Vrijwilligerswerk wordt het meest gedaan door mensen die gepensioneerd zijn maar jonger zijn dan 75 jaar en door hoog opgeleiden. Dit is zowel bij mensen met kanker als binnen de algemene bevolking het geval.

Ervaren financiële situatie

Het hebben van kanker kan de inkomenssituatie van een persoon of huishouden negatief beïnvloeden, door minder inkomsten uit betaald werk en/of hogere uitgaven vanwege het gebruik van zorg (door het verplichte eigen risico bij de zorgverzekering of door eigen bijdragen) of door het gebruik van niet-vergoede zorg, producten of voorzieningen. De overheid biedt krachtens de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) verschillende tegemoetkomingen of compensaties, waarvoor men uiteraard aan bepaalde voorwaarden moet voldoen.

Uit ons onderzoek komen geen aanwijzingen naar voren dat mensen met kanker in ernstige mate financiële problemen ervaren, maar we tekenen hierbij aan dat we op dit moment nog maar over weinig gegevens over de inkomenssituatie van mensen met kanker beschikken. Iets meer dan een op de tien mensen met kanker kan als sociaal gedepriveerd worden aangemerkt. Dat betekent dat ze vanwege geldgebrek niet altijd 'mee kunnen doen'.

De komende jaren zullen meer gegevens over de inkomenssituatie van mensen met kanker via het Panel Leven met Kanker beschikbaar komen, waardoor ook inzicht kan worden verkregen in de objectieve inkomenssituatie van mensen met kanker en hun gebruik van tegemoetkomingsregelingen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Mensen die gediagnosticeerd worden met kanker hebben niet alleen met de ziekte zelf en de behandeling ervan te maken, maar ook met veranderingen die de ziekte met zich meebrengt op andere levensdomeinen. In twee eerdere deelrapportages zijn de ervaren zorgsituatie (*Deelrapportage I: Ervaringen met ziekenhuiszorg*; Hopman, Gijsen et al., 2012) en het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden (*Deelrapportage II: Kwaliteit van leven*; Hopman, Cardol et al., 2012) van mensen met kanker beschreven. In deze deelrapportage staat het maatschappelijk welbevinden centraal. We beschrijven de huidige werk- en inkomenssituatie van mensen met kanker in Nederland.

De term ‘mensen met kanker’ gebruiken we in dit rapport voor iedereen die recent of in het verleden gediagnosticeerd is met een bepaalde vorm van kanker. De groep bevat dus zowel patiënten die nog vanwege kanker behandeld worden of voor periodieke controles een arts bezoeken, als mensen die door zichzelf of door artsen als ex-kankerpatiënt worden beschouwd. Bij deze laatste groep spreekt men ook wel van ‘survivors’.

Werk en inkomen zijn belangrijke en actuele thema's voor mensen met kanker. De overheid wil dat zo veel mogelijk mensen participeren op de arbeidsmarkt teneinde het voor de toekomst verwachte tekort aan arbeidskrachten in Nederland te beperken en de uitgaven aan sociale zekerheid (met name AOW en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) terug te dringen. Er zijn de afgelopen jaren dan ook tal van maatregelen genomen om deze doelstelling te realiseren. Vele daarvan zijn gericht op het behoud van de groep ouderen voor de arbeidsmarkt, maar ook mensen die langdurig ziek of arbeidsongeschikt zijn vormen een doelgroep. Het beleid voor deze groep is gericht op het voorkomen van langdurig ziekteverzuim en uitval uit het arbeidsproces, het inperken van de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en het bevorderen van re-integratie. Beleidsinstrumenten die hiervoor worden ingezet zijn onder andere de Wet verbetering poortwachter (Wvp, 2002) die werkgevers en werknemers verplicht tot grotere inspanningen om langdurig ziekteverzuim te voorkomen en terugkeer op de werkvloer te bevorderen, de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wet VLZ, 2004) waardoor werkgevers verplicht zijn hun zieke werknemers langer (maximaal twee jaar) door te betalen, en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, 2006) die in de plaats van de WAO gekomen is. De WIA is bedoeld om volledig en duurzaam arbeidsongeschikten inkomensbescherming te bieden (krachtens de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA)), maar ook om tijdelijk of niet duurzaam arbeidsongeschikten te stimuleren om betaald werk te blijven of te gaan doen (krachtens de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA)). Het moge duidelijk zijn dat dit beleid ook gericht is op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van mensen met kanker.

Veel mensen met kanker willen ook zelf graag blijven werken of weer aan het werk. Werk kan immers veel bijdragen aan het welbevinden, doordat het mogelijkheden biedt voor zelfontplooiing, de eigenwaarde kan versterken, sociale contacten met zich mee-

brengt, plezier of voldoening geeft. Betaald werk levert bovendien inkomsten op en voldoende inkomen maakt het mogelijk om weer andere activiteiten te ondernemen of op andere manieren het welbevinden te vergroten.

Gewoonlijk komt werkhervatting bij mensen met kanker in beeld nadat de (primaire) behandeling is afgesloten en men hiervan in enige mate is hersteld. Dat kan een à twee jaar duren. Steeds meer mensen (willen) blijven werken gedurende hun behandelproces of al eerder terugkeren op hun werk (NVAB, 2009). Daarbij hebben ze ondersteuning nodig, want kanker en de behandeling ervan doen bijna altijd een grote aanslag op het fysiek functioneren van mensen. Het psychisch en sociaal functioneren kunnen eveneens verminderd zijn als gevolg van de ziekte of de behandeling. Directe naasten, werkgevers, collega's en zorgverleners kunnen mensen met kanker ondersteunen bij het behoud van werk of bij werkhervatting. Wettelijke regelingen kunnen mensen met kanker en werkgevers hiertoe faciliteren.

Ongeacht de mate waarin het mensen met kanker lukt om betaald werk te (blijven) doen, is het belangrijk om aandacht te besteden aan hun inkomenssituatie. Behalve inkomensverlies vanwege het (tijdelijk) niet meer (volledig) kunnen werken, hebben mensen met kanker vaak ook hogere uitgaven vanwege hun gezondheid. In de periodes dat men een behandeling ondergaat of onderzoek en controles nodig zijn, komt een deel van de kosten voor eigen rekening vanwege het verplichte eigen risico dat men voor de zorgverzekering heeft. Een deel van de mensen heeft een verzekering met daarnaast nog een vrijwillig eigen risico in het verleden afgesloten. Daarbij komen nog de uitgaven aan zorg die niet door de basisverzekering worden vergoed. Mensen die aanvullend verzekerd zijn hebben minder directe uitgaven vanwege hun zorgconsumptie, maar betalen uiteraard wel een hogere premie. Mensen met kanker die een aanvullende verzekering willen afsluiten kunnen hierbij problemen ondervinden, omdat voor een aanvullende verzekering geen acceptatieplicht geldt (Rijken et al., 2011). Daarnaast kunnen mensen met kanker hogere uitgaven hebben door een verminderd fysiek functioneren, waardoor ze bijvoorbeeld een eigen bijdrage betalen voor Wmo-huishoudelijke hulp, of doordat ze psychosociale hulp nodig hebben. Andere extra uitgaven, bijvoorbeeld aan dieetproducten, voedingssupplementen, kleding, prothesen of andere hulpmiddelen zijn eveneens denkbaar.

Op het gebied van inkomensbescherming geldt dat mensen met kanker onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor de eerder genoemde uitkeringen. Daarnaast ontvangen zij mogelijk een bedrag als compensatie voor hun hogere uitgaven vanwege het verplichte eigen risico (CER) en kunnen zij in aanmerking komen voor een gedeeltelijke tegemoetkoming in hun hogere uitgaven krachtens de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg, 2009). De Wtcg omvat verschillende regelingen, waaronder een algemene tegemoetkoming, korting op de eigen bijdrage voor bijvoorbeeld thuiszorg en een fiscale aftrekregeling van specifieke ziektekosten. In speciale gevallen kan een beroep op bijzondere bijstand worden gedaan.

In dit rapport gaan we niet uitgebreid in op alle genomen beleidsmaatregelen ter bevordering van de arbeidsparticipatie en ter bescherming van de inkomenssituatie van mensen met chronische ziekten of beperkingen. We beschrijven slechts de werk- en inkomenssituatie van mensen met kanker, die mede het gevolg is van het gevoerde beleid.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het Panel Leven met Kanker is breder dan wat er in deze deelrapportage aan bod komt, en wordt dan ook beschreven in het document *Achtergrond en methodische verantwoording Panel Leven met Kanker 2012* (Hopman, Brink et al., 2012). Het doel van het onderhavige rapport is om een overzicht te schetsen van (aspecten van) de huidige werk- en inkomenssituatie van mensen met kanker in Nederland. Het is bedoeld als vertrekpunt ('nulmeting') voor het monitoren van de maatschappelijke situatie van mensen met kanker over de komende jaren. Hiertoe zullen jaarlijks gegevens over dit onderwerp worden verzameld bij de deelnemers aan het Panel Leven met Kanker. Dit panel is een landelijke steekproef van (ex-)kankerpatiënten van 18 jaar en ouder uit de Nederlandse Kankers.¹

De hoofdvraag van elke rapportage zal zijn:

- ✓ *Hoe is de maatschappelijke situatie van (subgroepen van) mensen met kanker in Nederland? En hoe wordt deze situatie door mensen met kanker ervaren?*

Zowel aspecten van de feitelijke maatschappelijke situatie (bijvoorbeeld de arbeidsparticipatiegraad) als de beleving ervan (bijvoorbeeld de belemmeringen die men ervaart bij het verrichten van werk) zullen in kaart worden gebracht.

Door de ontwikkelingen in de werk- en inkomenssituatie van mensen met kanker nauwgezet te volgen en deze te vergelijken met de situatie van mensen zonder kanker of mensen met andere ziekten, kan inzicht worden verkregen in de specifieke problematiek van mensen met kanker op maatschappelijk gebied en op de gevolgen voor deze groep van veranderingen in het werk- en inkomensbeleid. Bij toekomstige rapportages over dit thema zal daarom tevens de volgende vraag centraal staan:

- ✓ *Hoe ontwikkelt zich de maatschappelijke situatie van (subgroepen van) mensen met kanker in de loop van de tijd? En welke factoren zijn hierop van invloed?*

In deze rapportage zal summier aandacht worden besteed aan overeenkomsten en verschillen tussen subgroepen van mensen met kanker. Omdat het Panel Leven met Kanker zich in de opbouwfase bevindt is het aantal deelnemers nog beperkt, hetgeen restricties stelt aan de mate waarin analyse naar subgroepen mogelijk is. Ook komen in dit rapport nog niet alle aspecten van de werk- en inkomenssituatie aan bod. Zo zal het thema 'afsluiten van verzekeringen' nog niet worden behandeld, omdat hierover geen vragen zijn gesteld in de enquête (winter 2011/2012) waarop dit rapport is gebaseerd. Over dit onderwerp zal op een later moment worden gerapporteerd. Deze rapportage beoogt antwoord te geven op de volgende vragen:

¹ Het Panel Leven met Kanker vertegenwoordigt alle mensen die recent of in het verleden (maximaal 15 jaar geleden) in Nederland zijn gediagnosticeerd met kanker voor zover bekend binnen de Nederlandse Kankerregistratie, met uitzondering van mensen bij wie de diagnose op kinderleeftijd werd gesteld en mensen die reeds bij diagnose een geringe overlevingskans hadden (tumorsoort met vijfjaarsoverlevingskans < 20% of metastasen op afstand). Omdat het panel gefaseerd wordt opgezet, was het ten tijde van de gegevensverzameling voor de onderhavige rapportage nog niet landelijk dekkend.

