



Universiteit Utrecht

# Het Effect van de Richtlijn ‘Werk en Psychische Klachten’ op Herstel van Klachten en Werkhervatting

~Masterthesis Esther van den Dool~



Naam: Esther van den Dool

Studentnummer: 0412511

Opleiding: Master Psychologie van Arbeid en Gezondheid in Organisaties

Universiteit: Universiteit Utrecht

Datum: 4 december 2008

Begeleider: Prof. Dr. R.W.B. Blonk

Tweede beoordelaar: Dr. V. Brenninkmeijer

## Abstract

**Aim:** In the current study the effectiveness of implementation of the guideline ‘Work and psychological complaints’ for psychologists was examined. The effectiveness was investigated in terms of decrease of psychological complaints and return to work. **Methods:** 66 psychologists were interviewed about their clients who participated in this study. The 131 participating clients have filled out three questionnaires at baseline, 3 months and 6 months after the onset of treatment respectively. The predictive power of the guideline was tested using regression analysis. Effects on partial and full return to work were tested using Cox’s regression analysis. **Results:** No significant effects were found of guideline adherence on decrease in psychological complaints and return to work. A few individual guideline items did show favourable effects on return to work. Age and recovery expectations showed an effect on full return to work. Psychological complaints and co-worker support showed a marginal significant effect. **Conclusions:** The guideline ‘Work and psychological complaints’ for psychologists should be further developed. Future studies are needed in order to corroborate the findings on the effects of implementation of the guideline. Psychologists should be aware of potentially unfavourable cases by acquiring prognostic information.



## Samenvatting

**Doel:** In dit onderzoek werden de effecten onderzocht van de toepassing van de richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ voor psychologen. De effectiviteit werd vastgesteld aan de hand van het herstel van klachten en het herstel van functioneren (werkhervatting) van werknemers met psychische klachten. **Methode:** Er zijn 66 psychologen opgenomen in dit onderzoek met wie een interview is afgenomen over hun deelnemende cliënt(en) aan het onderzoek. Bij de 131 deelnemende cliënten werden in een half jaar op drie tijdstippen vragenlijsten afgenomen. Met behulp van regressieanalyse werd het effect bekeken van de mate waarin de richtlijn werd gevolgd op herstel van klachten en herstel van functioneren. De duur tot partiële en volledige werkhervatting werd geanalyseerd middels survival analyse. **Resultaten:** Er is geen effect van de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd op herstel van klachten en herstel van functioneren. Enkele individuele indicatoren van de richtlijn laten wel een effect zien op werkhervatting. Leeftijd en verwachte absentieduur hebben invloed op de duur tot volledige hervatting. Klachten en sociale steun van collega’s zijn marginaal significant. **Conclusie:** De richtlijn moet worden aangescherpt en verder worden onderzocht om conclusies te kunnen trekken over het effect van de toepassing ervan. Psychologen moeten vroeg in de behandeling over relevante prognostische informatie beschikken.



---

## Inhoudsopgave

<b>Abstract</b> .....	<b>i</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>ii</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>1</b>
1.1 Theoretische achtergrond .....	1
1.2 Richtlijn voor bedrijfsartsen.....	3
1.3 Richtlijn voor psychologen .....	4
1.4 Het huidige onderzoek .....	5
<b>2. Methoden</b> .....	<b>8</b>
2.1 Participanten en procedure .....	8
2.3 Meetinstrumentarium .....	9
2.4 Data analyse .....	11
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>13</b>
3.1 Correlaties .....	13
3.2 Mate waarin de richtlijn wordt gevolgd .....	13
3.3 Herstel van klachten .....	13
3.4 Herstel van functioneren (werkhervatting) .....	14
3.5 De invloed van andere factoren op werkhervatting .....	14
3.6 Aanvullende analyses .....	16
<b>4. Discussie</b> .....	<b>18</b>
4.1 Conclusies en verklaringen .....	18
4.2 Aanbevelingen.....	21
4.3 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	22
<b>Referenties</b> .....	<b>24</b>
<b>Bijlage 1: Overzicht vragen interview over volgen van de richtlijn</b> .....	<b>29</b>

---

## 1. Inleiding

De laatste tien jaar is een stijging te zien in het aantal werknemers dat te maken krijgt met stressgerelateerde aandoeningen. Er is een toenemende interesse getoond in het effectief behandelen van werknemers die last hebben van deze psychische problemen. Dit is vooral te zien wanneer het gaat om psychische klachten met een hoge prevalentie binnen de werkende populatie, zoals depressie, angststoornissen en aanpassingsstoornissen (o.a. Andrea, Bültmann, Beurskens, Swaen, Van Schayck & Kant, 2004; Wang, Adair & Patten, 2006; Glozier, 2002; Kessler et al., 2006; Goetzel, Ozminkowski, Sederer & Mark, 2002). Deze psychische klachten worden geassocieerd met slechter functioneren op het werk en met problemen wat betreft arbeidsparticipatie, zoals langdurig ziekteverzuim (Kessler et al., 2006; Goetzel, Ozminkowski, Sederer & Mark, 2002; Adler, McLaughlin, Rogers, Chang, Lapitsky & Lerner, 2006; Sanderson & Andrews, 2006; Fleten & Johnsen, 2006).

Viereneenhalf procent van de werknemers in Nederland geeft aan dat de laatste keer verzuim te wijten is aan psychische klachten, overspannenheid of burnout (Van den Bossche, Hupkens, De Ree & Smulders, 2006). Daarnaast gaf 7,2% van de werknemers aan het afgelopen jaar meer dan 8 weken aan een stuk door verzuimd te hebben. De kosten die met langdurig verzuim gepaard gaan zijn een groot probleem. Het RIVM (2006) heeft berekend dat 22% van de totale gezondheidszorgkosten aan psychische stoornissen is toe te schrijven. Er is echter niet alleen sprake van kosten in economische zin, ook het welbevinden en de ervaren kwaliteit van leven worden aangetast bij werknemers die verminderd deel uitmaken van het arbeidsproces (Price, Van Ryn & Vinokur, 1992; Bowling, 1995).

Duidelijk is, dat een adequate behandeling van werknemers met stressgerelateerde klachten van groot belang is. Er is echter nog te weinig onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van interventies die worden ingezet bij werknemers met psychische klachten (Blonk, 2006). In dit onderzoek zullen de effecten worden onderzocht van de toepassing van de richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ voor psychologen (NIP & LVE, 2005). De effectiviteit zal worden vastgesteld aan de hand van het herstel van klachten en het herstel van functioneren (werkhervatting) van werknemers met psychische klachten. De verwachting is, dat een betere behandeling en begeleiding zal resulteren in sneller herstel en reductie van verzuim.

### 1.1 Theoretische achtergrond

De effectiviteit van interventies bij werknemers met psychische klachten is onderzocht door

---

---

Van der Klink, Blonk, Schene en Van Dijk (2001). Gevonden is, dat interventies gericht op stress management effectief zijn. Hierbij waren de uitkomstvariabelen onder andere psychologische bronnen, beleving van kwaliteit van het werkleven en herstel van klachten. Cognitieve gedragstherapie bleek tevens effectiever dan andere interventies als ontspanningsoefeningen en multimodale programma's. Dit onderzoek heeft echter slechts betrekking op het effect van preventieve interventies.