1. In welke mate verrichten mensen met kanker betaald werk en hoe ziet hun arbeids-situatie er dan uit? En zijn er verschillen tussen mensen met kanker met verschillende sociaal-demografische en ziektekenmerken op dit gebied?
2. In welke mate verrichten mensen met kanker onbetaald werk? En zijn er verschillen tussen mensen met kanker met verschillende sociaal-demografische en ziekte-kenmerken?
3. In welke mate ontvangen mensen met kanker arbeidsongeschiktheids- en andere inkomensuitkeringen? En hoe beleven zij hun inkomenssituatie?

1.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is in de periode november 2011 - maart 2012 een enquête gehouden onder de eerste deelnemers aan het Panel Leven met Kanker.² Zoals eerder vermeld, beoogt dit panel de Nederlandse populatie (ex-) kankerpatiënten te representeren die bij diagnose tenminste 18 jaar oud waren en die binnen de Nederlandse Kankerregistratie bekend zijn met een diagnose kanker (alle typen, behalve tumorsoorten met een vijfjaarsoverlevingskans bij diagnose van minder dan 20%, zoals longkanker en alveeskliekkanker) en bij wie bij diagnose geen metastasen op afstand werden gevonden. In tabel 1.1 staat de samenstelling van de beoogde populatie mensen met kanker, die bij deze rapportage als uitgangspunt heeft gediend. Deze populatie omvat 363.083 personen (Bron: NKR, peildatum 1 juni 2012) en vormde de basis voor de steekproef.

Tabel 1.1 laat zien dat ruim 20% van de mensen met kanker die in deze rapportage centraal staan jonger is dan 50 jaar; bijna 40% is 65 jaar of ouder. De populatie bevat iets meer vrouwen dan mannen. Wat het type kanker betreft, laat de tabel zien dat borstkanker het meest voorkomende type is binnen de populatie (30%), gevolgd door kanker van de mannelijke geslachtsorganen (19%), waarbij het voornamelijk gaat om prostaatkanker. Ten tijde van de selectie uit de Nederlandse Kankerregistratie zijn er patiënten met een ziekte duur van minder dan een jaar geselecteerd. Echter, op het moment van de data-verwerking bedroeg de follow-up duur van deze mensen inmiddels meer dan een jaar. Hierdoor vinden we deze groep niet terug in het overzicht in tabel 1.1. Bijna 40% van de populatie bevindt zich binnen de eerste vijf jaar na diagnose; bijna een kwart is meer dan tien jaar geleden gediagnosticeerd.

Tabel 1.1 geeft ook de verdeling van de respondenten op de enquête weer. Hieruit blijkt dat de respondentengroep qua samenstelling afwijkt van de beoogde populatie. Om hiervoor te corrigeren is een weegfactor geconstrueerd (gebaseerd op alle vier genoemde kenmerken) en bij de data-analyse toegepast. Dit houdt in dat de antwoorden op de enquêtevragen van subgroepen die in de respondentengroep zijn ondervertegenwoordigd wat zwaarder meetellen bij de berekeningen en de antwoorden van subgroepen die oververtegenwoordigd zijn wat minder zwaar meetellen (zie voor meer informatie het

² Het Panel Leven met Kanker wordt in fasen opgebouwd. De enquête werd gestuurd aan alle mensen uit de eerdere pilotstudie en uit de eerste steekproef die zich voor deelname aan het panel hadden opgegeven en op dat moment nog in leven waren. Voor deze rapportage zijn alle vragenlijsten gebruikt die eind maart binnen waren bij het NIVEL.

document *Achtergrond en methodische verantwoording Panel Leven met Kanker 2012*; (Hopman, Brink et al., 2012).

Tabel 1.1: Kenmerken van de populatie en de respondentengroep

	Populatie ¹ (N=363.083) %	Respondentengroep (n=325) %
Leeftijd		
18-49 jaar	23	10
50-64 jaar	38	36
65-74 jaar	26	34
75 jaar en ouder	13	20
Geslacht		
Man	43	50
Vrouw	57	50
Tumorsoort		
Borstkanker	30	25
Spijsverteringsorganen	15	22
Mannelijke geslachtsorganen	19	18
Huid	8	13
Anders	28	21
Onbekend	0	1
Ziekte duur		
<1 jaar na diagnose	0	0
1-2 jaar na diagnose	8	11
2-5 jaar na diagnose	31	45
5-10 jaar na diagnose	38	26
10-15 jaar na diagnose	23	9
Onbekend	0	10

^{s1} Bron: NKR, peildatum 1 juni 2012

Sociaal-demografische en ziektekenmerken

Door toepassing van de weegfactor is de leeftijds- en geslachtverdeling alsmede de verdeling naar tumorsoort en ziekte duur van de onderzoeksgroep gelijk aan die van de beoogde populatie. Bijlage I bevat de samenstelling van de onderzoeksgroep op (andere) sociaal-demografische en ziektekenmerken. Deze samenstelling is gebaseerd op de kenmerken van de gewogen respondentengroep (n=325). Omdat een deel van dit rapport alleen betrekking heeft op mensen met kanker die jonger zijn dan 65 jaar, bevat bijlage I ook de samenstelling van de groep die jonger dan 65 jaar is.

1.4 Wijze van presentatie

Bij de schattingen van de gemiddelde scores of percentages voor de *totale groep* worden ook de uiterste waarden behorend bij het 95%-betrouwbaarheidsinterval vermeld. Dit wordt genoteerd als BI. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat met een zeker-

heid van 95% kan worden gesteld dat de werkelijke waarde van de populatie binnen de aangegeven grenzen ligt.

Daar waar mogelijk wordt in deze rapportage ook gekeken naar uitkomsten onder *specifieke subgroepen* van mensen met kanker. Het betreft hier subgroepen naar sociaal-demografische kenmerken en ziektegerelateerde kenmerken. Voor de gehanteerde indeling van de subgroepen: zie bijlage I. Indien een subgroep bij een bepaalde berekening minder dan 20 cases bevat, wordt de gemiddelde score of het percentage voor de betreffende subgroep niet gepresenteerd.

Wanneer in deze rapportage gesproken wordt van een significant verschil tussen subgroepen, dan is daarbij een alpha van .05 gehanteerd. Dat wil zeggen dat een gevonden verschil tussen subgroepen uit de steekproef met een zekerheid van 95% niet op toeval berust en derhalve ook in de beoogde populatie aanwezig zal zijn. Een significant verschil tussen bijvoorbeeld mensen met borstkanker en mensen met prostaatkanker betekent overigens nog niet dat het type kanker ook verantwoordelijk is voor het geconstateerde verschil. De groep mensen met borstkanker verschilt immers ook op andere kenmerken van de groep mensen met prostaatkanker, bijvoorbeeld naar leeftijd en geslacht. Daarom hebben we alle toetsingen tussen subgroepen twee keer gedaan: een keer zonder correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken tussen de getoetste subgroepen en een keer met correctie. Bij de gecorrigeerde toetsingen voor dit deelrapport is steeds gecorrigeerd voor verschillen tussen subgroepen in de verdelingen naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, type kanker en ziekteduur. Meer informatie over de statistische analyses is te vinden in het document *Achtergrond en methodische verantwoording Panel Leven met Kanker 2012* (Hopman, Brink et al., 2012).

1.5 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken zullen de bevindingen met betrekking tot de in paragraaf 1.2 geformuleerde onderzoeksvragen worden beschreven. In hoofdstuk 2 staat het verrichten van betaald werk door mensen met kanker centraal. Daarbij zal worden ingegaan op de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met kanker, de arbeidssituatie en het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan het verrichten van onbetaald werk. We beschrijven de mate waarin mensen met kanker andere werkzaamheden verrichtten, zoals het verlenen van gebruikelijke zorg aan eigen gezinsleden, het verlenen van mantelzorg en het doen van vrijwilligerswerk. In hoofdstuk 4 gaan we in op de uitkeringssituatie en op de beleving van de inkomenssituatie van mensen met kanker.

2 Betaald werk en arbeidsongeschiktheid

Dit hoofdstuk beschrijft de mate waarin mensen met kanker betaald werk verrichten (paragraaf 2.1). Daarbij zoomen we in op de werkende groep en beschrijven de aard van hun werk. In paragraaf 2.2 staat eveneens de groep mensen met kanker die een betaalde baan hebben centraal. We beschrijven de belemmeringen die zij ervaren bij het uitvoeren van hun werk als gevolg van de ziekte. Tevens presenteren we gegevens over hun ziekteverzuim. Paragraaf 2.3 gaat in op de mate waarin mensen met kanker arbeidsongeschikt zijn verklaard. In paragraaf 2.4 zetten we de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk op een rij.

Vanwege de thematiek zijn alle analyses voor dit hoofdstuk uitgevoerd op de onderzoeksgroep in de leeftijd van 18 t/m 64 jaar. Gezien het geringe aantal respondenten in deze leeftijdscategorie waarop de resultaten zijn gebaseerd, moet voorzichtigheid worden betracht bij het trekken van conclusies.

2.1 Deelname aan de arbeidsmarkt

Mensen bij wie de diagnose kanker wordt gesteld zijn gedurende de periode van primaire behandeling vaak niet of alleen gedeeltelijk in staat om hun betaalde werk te doen. Onderzoek van tien jaar geleden liet zien dat circa twee derde van de mensen met kanker die een betaalde baan hadden voor de diagnose, uiteindelijk het werk weer hervat (Spelten et al., 2002). Uitgesplitst naar de ziekteduur (tijd na diagnose) kwam naar voren dat van degenen met een ziekteduur tot maximaal twee jaar driekwart het werk had hervat, van degenen die twee tot vijf jaar geleden waren gediagnosticeerd 63% en van degenen die meer dan vijf jaar geleden waren gediagnosticeerd 67%. Deze cijfers zijn echter gebaseerd op een analyse van 12 oudere studies, uitgevoerd in de periode 1985-1999.

Recent onderzoek laat zien dat de ontwikkeling in de arbeidsparticipatie van mensen met kanker anders verloopt dan bij mensen met andere chronische ziekten (Rijken et al., ter publicatie aangeboden). Zien we bij mensen met diabetes of cardiovasculaire aandoeningen een geleidelijke daling van de arbeidsparticipatiegraad bij een langere ziekteduur, bij mensen met kanker lijkt sprake van een wisselend patroon: een geringe arbeidsdeelname gedurende de eerste jaren na diagnose, gevolgd door een stijgende arbeidsdeelname en tenslotte weer een daling onder mensen met een ziekteduur van meer dan twaalf jaar na diagnose.

In deze paragraaf beschrijven we de huidige participatie van mensen met kanker op de arbeidsmarkt en vergelijken die met de arbeidsparticipatiegraad onder de algemene Nederlandse bevolking en enkele andere groepen chronisch zieken. Vervolgens gaan we na of er verschillen in arbeidsdeelname bestaan tussen subgroepen van mensen met

kanker. Tenslotte beschrijven we de arbeidssituatie van degenen die betaald werk verrichten.