Een van de weinige effectstudies naar interventies met werkhervatting als uitkomstvariabele is uitgevoerd door Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels en McCrone (2007). Gevonden werd, dat het toevoegen van werkgerichte therapie aan de reguliere behandeling (onderdelen van cognitieve gedragstherapie) bij personen met werkgerelateerde depressie terugkeer naar het werk bevordert. Dit effect doet zich voor zonder dat stress op het werk wordt verhoogd. Ook is het toevoegen van werkgerichte therapie effectiever wanneer het om kosten gaat. Tegelijkertijd werd er geen verschil gevonden tussen de reguliere behandeling en de toevoeging van werkgerelateerde therapie, gekeken naar vermindering van depressieve klachten. Hoewel deze studie kleinschalig was en de steekproef bestond uit personen met ernstige klachten wat betreft depressiviteit en verzuim van het werk, zijn de resultaten in lijn met een ander gecontroleerd effectonderzoek dat is uitgevoerd door Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld en Houtman (2006). Hierin werd een vergelijking gemaakt tussen psychologische begeleiding op basis van cognitieve gedragstherapie en een innovatieve gecombineerde begeleiding door een arbeidsdeskundige waarin de interventie zowel gericht was op de werksituatie als op het individu. Deze gecombineerde interventie bleek veel effectiever dan de cognitieve gedragstherapie in het reduceren van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Net als in het eerder genoemde onderzoek was er geen verschil in de vermindering van psychische klachten tussen de verschillende begeleidingsvormen.

Ook uit het onderzoek van Van der Klink, Blonk, Schene en Van Dijk (2003) kwam een dergelijk effect naar voren. De experimentele activerende interventie bestond uit stress management training, een effectieve vorm van cognitieve gedragsmatige begeleiding. Deze activerende interventie was succesvol in het verkorten van de duur van ziekteverzuim vergeleken met de reguliere behandeling door bedrijfsartsen. Dit effect trad vooral op in het verminderen van langdurig absentisme. Wat betreft herstel van klachten werd ook in dit onderzoek geen verschil gevonden tussen de twee vormen van behandeling. Laatstgenoemd onderzoek bestond uit werknemers die voor het eerst verzuimden vanwege een aanpassingsstoornis.

---

---

Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer en Schaufeli (in voorbereiding), tot slot, vonden dat psychologen die meer en eerder de focus leggen op werkgerelateerde aspecten het herstel van functioneren op het werk versnellen. Zowel volledige werkhervatting als een toename in het aantal uren dat men werkt vond eerder plaats bij personen die een aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie kregen (waarbij werkaspecten vroeg in de therapie werden toegepast) dan bij personen die een reguliere behandeling (reguliere cognitieve gedragstherapie) kregen. Opmerkelijk is, dat dit resultaat kan worden bereikt met relatief weinig extra inspanning en zonder negatieve bijeffecten op herstel van psychologische klachten op korte termijn.

Schene, Van Weeghel, Van der Klink en Van Dijk schetsen in een overzichtsartikel (2005) een aantal parallellen wat betreft het schaarse onderzoek naar interventies specifiek gericht op het functioneren of waar functioneren als effectvariabele is meegenomen. Een accent in de begeleiding op functioneren en op arbeid draagt klaarblijkelijk bij aan een snellere en meer duurzame opbouw van het arbeidsfunctioneren. Dit is een niet te verwaarlozen veronderstelling, aangezien in de gezondheidszorg jarenlang de impliciete aanname is geweest dat als mensen herstellen op het klachtenniveau, het herstel van functioneren vanzelf volgt. Tevens werd aangenomen dat men eerst geheel klachtenvrij moet zijn, voordat werkhervatting kan plaatsvinden. Nu is duidelijk, dat gelijktijdige en geïntegreerde aandacht voor klachten én functioneren in arbeid bijdraagt aan de opbouw van het functioneren. Bovendien vindt herstel voor een belangrijk deel tevens plaats in de werkcontext.

## **1.2 Richtlijn voor bedrijfsartsen**

In navolging op de vraag naar praktische aanbevelingen voor professionals die te maken krijgen met werknemers met psychische problemen is in 2000 een richtlijn voor bedrijfsartsen ontwikkeld met betrekking tot het diagnosticeren, begeleiden en behandelen van deze cliënten (NVAB, 2000). In de richtlijn wordt aandacht besteed aan de te nemen diagnostische stappen en stappen voor interventie, procesevaluatie en terugvalpreventie. Daarnaast komen aspecten aan bod als coöperatie, gezamenlijke consultatie en advies bij een verschil van mening tussen twee behandelaars. Er is gekeken naar de mate waarin de richtlijn voor bedrijfsartsen daadwerkelijk wordt toegepast (Rebergen, Hoenen, Heinemans, Bruinvels, Bakker & Van Mechelen, 2006). Hieruit bleek, dat er onder bedrijfsartsen een positieve attitude was jegens de richtlijn en dat bedrijfsartsen zich voornamen de richtlijn te gebruiken, maar de