Arbeidsparticipatiegraad

Ten tijde van de enquête, eind 2011/begin 2012, verrichtte 68% (BI: 61-75) van de mensen met kanker betaald werk. Om te kunnen spreken van ‘arbeidsparticipatie’ wordt in Nederland een minimaal aantal van 12 gewerkte uren per week gehanteerd. Uitgaande van deze definitie, participeerde 64% (BI: 57-71) van de mensen met kanker in de leeftijd van 18 t/m 64 jaar op de arbeidsmarkt. Wanneer we dit cijfer vergelijken met de arbeidsparticipatiegraad onder de Nederlandse bevolking in 2011 (CBS Statline 2011), dan blijkt de netto arbeidsparticipatie onder de Nederlandse potentiële beroepsbevolking (15 t/m 64 jaar) nauwelijks groter: 67%. We merken hierbij op dat de beide groepen niet helemaal vergelijkbaar zijn, omdat de potentiële beroepsbevolking ook de leeftijdscategorie 15 t/m 17-jarigen omvat en deze groep nog nauwelijks op de arbeidsmarkt participeert. Ook is de leeftijds- en geslachtsverdeling van beide populaties niet helemaal gelijk.

In vergelijking tot andere groepen chronisch zieken is de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met kanker hoog. Zo vonden Heijmans en collega's (2011) een percentage van slechts 25% onder mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in 2010. We merken hierbij op dat deze populatie voor een groter deel uit vrouwen en ouderen bestaat dan de populatie mensen met kanker. Maar ook tussen (andere) groepen chronisch zieken is er veel variatie. Onder mensen met inflammatoire darmziekten zoals de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa lag de arbeidsparticipatiegraad in 2010 op maar liefst 75%, waarbij we aantekenen dat deze groep gemiddeld genomen jonger is dan andere groepen chronisch zieken (Netjes et al., 2012). Ook van de mensen met astma werkte in 2009 bijna driekwart (73%) in een betaalde baan, maar van de mensen met COPD in de leeftijd tot 65 jaar werkte in datzelfde jaar maar 42% (Maurits et al., 2012).

Uit het onderzoek van Heijmans en collega's (2011) komt naar voren dat niet zozeer het type chronische ziekte, maar vooral de ernst van de lichamelijke beperkingen bepalend zijn voor het al of niet verrichten van betaald werk. Dit gaat waarschijnlijk ook op voor mensen met kanker.

Arbeidsparticipatiegraad onder subgroepen

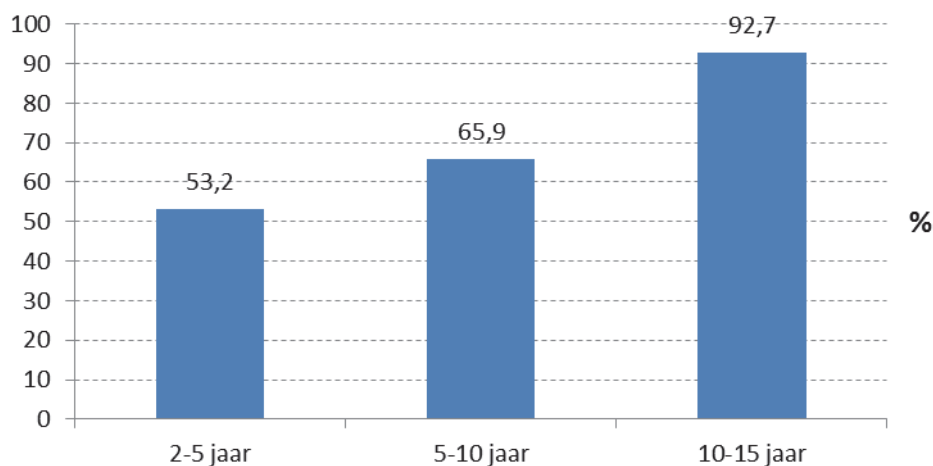
Kijken we naar subgroepen van mensen met kanker die verschillen naar sociaal-demografische kenmerken, dan zien we dat de arbeidsparticipatiegraad onder de 18 t/m 49 jarigen significant hoger ligt dan onder de groep 50-plussers, respectievelijk 83% en 52%. Ook na correctie voor andere verschillen tussen de twee leeftijdsgroepen (geslacht, opleidingsniveau, type kanker en ziekte duur), blijft het significante leeftijdseffect bestaan. Dergelijke leeftijdsverschillen bestaan ook binnen de algemene Nederlandse beroepsbevolking, waarbij met name na het 55^{ste} levensjaar een flinke daling in de arbeidsdeelname zichtbaar is. Ter informatie: in 2011 bedroeg de netto arbeidsparticipatiegraad onder 55-plussers binnen de Nederlandse potentiële beroepsbevolking 51%, terwijl de arbeidsdeelname onder de 45 t/m 54 jarigen in hetzelfde jaar 79% was (CBS Statline 2011). Opvallend is dat we onder mensen met kanker geen significante verschillen vinden in de arbeidsparticipatiegraad van mannen versus vrouwen, tussen laag, midden en hoog

opgeleiden en van mensen met en zonder partner. Dergelijke verschillen bestaan wel binnen de algemene Nederlandse bevolking van 15 t/m 64 jaar. Het feit dat we geen verschillen tussen de genoemde subgroepen vinden, hangt mogelijk samen met de geringe omvang van deze groepen binnen onze steekproef waardoor alleen zeer grote verschillen op populatieniveau kunnen worden aangetoond. De gecorrigeerde analyses geven hetzelfde beeld, behalve dat nu wel een hogere arbeidsgraad onder hoog opgeleide mensen met kanker (tenminste HBO-niveau) wordt gevonden.

Opmerkelijk is dat er ook verschillen in arbeidsdeelname lijken te bestaan tussen mensen met kanker die in een meer of minder verstedelijkt gebied wonen. Ook na correctie voor andere verschillen tussen deze subgroepen blijven de verschillen significant, maar ze zijn lastig te interpreteren omdat sommige subgroepen erg klein zijn (< 20 cases).

Wanneer we subgroepen die verschillen naar ziektekenmerken in beschouwing nemen, dan vinden we geen verschillen naar het type kanker dat men heeft (gehad), naar of men al of niet nog behandeld wordt, naar het soort behandeling dat men heeft ondergaan of naar het wel of niet hebben van andere chronische aandoeningen. We vinden wel verschillen in de arbeidsdeelname tussen mensen met kanker met een verschillende ziekte-duur.

Figuur 2.1: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtte voor tenminste 12 uur per week, naar ziekteduur (tijd in jaren sinds diagnose)



Figuur 2.1 toont de arbeidsdeelname onder mensen met kanker met een verschillende ziekteduur. In de grafiek ontbreekt de groep met een ziekteduur tussen een en twee jaar na diagnose, omdat die in de steekproef te klein is om een betrouwbare schatting te kunnen maken. De grafiek laat zien dat van de mensen die tussen twee en vijf jaar geleden werden gediagnosticeerd iets meer dan de helft (53%) op de arbeidsmarkt participeert; onder de groepen die langer dan vijf jaar geleden zijn gediagnosticeerd is het percentage werkenden groter. Vooral bij de laatste groep (10 tot 15 jaar na diagnose) ligt de arbeidsparticipatiegraad erg hoog, maar aan dat absolute percentage moet niet te veel

waarde worden gehecht; het is gebaseerd op een berekening over 34 cases. Als we corrigeren voor eventuele andere verschillen tussen de subgroepen met een verschillende ziekteduur (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en type kanker) blijft er sprake van een significant effect van de ziekteduur op de arbeidsparticipatiegraad.

Omvang van de werkweek

Mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 participeerden op de arbeidsmarkt (tenminste 12 uur per week werkten) werkten gemiddeld 30,0 uur per week (BI: 28,0-32,0). De gemiddelde arbeidsduur onder de Nederlandse beroepsbevolking (berekend over degenen die tenminste 12 uur per week betaald werk verrichtten) lag in 2010 iets hoger, op 33,8 uur per week (CBS 2010). Op het eerste gezicht lijkt de arbeidsduur van werkende mensen met kanker dus wat lager te liggen, maar daarbij dient weer te worden aangekend dat de twee populaties niet geheel vergelijkbaar zijn naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

De gemiddelde omvang van de werkweek van werkende (ex-)kankerpatiënten is groot in vergelijking tot die van een generieke groep mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen die in 2010 tenminste 12 uur per week werkten (gemiddeld 25,1 uur; Heijmans et al., 2011). Maar ook hier geldt dat er verschillen bestaan tussen mensen met verschillende chronische ziekten, waarbij er ook groepen zijn die qua arbeidsduur niet of nauwelijks van de algemene beroepsbevolking afwijken.

Omvang van de werkweek onder subgroepen

Binnen de groep mensen met kanker die tenminste 12 uur per week werkten, hebben we gekeken of er verschillen tussen subgroepen bestaan in de omvang van hun werkweek. In de tabellen 2.1 en 2.2 hebben we de verschillen en overeenkomsten tussen subgroepen naast elkaar gezet. Hierbij moeten we aantekenen dat schattingen van de gemiddelde arbeidsduur niet altijd mogelijk waren, omdat sommige subgroepen in de steekproef minder dan 20 cases bevatten.

Tabel 2.1 laat zien dat er verschillen in de omvang van de werkweek bestaan tussen mannen en vrouwen met kanker, tussen lager en hoger opgeleide (ex-)kankerpatiënten en tussen mensen die in verschillende regio's van Nederland wonen. Na correctie voor andere verschillen tussen de subgroepen, komen echter andere verschillen naar voren: tussen jongere en oudere mensen met kanker, tussen mannen en vrouwen en tussen mensen met en zonder partner.

We bespreken hier alleen het verschil tussen mannen en vrouwen met kanker, omdat dit het enige verschil is dat zowel uit de ongecorrigeerde als uit de gecorrigeerde analyses naar voren komt: mannen rapporteerden gemiddeld een arbeidsduur van 40 uur per week; vrouwen 25 uur.

Tabel 2.1: Gemiddelde omvang van de werkweek in uren van mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtten voor tenminste 12 uur per week, voor subgroepen naar sociaal-demografische kenmerken

Subgroep	Ongecorrigeerd		Gecorrigeerd ¹		
	gemiddelde	p	gemiddelde	BI	p
Leeftijd		n.s.			.003
18 t/m 49 jaar	31,8		33,9	31,1-36,8	
50 t/m 64 jaar	28,7		27,5	25,0-30,1	
Geslacht		<.001			<.001
Mannen	38,4		40,0	36,9-43,2	
Vrouwen	26,2		25,2	23,0-27,5	
Opleidingsniveau		.027			n.s.
Laag	35,1		33,8	30,0-37,6	
Midden	27,8		28,9	25,5-32,2	
Hoog	30,0		29,2	26,2-32,2	
Partner		n.s.			.033
Met partner	29,7		29,8	28,0-31,6	
Zonder partner	-		-	-	
Stedelijkheid		n.s.			n.s.
Zeer sterk stedelijk	-		-	-	
Sterk stedelijk	32,7		31,0	27,3-34,7	
Matig stedelijk	28,2		-	-	
Weinig stedelijk	27,7		28,4	24,5-32,2	
Niet stedelijk	-		-	-	

¹ Gecorrigeerd voor verschillen tussen de subgroepen naar leeftijd, sekse, opleidingsniveau, type kanker en ziekte duur.

Tabel 2.2 bevat de gemiddelde omvang van de werkweek van subgroepen met verschillende ziektekenmerken. De tabel laat zien dat er significante verschillen bestaan tussen mensen met een verschillend type kanker en tussen mensen die wel of niet nog onder behandeling vanwege kanker zijn. Dat laatste lijkt aannemelijk, maar na correctie voor andere verschillen tussen de groep die nog een behandeling heeft en de groep die geen behandeling meer heeft (leeftijd, sekse, opleidingsniveau, type kanker en ziekte duur) is het verschil in het aantal gewerkte uren tussen beide groepen niet meer significant. Ook het verschil in de omvang van de werkweek tussen mensen met een verschillende vorm van kanker blijkt veroorzaakt te worden door andere verschillen tussen de subgroepen dan het type kanker.