---

handelswijze van bedrijfsartsen kwam niet overeen met de aanbevelingen in de richtlijn. Er moet volgens deze studie meer aandacht worden besteed aan het implementeren van de richtlijn. Meer onderzoek dient te worden uitgevoerd als bewijs dat het toepassen van de richtlijn kwaliteit van zorg en werkhervatting bevordert.

Een serie onderzoeken is uitgevoerd om de effectiviteit van de richtlijn ‘Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten’ vast te stellen (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk, 2004; Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk, 2005; Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2006, Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink en Tummers-Nijssen, 2003). Uit eerder onderzoek onder werknemers met lage rugpijn is namelijk naar voren gekomen hoe kwaliteit van zorg gemeten kan worden onder bedrijfsartsen (Van der Weide, Verbeek, Van Dijk & Hulshof, 1998). Aan de hand van opgestelde prestatie-indicatoren werd gevonden, dat goede kwaliteit van zorg samenhangt met korter ziekteverzuim (Van der Weide, Verbeek & Van Dijk, 1999). Voor de richtlijn stelden Smits, De Buissonjé, Verbeek, Van Dijk, Metz en Ten Cate (2003) 11 potentiële prestatie-indicatoren vast, welke door Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk (2005) zijn onderzocht op inhouds- en predictieve validiteit. De prestatie-indicatoren bleken voldoende valide, maar er werd geen duidelijk verband gevonden tussen de afzonderlijke prestatie-indicatoren en werkhervatting. In het onderzoek van Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink en Tummers-Nijssen (2003) is gevonden, dat interventies gericht op de organisatie en continuïteit van zorg verband houden met korter ziekteverzuim. Er werd in dit onderzoek echter geen relatie gevonden tussen de andere aspecten van de richtlijn en werkhervatting.

### **1.3 Richtlijn voor psychologen**

Niet alleen voor bedrijfsartsen, maar ook voor psychologen bestaat het belang werk te implementeren in de behandeling. Zo geeft Blonk aan in zijn inaugurele rede (2006), dat psychologen gemiddeld gezien te veel gericht zijn op herstel van klachten en te weinig op terugkeer naar werk. De in 2006 voor psychologen ingezette richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ tracht dit gegeven te veranderen. De richtlijn is in navolging van de Leidraad ‘Aanpak verzuim om psychische redenen’ (Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, 2001) ontwikkeld door de projectgroep ‘Werk voor psychologen’ van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE). Bovengenoemde richtlijn voor bedrijfsartsen (NVAB, 2000) is gebruikt ter ontwikkeling en



---

onderbouwing van de richtlijn voor psychologen, alsmede de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (Romeijnders, Vriezen, Van der Klink, Hulshof, Terluin, Flikweert & Baart, 2005). Door het toepassen van de richtlijn laten psychologen het werk en het werksysteem deel uitmaken van de behandeling en begeleiding van cliënten. Hierbij staan een aantal uitgangspunten centraal:

- Activerend: De psycholoog ondersteunt de cliënt om actief het eigen herstel te bevorderen, waarbij werk onderdeel van het herstel uitmaakt.
- Persoons- en omgevingsgericht: Er is zowel aandacht voor het vergroten van de belastbaarheid van de cliënt als voor de belasting vanuit de werkomgeving.
- Afstemming met het werk of andere professionals: Vanuit de regio van de cliënt is het aan de cliënt om contact met het werk en eventuele andere professionals te onderhouden. Indien dit nodig wordt geacht door cliënt of de psycholoog, neemt de psycholoog - in overleg met de cliënt - contact op met het werk en/of andere professionals die de cliënt begeleiden.
- Tijdcontingent: In geval van verzuim houden zowel cliënt als psycholoog rekening met de termijnen zoals in de wet verbetering Poortwachter wordt aangegeven.
- Procescontingent: Het aantal contacten, de duur en intensiteit van de behandeling en begeleiding zijn afhankelijk van de ernst van de psychische klachten. Het proces van het betrekken van werk in de behandeling en begeleiding is vormgegeven in vijf fasen, te weten: 1) kennismaking met de cliënt, 2) verkenning werksituatie, 3) interventie, 4) evaluatie en 5) terugvalpreventie.