Tabel 2.2: Gemiddelde omvang van de werkweek in uren van mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtten voor tenminste 12 uur per week, voor subgroepen naar ziektekenmerken

Subgroep	Ongecorrigeerd		Gecorrigeerd ¹		
	gemiddelde	p	gemiddelde	BI	p
Type kanker		.032			n.s.
Borstkanker	27,1		33,1	29,6-36,7	
Kanker van spijsverteringsorganen	-		-	-	
Kanker van mannelijke geslachtsorganen	-		-	-	
Huidkanker	33,9		-	-	
Ander type kanker	28,7		30,1	26,8-33,4	
Ziekte duur		n.s.			n.s.
1-2 jaar na diagnose	-		-	-	
2-5 jaar na diagnose	29,1		28,7	25,4-32,1	
5-10 jaar na diagnose	29,0		32,6	28,8-36,4	
10-15 jaar na diagnose	32,2		30,6	27,5-33,7	
Onder behandeling		.014			n.s.
Ja, op dit moment	26,5		29,9	26,1-33,6	
Nee, niet meer	31,8		30,5	28,3-32,7	
Behandeld vanwege kanker		n.s.			n.s.
Alleen chirurgie	31,7		27,7	24,4-31,0	
Chirurgie en andere therapie	29,7		34,4	30,3-38,4	
Andere therapie	-		-	-	
Geen	-		-	-	
Comorbiditeit		n.s.			n.s.
Geen comorbiditeit	32,5		31,9	29,3-34,6	
Wel comorbiditeit	29,2		29,3	26,7-31,9	

¹ Gecorrigeerd voor verschillen tussen de subgroepen naar leeftijd, sekse, opleidingsniveau, type kanker en ziekte duur.

Arbeidssituatie

Tot slot van deze paragraaf beschrijven we de aard van het werk van mensen met kanker die betaald werk verrichtten.

Van de totale groep mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtten, werkt 85% in loondienst, 14% als zelfstandig ondernemer en 1% zowel in loondienst als in een eigen bedrijf. De meeste mensen vervullen een administratieve (31%) of een dienstverlenende functie (27%). Onder deze laatste categorie vallen ook functies binnen het onderwijs en de zorg. Bijna een kwart (23%) heeft een leidinggevende functie.

Wat de zwaarte van het werk betreft, blijkt dat het overgrote deel van de mensen met kanker (89%) een baan heeft die in overeenstemming is met hun opleidingsniveau. Bij een op de tien mensen (11%) is dat niet het geval; zij werken onder hun opleidingsniveau. Bijna een kwart (24%) geeft aan zwaar geestelijk inspannend werk te doen en 60% beschouwt het werk als matig geestelijk inspannend. Maar weinig mensen (8%) gaven aan zwaar lichamelijk werk te doen. Er is wel een tamelijk grote groep (38%) die het eigen werk als matig lichamelijk inspannend ervaart. Deze groep is groter dan de groep die het

werk als licht lichamelijk inspannend (22%) of als niet of nauwelijks lichamelijk inspannend (32%) ervaart.

2.2 Werken met kanker: ervaren belemmeringen en ziekteverzuim

Mensen met kanker die betaald werk verrichten kunnen belemmeringen bij hun werk ervaren als gevolg van hun ziekte of de behandeling daarvan. Het is bekend dat veel (ex-) kankerpatiënten kampen met vermoeidheid. In deze paragraaf gaat het niet om de fysieke of psychische klachten die mensen met kanker in het algemeen ervaren, maar over de belemmeringen die zij daarvan ervaren bij het uitvoeren van hun betaalde werk. We kijken dus alleen naar degenen die een betaalde baan hebben. Deze mensen vormen een interessante groep, omdat zij ondanks het feit dat zij kanker hebben (gehad) en daarvoor meestal een ingrijpende behandeling hebben ondergaan, toch in staat zijn gebleken om hun werk te behouden of op de arbeidsmarkt te re-integreren. Dat betekent niet dat deze mensen geen problemen bij hun werk als gevolg van kanker ervaren. We willen in deze paragraaf juist de ervaren belemmeringen en het ziekteverzuim van deze groep in beeld brengen, omdat dit mogelijk aangrijpingspunten biedt voor beleid gericht op het ondersteunen van mensen met kanker bij het behoud van werk.

Ervaren belemmeringen bij het uitvoeren van werk

Tabel 2.3 laat de top-5 van de meest gerapporteerde problemen of belemmeringen die mensen met kanker ervaren bij hun betaalde werk zien. Het is duidelijk dat ook bij het verrichten van werk vermoeidheid of conditiegebrek voor mensen met kanker het meest belemmerend is; ruim de helft van de werkenden (57%) ervaart hierdoor in enige of meerdere mate problemen bij hun werk. Nadere analyse (niet in de tabel) maakt duidelijk dat 45% enige problemen ervaart en 12% (zeer) veel problemen ervaart bij hun werk als gevolg van vermoeidheid of conditiegebrek.

De genoemde problemen zijn niet uniek voor mensen met kanker. Ten opzichte van een groep mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen, ervaren werkende mensen met kanker minder vaak belemmeringen bij hun werk vanwege vermoeidheid of conditiegebrek en stress of spanning. Binnen de generieke populatie van lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten ervoer in 2010 83% (BI: 74-90) belemmeringen vanwege vermoeidheid of conditiegebrek en 61% (BI: 52-69) vanwege stress of spanning (Heijmans et al., 2011). De andere in tabel 2.3 genoemde problemen deden zich even vaak voor. We merken hierbij nogmaals op dat de beide populaties verschillen qua leeftijds- en geslachtsverdeling; de generieke populatie lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten is ouder en bestaat voor een groter deel uit vrouwen.

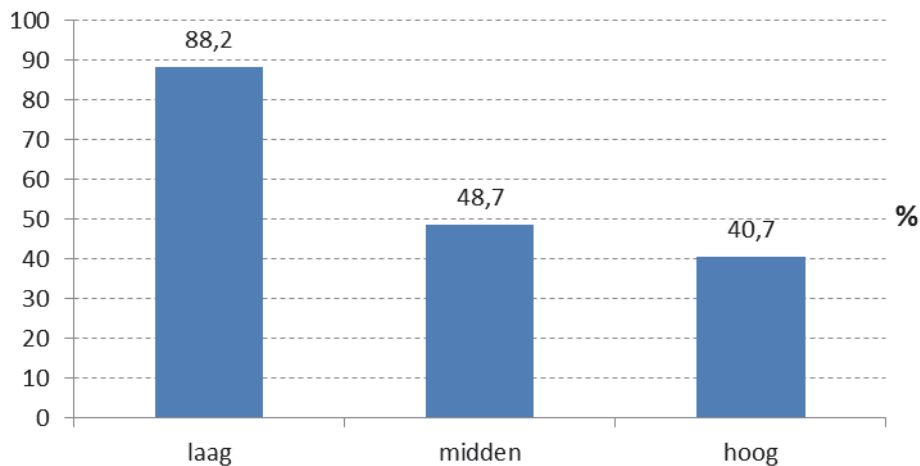
Tabel 2.3: Problemen en belemmeringen bij het uitvoeren van werk, zoals ervaren door mensen met kanker die betaald werk verrichten

	Enige/veel/zeer veel problemen	
	%	BI
Vermoeidheid / conditiegebrek	57	48-66
Stress / spanning	43	34-53
Concentratieproblemen	41	32-50
Problemen met het uitvoeren/afkrijgen van werk	34	26-43
Problemen met nauwkeurig werken	21	13-28

Vermoeidheid naar subgroepen

Wellicht zinvoller is een vergelijking van de ervaren belemmeringen tussen subgroepen. Vanwege de geringe omvang van de onderzochte groep werkende mensen met kanker (maximaal 120 cases), is dit vooralsnog niet goed mogelijk. Ter exploratie hebben we desondanks gekeken of er verschillen tussen subgroepen bestaan in de mate waarin zij door vermoeidheid of conditiegebrek belemmerd worden in hun werk. We beschrijven hier alleen de verschillen tussen subgroepen die zowel uit de ongecorrigeerde als uit de gecorrigeerde analyses naar voren komen.

Figuur 2.2: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtte en daarbij problemen ondervond vanwege vermoeidheid of conditiegebrek, naar opleidingsniveau



Er blijkt een significant verschil te bestaan in de mate waarin werkende mensen die verschillen in opleidingsniveau last hebben van vermoeidheid of conditiegebrek bij hun werk. Figuur 2.2 laat de (ongecorrigeerde) percentages voor de drie subgroepen zien. De groep laag opgeleiden verschilt significant van de beide andere opleidingsgroepen: van de laag opgeleide mensen met kanker die betaald werk doen geeft bijna 90% aan bij hun werk gehinderd te worden door vermoeidheid of conditiegebrek; van de hoger opgeleide groepen is dat minder dan de helft. Mogelijk speelt de aard van het werk hierbij een rol; laag opgeleiden rapporteren ook vaker dat hun werk fysiek belastend is.

Kijken we naar de verschillen tussen subgroepen met verschillende ziektekenmerken, dan blijkt de aanwezigheid van andere chronische ziekten, naast kanker, verschil te maken. Werkende mensen met kanker die nog een andere chronische ziekte hebben ervaren aanzienlijk vaker belemmeringen bij hun werk als gevolg van vermoeidheid of conditiegebrek dan mensen met kanker bij wie geen sprake is van comorbiditeit. De ongecorrigeerde percentages bedragen respectievelijk 74% en 42%. Ook hierin zien we terug wat we eerder al bij de referentiegroep van chronisch zieken en gehandicapten zagen: andere lichamelijke chronische ziekten of beperkingen spelen een grote rol.

Ziekteverzuim

Gezien de belemmeringen die mensen met kanker die betaald werk verrichten ervaren bij hun werk, is het interessant om ook hun ziekteverzuim onder de loep te nemen. We merken hierbij op dat de nu volgende gegevens het ziekteverzuim in het algemeen betreffen; het verzuim kan dus verband houden met kanker, maar ook met andere gezondheidsproblemen.

In tabel 2.4 worden de ziekteverzuimgegevens van mensen met kanker gepresenteerd, naast die van enkele referentiegroepen. We merken hierbij op dat de gegevens over het ziekteverzuim van de referentiegroepen niet hetzelfde jaar betreffen als die van de mensen met kanker.

Tabel 2.4: Ziekteverzuimgegevens van mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 betaald werk verrichtten, van de Nederlandse beroepsbevolking in 2008 en van lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in 2010

Afgelopen 12 maanden ...	Mensen met kanker met betaald werk 2011/2012 18 t/m 64 jaar	Nederlandse beroepsbevolking ¹ 2008 15 t/m 64 jaar	Chronisch zieken en gehandicapten met betaald werk ² 2010 15 t/m 64 jaar
Wel eens verzuimd	48% (BI: 39-57)	52%	56% (BI: 46-64)
Aantal keren (gemiddelde), berekend over groep met verzuim	3,2 (BI: 1,6-4,8)	2,3	2,2 (BI: 1,6-2,8)
Aantal dagen (gemiddelde), berekend over groep met verzuim	31 (BI: 16-46)	14	31

¹ TNO/CBS (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2008).

² Heijmans et al., 2011.

Tabel 2.4 maakt duidelijk dat het percentage mensen met kanker dat, berekend over een periode van 12 maanden, vanwege ziekte heeft verzuimd van werk (48%) niet afwijkt van de percentages gevonden binnen de algemene beroepsbevolking in 2008 of binnen de populatie mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in 2010 (het 95%-betrouwbaarheidsinterval omvat de percentages gevonden bij de referentiegroepen). De groep mensen met kanker bij wie sprake was van ziekteverzuim, verzuimde gemiddeld ruim drie keer over de periode van 12 maanden. Dit aantal wijkt

evenmin af van de gemiddelde aantallen gevonden in de referentiegroepen. De tabel laat zien dat er wel een verschil is in het gemiddelde aantal dagen dat mensen met kanker die ziekteverzuim hadden in totaal verzuimden ten opzichte van de algemene Nederlandse beroepsbevolking: (ex-)kankerpatiënten verzuimden gemiddeld 31 dagen over een periode van 12 maanden tegen 14 dagen voor de groep met ziekteverzuim uit de algemene beroepsbevolking. Daarmee lijkt het ziekteverzuim van mensen met kanker sterk op dat van andere chronisch zieken en gehandicapten met ziekteverzuim, die in 2010 eveneens aangaven gemiddeld 31 dagen over de afgelopen 12 maanden te hebben verzuimd.

Aan de mensen met kanker die ziekteverzuim rapporteerden (n=58; 48%) is gevraagd of hun ziekteverzuim verband hield met kanker. Daarbij hebben we hen gevraagd deze vraag te beantwoorden voor de laatste keer dat zij vanwege ziekte verzuimden. Dertig procent (n=18) gaf aan dat hun verzuim verband hield met kanker, 58% (n=34) zei dat dat niet het geval was en 12% (n=7) wist niet of hun verzuim aan kanker gerelateerd was.

2.3 Arbeidsongeschiktheid

Niet alle mensen met kanker slagen erin hun betaalde werk (volledig) te blijven doen. Bij deze mensen is sprake van arbeidsongeschiktheid. Om geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te worden verklaard, vindt een medische keuring plaats van mensen bij wie sprake is van langdurig ziekteverzuim. Na twee jaar ziekteverzuim (in het verleden een jaar) kunnen deze mensen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard. Dit betekent overigens niet dat men permanent arbeidsongeschikt wordt verklaard. Er wordt rekening gehouden met de kans op herstel en er vinden dan ook periodieke herkeuringen plaats. In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in, wanneer we het gebruik van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen onder mensen met kanker bespreken.

Tabel 2.5: Gegevens over de mate van arbeidsongeschiktheid onder mensen met kanker eind 2011/begin 2012 en onder lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in 2010

	Mensen met kanker 2011/2012 18 t/m 64 jaar	Chronisch zieken en gehandicapten ¹ 2010 15 t/m 64 jaar
Arbeidsongeschikt verklaard	24% (BI: 17-30)	51% (BI: 43-57)
< 35%	10%	8% (BI: 5-12)
35-80%	24%	-
80-100%	66%	71% (BI: 65-76)

¹ Heijmans et al., 2011.

Tabel 2.5 bevat gegevens over de mate waarin mensen met kanker in de leeftijd van 18 t/m 64 jaar eind 2011/begin 2012 naar eigen zeggen arbeidsongeschikt waren verklaard. Tien procent van de onderzochte groep heeft de vragen hierover niet beantwoord, omdat zij reeds met vervroegd pensioen waren. Het lijkt aannemelijk dat deze mensen op het

moment van de enquête niet arbeidsongeschikt waren (verklaard), maar we weten dat niet zeker. Deze mensen zijn bij de berekeningen buiten beschouwing gelaten, waardoor de berekeningen over maximaal 166 cases konden worden gedaan. Tabel 2.5 bevat tevens gegevens van een referentiegroep van mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen uit 2010 (Heijmans et al., 2011).

Tabel 2.5 laat zien dat ongeveer een kwart van de mensen met kanker eind 2011/begin 2012 geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt was verklaard. Dit percentage is lager dan binnen de populatie lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in 2010, waarvan circa de helft deels of volledig arbeidsongeschikt was verklaard. Twee derde van de mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 arbeidsongeschikt waren verklaard, was volledig, dat wil zeggen 80-100%, arbeidsongeschikt. In dat opzicht verschillen ze niet van de generieke populatie lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten. Tien procent van de mensen met kanker met een positieve claimbeoordeling was minder dan 35% arbeidsongeschikt verklaard. Ook dit percentage verschilt niet van dat van de referentiegroep. De groep die minder dan 35% arbeidsongeschikt is verklaard komt op grond van de Wet werk inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), die in 2006 in plaats van de WAO is gekomen, niet in aanmerking voor een inkomensuitkering. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op inkomensuitkeringen vanwege arbeidsongeschiktheid.

Arbeidsongeschiktheid naar subgroepen

We hebben gekeken of er verschillen zijn tussen subgroepen mensen met kanker in de mate waarin zij (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn verklaard. We beschrijven hier alleen de verschillen tussen subgroepen die zowel uit de ongecorrigeerde als uit de gecorrigeerde analyses naar voren komen.

Er bestaat tevens een verschil in het deel van de mensen dat arbeidsongeschikt is verklaard tussen de groep die nog wel onder behandeling is vanwege kanker en de groep die dat niet meer is. Van de mensen die nog onder behandeling vanwege kanker zijn is 42% geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard; van de groep die niet meer behandeld wordt slechts 17% (ongecorrigeerde percentages).

Ten slotte blijkt ook voor het al of niet arbeidsongeschikt zijn verklaard dat de aanwezigheid van andere chronische aandoeningen naast kanker verschil maakt. Van de mensen met kanker zonder comorbiditeit is een op de tien (11%) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard; van degenen met comorbiditeit een derde (34%; ongecorrigeerde percentages).

2.4 Belangrijkste bevindingen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de belangrijkste bevindingen nog eens op een rij:

- De arbeidsparticipatiegraad onder mensen met kanker (64%) is vergelijkbaar met die onder de algemene Nederlandse potentiële beroepsbevolking; wel werken mensen met kanker mogelijk iets minder uren per week.

- De arbeidsparticipatiegraad ligt lager onder mensen met kanker die ouder zijn dan 50 jaar. De arbeidsparticipatiegraad ligt bovendien lager onder mensen bij wie de diagnose twee tot vijf jaar geleden is vastgesteld dan bij mensen die langer dan vijf jaar geleden zijn gediagnosticeerd.
- Ruim de helft van de mensen met kanker die betaald werk verricht ervaart daarbij belemmeringen als gevolg van vermoeidheid of conditiegebrek. Dit is overigens bij mensen met kanker niet vaker het geval dan bij andere werkende mensen met lichamelijke chronische ziekten of beperkingen.
- Voor laag opgeleide mensen met kanker is vermoeidheid vaker een probleem bij hun werk dan voor hoger opgeleiden. Ook voor kankerpatiënten met comorbiditeit is vermoeidheid vaker een probleem bij hun werk.
- Mensen met kanker die betaald werk hebben verzuimen niet vaker, maar wel langer vanwege ziekte dan de algemene Nederlandse beroepsbevolking.
- Ongeveer een kwart van de mensen met kanker was eind 2011/begin 2012 geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Dat is minder dan bij lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in het algemeen het geval is. Het percentage arbeidsongeschikten is groter binnen de groep die nog behandeld wordt vanwege kanker en onder mensen met comorbiditeit.

3 Onbetaald werk

Betaald werk is niet de enige vorm van werk die belangrijk is voor het welbevinden van mensen. Het verrichten van onbetaald werk kan ook voldoening geven, de eigenwaarde in positieve zin beïnvloeden en de kwaliteit van leven in het algemeen verhogen. Daarom gaan we in dit hoofdstuk na in welke mate mensen met kanker onbetaald werk verrichten. Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan bod: het verlenen van informele zorg (paragraaf 3.1) en het doen van vrijwilligerswerk (paragraaf 3.2). Wat we onder informele zorg en vrijwilligerswerk verstaan, lichten we aan het begin van deze paragrafen toe. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beknopt overzicht van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 3.3).

In tegenstelling tot het vorige hoofdstuk, hebben de resultaten in dit hoofdstuk betrekking op alle mensen met kanker, dus ook op mensen van 65 jaar of ouder.

3.1 Informele zorg

Informele zorg wordt verleend aan familieleden, vrienden of bekenden. We onderscheiden daarbij de gebruikelijke zorg voor de partner, kinderen of andere huisgenoten van het begrip mantelzorg. Mantelzorg betreft ook het zorgen voor of ondersteunen van mensen met wie men een affectieve relatie heeft, maar het voert verder dan gebruikelijke zorg. Ter verheldering enkele voorbeelden: het in bad doen van je eigen peuter is een vorm van gebruikelijke zorg, maar het helpen van je partner of je moeder bij het nemen van een bad is een vorm van mantelzorg. Koken voor het eigen gezin is een vorm van gebruikelijke zorg, maar koken voor een oude vriend of buurvrouw die bedlegerig is, is een vorm van mantelzorg.

In deze paragraaf gaan we niet in op de totale informele zorg die mensen met kanker verlenen, maar beperken we ons tot twee aspecten: het zorgen voor de eigen jonge (pleeg-/adoptie)kinderen en het verlenen van mantelzorg aan mensen buiten het eigen gezin. De reden om het zorgen voor jonge kinderen te onderzoeken is dat kanker zeker niet alleen bij oudere mensen voorkomt en we een indruk willen krijgen van de impact die kanker heeft op de rol die men als ouder van jonge kinderen heeft. De reden om uitsluitend te kijken naar het verlenen van mantelzorg buiten het eigen gezin is onderzoekstechnisch: we hebben op basis van eerder enquêteonderzoek ervaren dat het voor respondenten lastig is om de gebruikelijke zorg voor mensen binnen het eigen huishouden te onderscheiden van de mantelzorg die men aan mensen binnen het eigen huishouden verleent. Daarom laten we dit laatste aspect buiten beschouwing.

Zorgen voor jonge kinderen

Aan de leden van het Panel Leven met Kanker werd de volgende vraag voorgelegd: 'Verzorgt u thuiswonende kinderen die jonger zijn dan 12 jaar?' Op basis van deze vraag

is het percentage mensen met kanker dat de zorg heeft voor jonge kinderen geschat op 8% (BI: 5-11).

Vanzelfsprekend blijkt hierin een verschil te bestaan tussen mensen met kanker jonger dan 50 jaar en 50-plussers: van de mensen jonger dan 50 jaar heeft 33% de zorg voor jonge kinderen; van de mensen van 50 jaar of ouder slechts 1% (ongecorrigeerde percentages). Daarnaast blijkt de mate van stedelijkheid van de woonomgeving hieraan gerelateerd: in niet stedelijke gebieden woont het hoogste percentage mensen met kanker dat de zorg heeft voor jonge kinderen (18%); in zeer sterk stedelijk gebied het laagste percentage (5%; ongecorrigeerde percentages).