#### **1.4 Het huidige onderzoek**

In 2006 is TNO een onderzoek gestart (Effectiviteit van de richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ voor psychologen) om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit en mogelijke verbeteringen van de richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ voor psychologen, zodat een verdere implementatie bij en professionalisering van psychologen tot stand komt. Daarnaast onderzoekt TNO wat de effecten zijn van toepassing van deze richtlijn op het herstel van klachten en het herstel van functioneren van werknemers met psychische klachten. Het onderzoek is vernieuwend, aangezien de richtlijn nog niet eerder op kwaliteit en effectiviteit is onderzocht. Een ander vernieuwend aspect van dit onderzoek is, dat de psycholoog met zijn/haar behandeling en begeleiding van werknemers met psychische klachten centraal staat. Bovendien betreft het een brede onderzoeksgroep van werknemers met psychische klachten.

---

---

In lijn met het onderzoek dat TNO uitvoert, zal in deze thesis het effect worden getoetst van de toepassing van de richtlijn op herstel van klachten en herstel van functioneren (werkhervatting). Centraal in deze thesis staat de vraag in hoeverre psychologen volgens de richtlijn werken bij de behandeling van hun cliënten met psychische klachten en hoe de relatie is tussen deze mate waarin de richtlijn wordt gevolgd enerzijds en herstel van klachten en herstel van functioneren anderzijds. De volgende hypothesen worden op basis van bovengenoemde literatuur geponoerd:

*Hypothese 1a:* Cliënten rapporteren minder klachten naarmate de tijd verstrijkt (herstel van klachten).

*Hypothese 1b:* De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd heeft geen effect op het herstel van klachten.

*Hypothese 2a:* De mate waarin cliënten hervat zijn neemt toe in de tijd (herstel van functioneren – werkhervatting).

*Hypothese 2b:* Naarmate psychologen de richtlijn meer toepassen, zal (partiële en volledige) werkhervatting bij cliënten eerder plaatsvinden.

Daarnaast wordt rekening gehouden met andere factoren die invloed hebben op werkhervatting, te weten: leeftijd, (door cliënt zelf) verwachte absentieduur, opleiding en ernst van klachten (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2006). Leeftijd (Cheadle, Franklin, Wolfhagen, Savarino, Liu, Salley & Weaver 1994; Reiso, Nygard, Brage, Gulbrandsen & Tellnes, 2001; Soderman, Lisspers & Sundin, 2003; Nystuen, Hagen & Herrin, 2001; Eshoj, Jepsen & Nielsen, 2001), verwachte absentieduur (Cole, Mondloch & Hogg-Johnson, 2002; Hogg-Johnson & Cole, 2003) en ernstige depressieve klachten (Judd et al., 2000; Soderman, Lisspers & Sundin, 2003) zijn eerder in verband gebracht met langer ziekteverzuim. Een hogere opleiding had in eerder onderzoek een positieve invloed op werkhervatting (Soderman, Lisspers & Sundin, 2003; Eshoj, Jepsen & Nielsen, 2001). Een mogelijke verklaring voor het tegendeel dat in het onderzoek van Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk (2006) gevonden is, is dat hoger opgeleide werknemers complexere banen hebben waarin het voor personen met psychische problemen moeilijker is om terug te keren (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2006).

In overeenstemming met eerder onderzoek (Gates, 1993; Kushnir & Luria, 2002) wordt betere communicatie tussen leidinggevende en werknemer door Nieuwenhuijsen, Verbeek, De

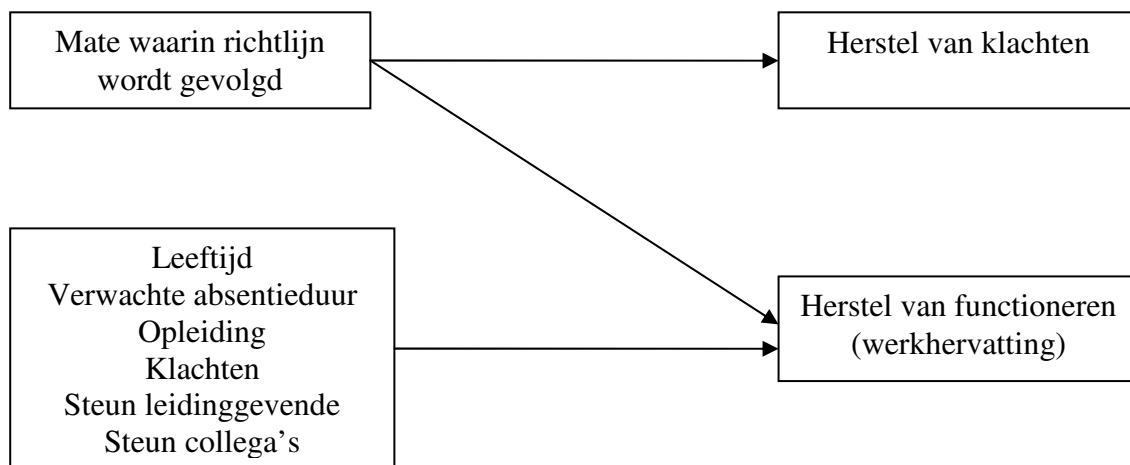
---

Boer, Blonk en Van Dijk (2004) geassocieerd met een snellere volledige werkhervatting (bij werknemers zonder depressieve klachten). Niet alleen minder steun van leidinggevende, maar ook minder steun van collega's leidt tot langer ziekteverzuim (Janssen, Van den Heuvel, Beurskens, Nijhuis, Schroër & Van Eijk, 2003; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan & Sinclair, 2001; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph & Brand, 2001). De volgende verwachtingen zijn gebaseerd op bovenstaande:

*Hypothese 3:* Cliënten zullen het werk eerder hervatten naarmate zij:

- a) Jonger zijn;
- b) Zelf verwachten korter absent te zijn;
- c) Lager opgeleid zijn;
- d) Minder klachten hebben;
- e) Meer sociale steun ervaren van leidinggevende;
- f) Meer sociale steun ervaren van collega's.

Hieruit vloeit het volgende onderzoeksmodel voort:



Figuur 1. *Onderzoeksmodel*

## 2. Methoden

### 2.1 Participanten en procedure

De werving en deelname van de deelnemers valt uiteen in twee delen, te weten: Werving van de psychologen en werving van de werknemers met psychische klachten. In samenwerking met het NIP en LVE is tweemaal een aselechte steekproef getrokken uit hun ledenbestand. De betreffende psychologen zijn in samenspraak met TNO aangeschreven met het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast heeft TNO zelf psychologen gezocht buiten het ledenbestand van het NIP en LVE.

De deelnemende psychologen hebben vervolgens tijdens of na het intakegesprek cliënten gevraagd naar de bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek op basis van een aantal inclusiecriteria. Het betreft nieuwe cliënten van psychologen die psychische klachten rapporteren en een betaalde betrekking hebben. Daarnaast verzuimen zij van het werk. Diagnose is niet als inclusie criterium gehanteerd, omdat de richtlijn betrekking heeft op werknemers ongeacht de psychische diagnose.