Verlenen van mantelzorg aan niet-huisgenoten

Eind 2011/begin 2012 werd aan de leden van het Panel Leven met Kanker de volgende vraag voorgelegd: ‘Verleent u wel eens hulp aan mensen buiten uw eigen huishouden (mantelzorg)? Zo ja, hoeveel uur per week?’ Op grond van deze vraag schatten we het percentage mensen met kanker dat mantelzorg verleent aan niet-huisgenoten op 14% (BI: 10-18). Vergelijken we dit percentage met het percentage dat Heijmans en collega’s (2011) vonden onder mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen aan wie in 2010 dezelfde vraag werd voorgelegd, dan zien we geen verschil. Binnen de laatstgenoemde populatie werd het percentage op 10% (BI: 8-13) geschat. Vergelijking met het percentage mantelzorgers binnen de algemene Nederlandse bevolking is niet mogelijk vanwege definitieverschillen. Ter illustratie noemen we hier het percentage dat het Sociaal en Cultureel Planbureau rapporteert: 20% van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder verleende in 2008 meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden mantelzorg (Oudijk et al., 2010). Dit percentage bevat ook mensen die mantelzorg verleenden aan huisgenoten, waarbij mantelzorg is omschreven als ‘hulp aan iemand met een chronische ziekte of handicap, iemand met een tijdelijke ziekte, iemand die thuis is verpleegd en overleden of hulp aan iemand in een andere zorgsituatie’.

Mensen met kanker die eind 2011/begin 2012 aangaven mantelzorg aan niet-huisgenoten te verlenen deden dat gemiddeld 4,1 uur per week (BI: 3,1-5,0). Dit is vergelijkbaar met het aantal uren dat de chronisch zieken en gehandicapte mantelzorgers in 2010 binnen het onderzoek van Heijmans en collega’s (2011) rapporteerden: gemiddeld 6,1 uur per week (BI: 4,7-7,5).

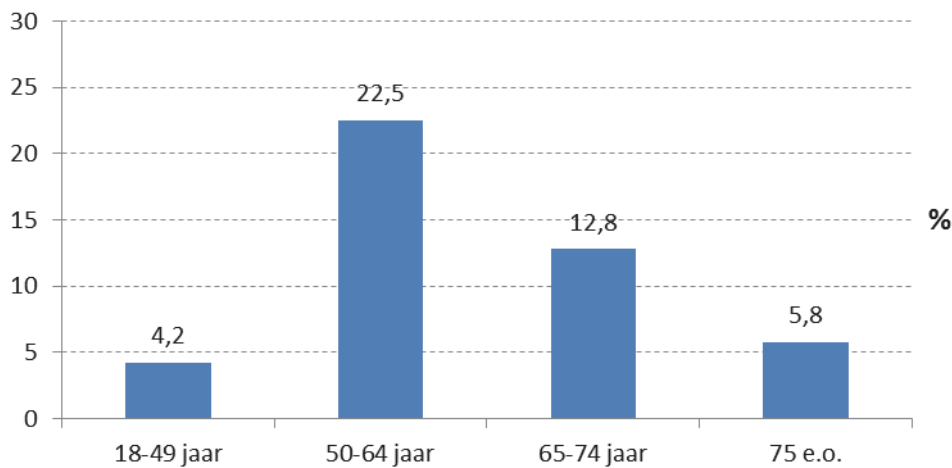
Verlenen van mantelzorg naar subgroepen

Er bestaan verschillen tussen subgroepen mensen met kanker in de mate waarin zij mantelzorg aan niet-huisgenoten verlenen. We beschrijven hier alleen de verschillen tussen subgroepen die zowel uit de ongecorrigeerde als uit de gecorrigeerde analyses naar voren komen.

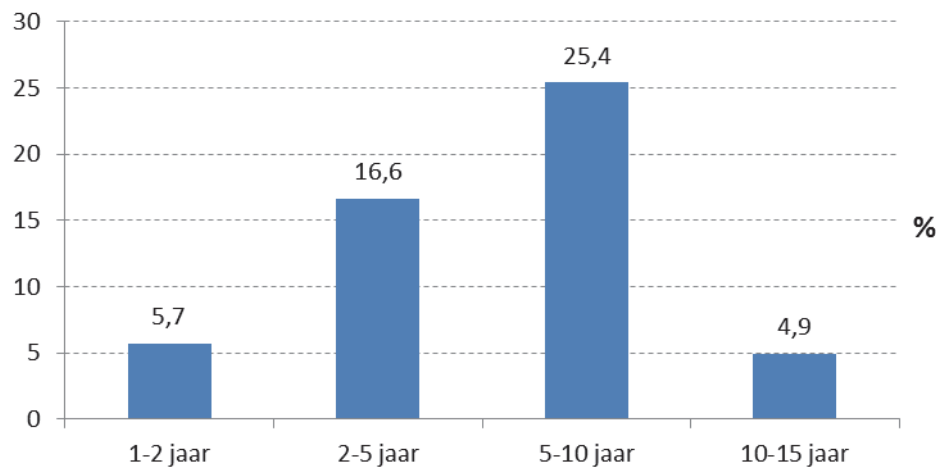
In de eerste plaats is er een verschil in de mate waarin men mantelzorg verleent tussen jongere en oudere mensen met kanker. Figuur 3.1 laat zien dat het vooral de groep tussen 50 en 65 jaar is die zorg aan familie, vrienden en bekenden (niet-huisgenoten) verleent (23%). Dit is ook de leeftijdsgroep die binnen de totale populatie mantelzorgers het

grootst is (Oudijk et al., 2010). Mensen met kanker jonger dan 50 jaar of van 75 jaar of ouder verlenen zelden mantelzorg; van de groep van 65 t/m 74 jaar is het 13% (ongecorrigeerde percentages).

Figuur 3.1: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 mantelzorg verleende, naar leeftijdscategorie



Figuur 3.2: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 mantelzorg verleende, naar ziekte duur (tijd in jaren sinds diagnose kanker)



Daarnaast is er een verschil in de mate waarin mensen met kanker met een verschillende ziekte duur mantelzorg verlenen. Figuur 3.2 geeft de (ongecorrigeerde) percentages mantelzorgers per ziekte duurklasse weer. De figuur laat zien dat mensen die minder dan twee jaar geleden kanker hebben gehad over het algemeen geen mantelzorg verlenen. Hetzelfde geldt voor de groep bij wie het meer dan tien jaar geleden is dat zij kanker kregen. Is het bij de eerste groep goed te begrijpen waarom zij geen mantelzorg verlenen, bij de laatste groep is dat lastiger. Deze mensen zijn de 'survivors' van cohorten van kankerpatiënten van tien tot vijftien jaar geleden. Mogelijk spelen langetermijnklachten van de behandeling van destijds een rol. Het is echter even goed mogelijk dat deze

mensen vaker mantelzorg moeten verlenen aan hun ouder wordende partner. Zoals eerder aangegeven is deze vorm van mantelzorg hier niet meegeteld. Tenslotte komt uit figuur 3.2 naar voren dat het percentage mantelzorgers binnen de groep die vijf tot tien jaar geleden kanker kreeg groot is. Deze groep doet wat het verlenen van mantelzorg betreft mogelijk niet onder voor leeftijd- en seksegenoten die geen kanker hebben gehad.

3.2 Vrijwilligerswerk

Onder vrijwilligerswerk verstaan we het verrichten van onbetaald werk voor een organisatie, instelling of vereniging. Aan de leden van het Panel Leven met Kanker werd eind 2011/begin 2012 de volgende vraag voorgelegd: ‘Doet u vrijwilligerswerk? Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband onbetaald wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld voor een sportvereniging, kerk/moskee, school, politieke partij).’ Op basis van deze vraag, beschrijven we in deze paragraaf de mate waarin mensen met kanker vrijwilligerswerk doen.

Tabel 3.1 bevat de gegevens over het doen van vrijwilligerswerk door mensen met kanker en door enkele referentiegroepen, te weten de algemene Nederlandse bevolking in 2009 en mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in 2010.

Tabel 3.1: Gegevens over het doen van vrijwilligerswerk door mensen met kanker eind 2011/begin 2012, door de Nederlandse bevolking in 2009 en door lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten in 2010

	Mensen met kanker 2011/2012 18 jaar en ouder	Nederlandse bevolking ¹ 2009 15 jaar en ouder	Chronisch zieken en gehandicapten ² 2010 15 jaar en ouder
Doet vrijwilligerswerk	24% (BI: 19-29)	22%	18% (BI: 15-21)
Aantal uren per week (gemiddelde), berekend over groep die vrijwilligers- werk doet	5,7 (BI: 4,0-7,4)	4,5	6,6 (BI: 5,9-7,3)

¹ CBS (Enquête beroepsbevolking 2009).

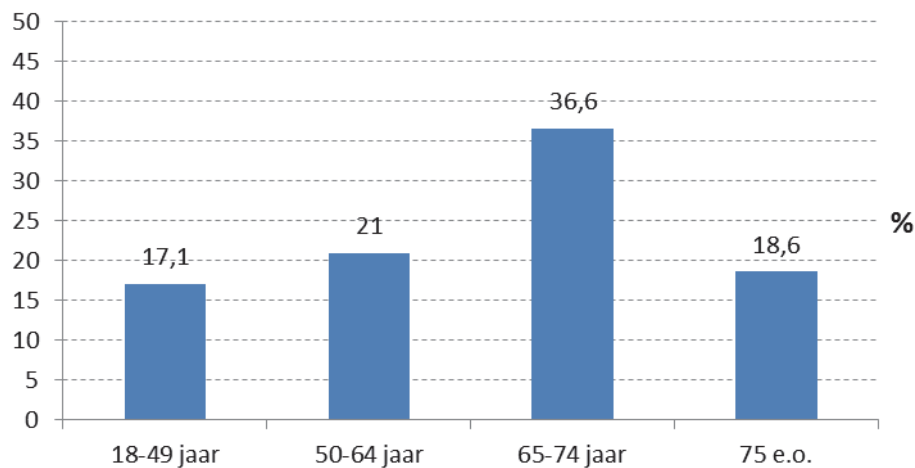
² Heijmans et al., 2011.

Uit tabel 3.1 komt naar voren dat eind 2011/begin 2012 bijna een kwart van de mensen met kanker vrijwilligerswerk deed. Dit percentage wijkt niet af van de percentages vrijwilligers binnen de algemene bevolking in 2009 en binnen de generieke populatie mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in 2010 (het 95%-betrouwbaarheidsinterval omvat het percentage gevonden binnen de algemene bevolking en overlapt met het 95%-betrouwbaarheidsinterval bij de groep chronisch zieken en gehandicapten). Mensen met kanker die vrijwilligerswerk doen, doen dat gemiddeld 5,7 uur per week en dit wijkt evenmin af van het aantal uren vrijwilligerswerk gevonden binnen de referentiegroepen.

Doen van vrijwilligerswerk naar subgroepen

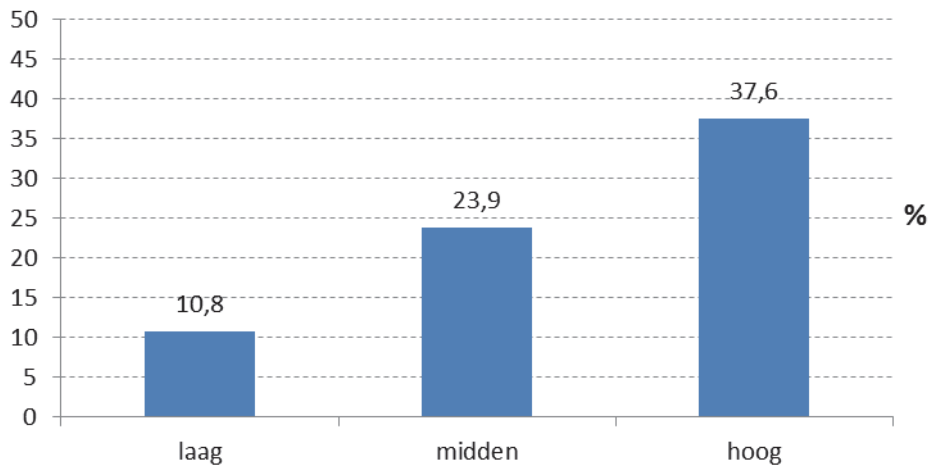
Er bestaan verschillen in de mate waarin mensen vrijwilligerswerk doen tussen jongere en oudere mensen met kanker en tussen hoger en lager opgeleiden (beide zowel ongecorrigeerd als na correctie significant). Figuur 3.3. laat zien dat vooral mensen met kanker die gepensioneerd zijn maar jonger zijn dan 75 jaar vrijwilligerswerk doen (37%). Binnen de andere drie leeftijdscategorieën ligt het percentage vrijwilligers flink lager, tussen 17 en 21% (ongecorrigeerde percentages). Leeftijdverschillen in de mate waarin vrijwilligerswerk wordt gedaan bestaan ook binnen de algemene Nederlandse bevolking. Binnen de algemene bevolking werd in 2009 het hoogste percentage vrijwilligers eveneens gevonden onder de 65 t/m 74-jarigen (28%; CBS, EBB 2009).

Figuur 3.3: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 aangaf vrijwilligerswerk te doen, naar leeftijdscategorie



Figuur 3.4 geeft tenslotte de verschillen in de mate waarin mensen met kanker vrijwilligerswerk doen naar hun opleidingsniveau weer. De figuur laat zien dat mensen met kanker die hoog zijn opgeleid (ten minste een diploma op HBO-niveau) het vaakst vrijwilligerswerk doen (38%) en mensen die laag zijn opgeleid (ten hoogste een diploma op LBO-niveau) het minst vaak (11%; ongecorrigeerde percentages). Ook deze verschillen zijn niet specifiek voor mensen met kanker; binnen de algemene Nederlandse bevolking in 2009 werd hetzelfde patroon gevonden: laag opgeleid 15%, midden 23% en hoog opgeleid 29% (CBS EBB 2009). Het feit dat deze percentages wat verschillen ten opzichte van de percentages gevonden bij de opleidingscategorieën van mensen met kanker geeft aan dat we voorzichtig moeten zijn met het interpreteren van de percentages gevonden bij subgroepen van mensen met kanker. Ze zijn immers op een gering aantal cases gebaseerd.

Figuur 3.4: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 aangaf vrijwilligerswerk te doen, naar opleidingsniveau



3.3 Belangrijkste bevindingen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk volgt hier een korte opsomming van de belangrijkste bevindingen:

- Ongeveer een op de zeven mensen met kanker verleent mantelzorg aan mensen buiten het eigen huishouden; een kwart doet vrijwilligerswerk. Van de mensen met kanker jonger dan 50 jaar heeft een derde de zorg voor jonge kinderen.
- Vooral mensen met kanker in de leeftijd van 50 t/m 64 jaar verlenen mantelzorg; dit is ook binnen de algemene bevolking het geval.
- Daarnaast bestaan er verschillen in het verlenen van mantelzorg naar ziekte duur: mensen die minder dan twee jaar geleden kanker hebben gekregen en mensen bij wie dat meer dan tien jaar geleden het geval was, verlenen over het algemeen geen mantelzorg (aan mensen buiten hun eigen huishouden). Onder de groep die tussen vijf en tien jaar geleden is gediagnosticeerd ligt het percentage mantelzorgers het hoogst.
- Vrijwilligerswerk wordt het meest gedaan door mensen die gepensioneerd zijn maar jonger zijn dan 75 jaar en door hoog opgeleiden. Dit is zowel bij mensen met kanker als binnen de algemene bevolking het geval.

4 Inkomen

Het hebben van kanker kan de inkomenssituatie van een persoon of huishouden negatief beïnvloeden. Mensen met kanker die voor de diagnose betaald werk verrichtten, kunnen er in inkomen op achteruit gaan wanneer zij langere tijd niet in staat zijn hun werk (volledig) te doen. Daarnaast kan de ziekte extra uitgaven met zich meebrengen vanwege het gebruik van zorg, zoals kosten die voor rekening van het eigen risico bij de zorgverzekering komen of de eigen bijdrage die men betaalt voor huishoudelijke hulp. Ook kunnen mensen met kanker meer uitgaven hebben indien zij niet verzekerde zorg, producten of voorzieningen gebruiken. Zoals in hoofdstuk 1 reeds vermeld, kunnen mensen met kanker die hoge eigen uitgaven hebben in aanmerking komen voor bepaalde tegemoetkomingen of compensaties, indien zij aan bepaalde voorwaarden voldoen.

In dit hoofdstuk worden enkele aspecten van de inkomenssituatie van mensen met kanker beschreven, te weten de mate waarin zij inkomensuitkeringen zoals een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid of een bijstandsuitkering ontvangen (paragraaf 4.1) en de mate waarin zij geldgebrek ervaren om bepaalde, in Nederland als normaal beschouwde zaken te kunnen aanschaffen of bepaalde activiteiten te kunnen doen (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 zetten we de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk op een rij. We realiseren ons dat in dit hoofdstuk veel aspecten van de financiële situatie van mensen met kanker niet aan bod komen, bijvoorbeeld de hoogte van hun (huishoud-)inkomen, de eigen uitgaven die ze hebben of de mate waarin ze in aanmerking komen voor financiële tegemoetkomings- of compensatieregelingen. De enquête die eind 2011/begin 2012 onder de leden van het Panel Leven met Kanker werd gehouden was pas de eerste van een reeks enquêtes die de komende jaren aan de leden van het panel zal worden voorgelegd. Wij zullen in een volgende rapportage over het thema werk & inkomen andere aspecten van de financiële situatie (ook) belichten.

4.1 Uitkeringen

Mensen met kanker die niet meer (volledig) in staat zijn om betaald werk te verrichten kunnen in aanmerking komen voor een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid. Er zijn verschillende regelingen die inkomensuitkeringen vanwege arbeidsongeschiktheid bieden. Grofweg kan worden gesteld dat:

- mensen die al op jonge leeftijd (voor hun 18^{de}) arbeidsongeschikt zijn in aanmerking kunnen komen voor een inkomensuitkering krachtens de Wet Wajong;
- mensen die als werknemer betaald werk verrichtten en twee jaar achtereenvolgende ziekteverzuim hadden kunnen in aanmerking komen voor een uitkering krachtens de WIA; binnen de WIA bestaat een regeling gericht op inkomensbescherming (IVA, voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten) en een regeling waarbij het accent ligt op re-integratie met de mogelijkheid van een (tijdelijke/aanvullende) inkomensuitkering (WGA, voor gedeeltelijk en/of niet duurzaam arbeidsongeschikten);

- mensen die als zelfstandig ondernemer werkten en arbeidsongeschikt raken moeten een beroep doen op hun particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Dit is de huidige situatie, maar de afgelopen jaren is het gehele stelsel herzien. Mensen met kanker die al langer een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen kunnen daarom nog te maken hebben met de oude regelingen voor de drie hierboven genoemde groepen: de Wajong (jongere arbeidsongeschikten), de WAO (arbeidsongeschikte werknemers) of de WAZ (arbeidsongeschikte zelfstandig ondernemers).

Behalve naar uitkeringen vanwege arbeidsongeschiktheid, is het ook interessant om in deze paragraaf naar het gebruik van enkele andere inkomensuitkeringen te kijken, met name werkloosheids- en bijstandsuitkeringen. Van mensen met kanker die gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard, wordt verwacht dat zij gedeeltelijk nog betaald werk kunnen doen. Echter, het zal niet altijd lukken om bij de eigen werkgever of elders een passende parttime baan te vinden. In dat geval komt een uitkering vanwege (gedeeltelijke) werkloosheid of bijstand in beeld. Bij de invoering van de WIA begin 2006 is door belangenorganisaties de zorg geuit dat met de komst van de WIA wel de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zou afnemen, maar er mogelijk een verschuiving op zou treden richting werkloosheids- en bijstandsuitkeringen. Uit de evaluatie van de WIA blijkt dat het met name voor mensen die niet duurzaam arbeidsongeschikt zijn verklaard, maar die geen werkgever meer hebben moeilijk is om te re-integreren op de arbeidsmarkt (Cuelenaere et al., 2011). Een deel van de mensen met kanker behoort tot deze groep.

Inkomen uit inkomensuitkeringen

Tabel 4.1 geeft de op basis van de steekproef geschatte percentages weer van het gebruik van inkomensuitkeringen door mensen met kanker (18 t/m 64 jaar). De tabel laat zien dat 16% van de mensen met kanker een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid ontvangt, waarbij het in vrijwel alle gevallen gaat om een WIA- of WAO-uitkering. Daarnaast (niet in de tabel) was eind 2011/begin 2012 bij 7% van de mensen met kanker sprake van een uitkering wegens ziekte (loondoorbetaling door werkgever of Ziektewetuitkering via het UWV). Bij deze mensen is dus sprake van ziekteverzuim en (nog) niet van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 4.1: Ontvangen inkomensuitkeringen door mensen met kanker, gebaseerd op zelfrapportage eind 2011/begin 2012

Type uitkering:	% (BI)	%
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	16 (11-22)	
<i>WIA (IVA / WGA)</i>		8
<i>WAO</i>		7
<i>WAZ of particuliere verzekering</i>		1
<i>Wajong</i>		1
Vervroegd pensioen	12 (7-16)	
Werkloosheidsuitkering	2 (0- 3)	
Bijstandsuitkering	2 (0- 4)	

Ter vergelijking: onder de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd van 20 t/m 64 jaar bedroeg het percentage mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering begin 2012 8% (CBS Statline 2012). Heijmans en collega's (2011) vonden een percentage van 34% (BI: 27-38) onder mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen (15 t/m 64 jaar) in 2010. Het percentage mensen met kanker dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt ligt hier dus tussenin.

Ruim een op de tien mensen met kanker genoot een vervroegd pensioen. Twee procent ontving een werkloosheidsuitkering en eveneens twee procent een bijstandsuitkering. Deze laatste twee percentages liggen niet hoger dan onder de algemene bevolking begin 2012 (respectievelijk 2,9% en 3,5%; CBS Statline 2012).

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen naar subgroepen

Voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hebben we onderzocht of er verschillen bestaan tussen subgroepen mensen met kanker in de mate waarin ze deze uitkeringen ontvangen.

Een aantal verschillen komt duidelijk naar voren uit zowel de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde analyses. Dit geldt voor verschillen tussen jongere en oudere mensen met kanker, mensen die nog wel of niet meer behandeld worden vanwege kanker en mensen met of zonder comorbiditeit. Vijftigplussers ontvangen vaker een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid (24%) dan de groep van 18 t/m 49 jaar (3%). Van degenen die nog behandeld worden vanwege kanker ontvangt 29% een dergelijke uitkering tegenover 11% van degenen die niet meer behandeld worden. En van de mensen met kanker die daarnaast andere chronische ziekten hebben heeft 26% een arbeidsongeschiktheidsuitkering, terwijl het van degenen zonder comorbiditeit maar 3% is (alle genoemde percentages ongecorrigeerd).

4.2 Ervaren financiële situatie

In deze paragraaf beschrijven we de ervaren financiële situatie van mensen met kanker. Gezien de mogelijkheid dat kanker een negatieve weerslag heeft op de financiële situatie van een huishouden, concentreren we ons op de mate waarin mensen met kanker een gebrek aan geld ervaren om bepaalde zaken te kunnen aanschaffen of activiteiten te kunnen doen. In Nederland is van materiële deprivatie (gebrek aan zaken als voeding, kleding of huisvesting) nauwelijks sprake, maar sociale deprivatie komt wel voor. Van sociale deprivatie is sprake wanneer mensen vanwege geldgebrek niet 'mee kunnen doen'. Het gaat dan bijvoorbeeld om het bezit van een auto, het lidmaatschap van een sociale of culturele vereniging of het regelmatig aanschaffen van nieuwe kleren. Het betreft zaken die elk afzonderlijk niet voor iedereen even belangrijk zijn, maar waarvan verwacht mag worden dat iedereen tenminste een aantal ervan moet kunnen hebben of doen om in de samenleving sociaal te functioneren (Van Agt et al., 1996).

In de enquête die eind 2011/begin 2012 aan het Panel Leven met Kanker werd voorgelegd was de volgende vraag opgenomen: 'Wilt u aangeven of u de volgende dingen heeft

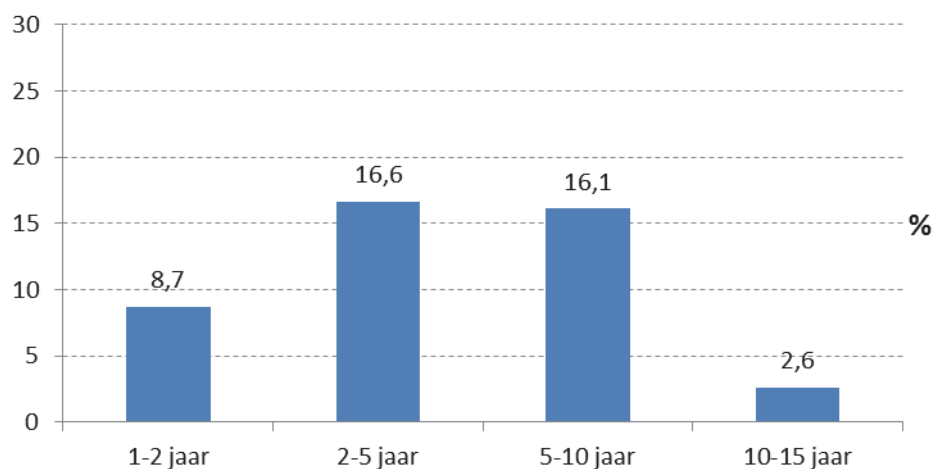
of doet? En zo nee, wilt u dan aangeven of u dat om financiële of om andere redenen niet heeft of doet?’ Genoemd werden: 1) regelmatig aanschaffen van nieuwe kleren; 2) een auto; 3) een of meer keer per maand kennissen, vrienden, familie te eten krijgen; 4) eens in de 14 dagen een avondje uit; en 5) een week of meer per jaar op vakantie (niet bij familie). We spreken in dit rapport van sociale deprivatie wanneer iemand ten minste twee van deze vijf dingen niet doet of heeft, vanwege financiële redenen. Alvorens de resultaten te presenteren, merken we op dat het aantal cases met missende waarden op grond van deze berekening groot was (15%); de analyses konden hierdoor over maximaal 275 cases worden uitgevoerd.

Uit de analyses komt naar voren dat 12% (BI: 8-16) van de mensen met kanker als sociaal gedepriveerd kan worden aangemerkt. Dit percentage is niet goed vergelijkbaar met percentages gevonden binnen andere populaties vanwege definitieverschillen. In 2008 bleek 14% (BI: 12-18) van de mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen sociaal gedepriveerd (van den Brink-Muinen et al., 2009), maar dit percentage was gebaseerd op een somscore over zeven items (criterium: drie van de zeven om financiële redenen niet).

Sociale deprivatie naar subgroepen

We zien nauwelijks verschillen in het percentage mensen bij wie sprake is van sociale deprivatie tussen subgroepen. Uit de ongecorrigeerde analyses komt naar voren dat mensen met kanker die geen partner hebben vaker sociaal gedepriveerd zijn (26%) dan mensen die wel een partner hebben (10%), maar na correctie voor andere verschillen tussen deze twee groepen is het verschil niet meer significant. Hetzelfde geldt voor verschillen tussen groepen met een verschillende ziekteduur; uit de ongecorrigeerde analyse komt een significant verschil naar voren, maar dat zien we na correctie niet terug. Figuur 4.1 toont de (ongecorrigeerde) percentages sociaal gedepriveerden binnen groepen mensen met kanker met een verschillende ziekteduur.

Figuur 4.1: Percentage mensen met kanker dat eind 2011/begin 2012 als ‘sociaal gedepriveerd’ kon worden aangemerkt, naar ziekteduur (tijd in jaren sinds diagnose kanker)



4.3 Belangrijkste bevindingen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de belangrijkste bevindingen nog eens op een rij:

- Van de mensen met kanker in de leeftijd van 18 t/m 64 jaar ontving 16% eind 2011/begin 2012 een uitkering vanwege gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Dit is ongeveer twee keer zo veel als onder de algemene potentiële beroepsbevolking, maar minder dan binnen de totale populatie lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten van 15 t/m 64 jaar. Het betreft vooral (oude) WAO- en (nieuwe) WIA-uitkeringen.
- De percentages mensen met kanker die een werkloosheids- of bijstandsuitkering ontvingen lagen niet hoger dan onder de algemene potentiële beroepsbevolking.
- Vijftigplussers, mensen die nog behandeld worden vanwege kanker en mensen met comorbiditeit ontvangen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- Iets meer dan een op de tien mensen met kanker kan als sociaal gedepriveerd worden aangemerkt. Dat betekent dat ze vanwege geldgebrek niet altijd 'mee kunnen doen'. Onder hoog opgeleiden ligt het percentage sociaal gedepriveerden lager dan onder mensen met een lager opleidingsniveau.

Referenties

- van Agt, H. M. E., Stronks, K., Mackenbach, J. P. (1996). De financiële situatie van chronisch zieken. Eindrapport van de longitudinale studie naar de financiële situatie van chronisch zieken. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit.
- van den Brink-Muinen, A., Rijken, P.M., Spreeuwenberg, P. & Heijmans, M. J. W. M. (2009). Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). www.statline.cbs.nl
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Cijfers uit de Enquête beroepsbevolking (EBB) 2009.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Plausibiliteit POLS-module Vrijwillige inzet 2007. CBS, 2008.
- van Cuelenaere, B. & Veerman, T. J. m. v. Thio, V., Reijng, a F. & van der Burg, C. (2011). Onderzoek evaluatie WIA. Leiden: AStri Beleidsonderzoek en -advies.
- Heijmans, M., van der Veer, J., Spreeuwenberg, P. & Rijken, M. (2011). Kerngegevens Werk en Inkomen. Rapportage 2011: Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, E. P. C., Brink, M., van der Heiden, M. & Rijken, M. (2012). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012: Achtergrond en methodische verantwoording. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, E. P. C., Cardol, M., Brink, M., Gijsen, B. & Rijken, M. (2012). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012: Deelrapportage II, Kwaliteit van leven. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, E. P. C., Gijsen, B., Brink, M. & Rijken, M. (2012). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012: Deelrapportage I, Ervaringen met ziekenhuiszorg. Utrecht: NIVEL.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) i.s.m. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten-organisaties en Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2009). Blauwdruk Kanker en Werk. Utrecht: NVAB.
- Oudijk, D., de Boer, A., Woittiez, I., Timmerman, s J. & de Klerk, M. (2010). Mantelzorg uit de doeken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijken, M., Sanches, S. & Heijmans, M. (2011). Verzekerd met een chronische ziekte. Een onderzoek naar ervaren problemen bij het afsluiten van verzekeringen door chronisch zieken in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89, 427-436.
- Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Schippers, J. & Groenewegen, P. P. Labour participation of people with a chronic disease: effects of age-related illness characteristics. *Ter publicatie aangeboden*.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 11, 124-131.

Bijlage I: Kenmerken van de onderzoeksgroep en de groep jonger dan 65 jaar

	Totale onderzoeksgroep N=325 ¹		Groep jonger dan 65 jaar N=198 ²	
	N	%	N	%
Leeftijd				
18-49 jaar	74	22,8	74	37,4
50-64 jaar	124	38,1	124	62,6
65-74 jaar	84	26,0	0	0,0
75 jaar en ouder	43	13,1	0	0,0
Geslacht				
Man	138	42,5	61	30,7
Vrouw	187	57,5	137	69,3
Opleidingsniveau				
Laag	88	27,1	46	23,2
Middel	127	39,0	78	39,3
Hoog	95	29,3	64	32,4
Onbekend	15	4,6	10	5,1
Partner				
Ja	264	81,2	163	82,5
Nee	51	15,8	28	14,0
Onbekend	10	2,9	7	3,5
Mate van stedelijkheid				
Zeer sterk stedelijk	44	13,5	29	14,4
Sterk stedelijk	85	26,1	58	29,4
Matig stedelijk	67	20,6	36	17,9
Weinig stedelijk	62	19,2	34	17,2
Niet stedelijk	49	15,1	30	15,4
Onbekend	18	5,6	11	5,6
Tumorsoort				
Borstkanker	97	30,0	69	34,6
Spijsverteringsorganen	49	15,1	22	10,9
Mannelijke geslachtsorganen	61	18,8	21	10,5
Huid	27	8,4	24	11,9
Anders*	86	26,4	60	30,1
Onbekend	5	1,4	4	1,9
Ziekte duur				
<1 jaar na diagnose	0	0,0	0	0,0
1-2 jaar na diagnose	26	7,9	17	8,4
2-5 jaar na diagnose	102	31,2	64	32,2
5-10 jaar na diagnose	80	24,8	48	24,3
10-15 jaar na diagnose	76	23,2	34	17,3
Onbekend	42	12,8	35	17,8

¹ Gebaseerd op de totale respondentengroep (n=325), na weging.

² Gebaseerd op de respondentengroep jonger dan 65 jaar (n=150), na weging.

Vervolg tabel Bijlage I

	Totale onderzoeksgroep N=325 ¹		Groep jonger dan 65 jaar N=198 ²	
	N	%	N	%
Onder behandeling vanwege kanker				
Ja, momenteel (het afgelopen jaar)	73	22,3	49	25,0
Nee	238	73,3	138	69,9
Onbekend	14	4,3	10	5,1
Behandelvorm (momenteel, of in het verleden)				
Alleen chirurgie	117	35,9	71	35,9
Chirurgie en andere behandeling(en)**	107	32,9	71	35,6
Alleen andere behandeling(en) ^{**}	45	13,9	16	7,9
Geen chirurgie en/of andere behandeling(en)**	15	4,5	5	2,7
Onbekend	42	12,8	35	17,8
Comorbiditeit				
Geen	112	34,3	78	39,4
Eén of meer chronische aandoeningen	196	60,3	109	55,0
Onbekend	17	5,3	11	5,6

¹ Gebaseerd op de totale respondentengroep (n=325), na weging.

² Gebaseerd op de respondentengroep jonger dan 65 jaar (n=150), na weging.

* De minder frequent voorkomende categorieën zijn, mede omwille van subgroepanalyses, samengenomen tot één restcategorie 'Anders'. Het gaat hier om 'Bloed, beenmerg en lymfeklieren' (n=18; 6%), 'Urinewegen' (n=16; 5%), 'Hoofd en hals' (n=13; 4%), 'Vrouwelijke geslachtsorganen' (n=13; 4%) en 'Restgroep' (n=9; 3%).

** Onder 'andere behandeling' wordt verstaan: chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie en/of immunotherapie.