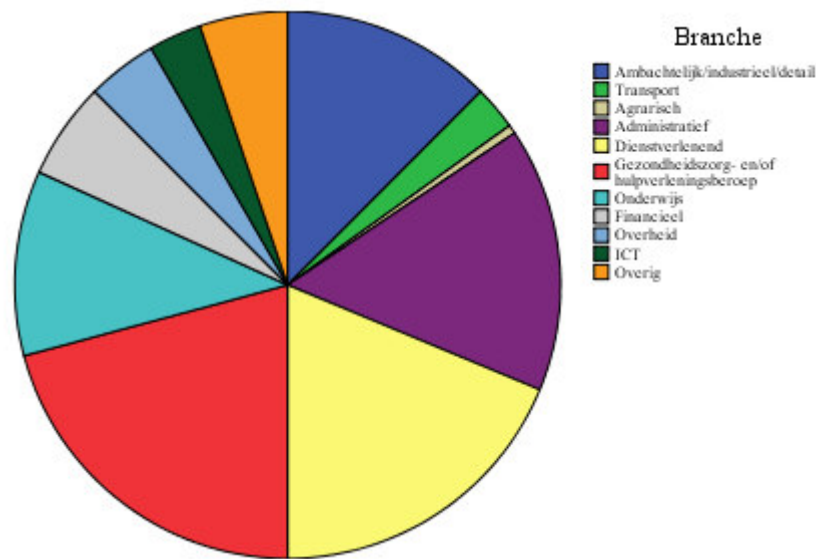
Bij de deelnemende cliënten werden op drie tijdstippen vragenlijsten afgenomen. De eerste vragenlijst (T1) werd ingevuld voor de start van de behandeling. Vervolgens kregen zij drie maanden na start van de behandeling en 6 maanden na start van de behandeling respectievelijk de tweede (T2) en derde (T3) vragenlijst opgestuurd.

Van cliënten die niet instemden met deelname aan het onderzoek zijn niet voldoende gegevens te achterhalen om een nonresponsanalyse uit te voeren. Van de 131 participanten is 44% van het mannelijk geslacht en 56% is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 45 jaar ( $SD = 9.2$ ). 49% van de deelnemers heeft HBO of Universiteit als hoogst afgeronde opleiding. De meerderheid van de deelnemende personen (51%) is gehuwd of samenwonend met kinderen. De participanten zijn werkzaam in gevarieerde beroepssectoren, zoals onderwijs, gezondheidszorg, administratieve sector, dienstverlening etc. (Figuur 2).

Naast de taak van psychologen om cliënten te werven, werden zij ook verzocht mee te werken aan een interview over de behandeling van de deelnemende cliënten. Dit telefonische interview over de cliënten werd afgenomen indien de cliënt ofwel was uitbehandeld, ofwel 8 sessies of meer had gehad. Aan de cliënten is in de eerste vragenlijst toestemming gevraagd om met de psycholoog over hun behandeling te mogen spreken.

Er zijn 66 psychologen opgenomen in dit onderzoek met wie een interview is afgenomen

---



Figuur 2. *Verdeling beroepssectoren participanten*

over hun deelnemende cliënt(en) aan het onderzoek. Een korte vragenlijst is ingevuld door zowel deelnemende psychologen als psychologen die deelname hebben geweigerd. Aan de hand van deze vragenlijst is een vergelijking gemaakt. Analyses lieten geen relevante verschillen zien wat betreft achtergrondkenmerken en kennis van en ervaring met de richtlijn. Van de deelnemende psychologen is 74 % vrouw. De gemiddelde leeftijd is 46 jaar ( $SD = 10.8$ ) en 64% is zelfstandig gevestigd. De deelnemende psychologen zijn gemiddeld 12 jaar werkzaam als behandelaar.

## 2.3 Meetinstrumentarium

### *Interview met psychologen*

*Mate waarin richtlijn wordt gevolgd.* Middels een gestructureerd interview is nagegaan in hoeverre de psychologen volgens de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen werken bij de cliënten die ook deelnemen aan het onderzoek. Dit interview geschiedt aan de hand van de cliëntendossiers, zodat de psycholoog feitelijke gegevens kan opzoeken en (recall)bias zoveel mogelijk vermeden wordt. De kern van het interview bestaat uit opgestelde prestatie-indicatoren, zodat inzicht wordt verkregen in de wijze waarop en de mate waarin psychologen volgens de richtlijn werken. Alvorens het interviewprotocol is uitgewerkt zijn de prestatie-indicatoren beoordeeld en verbeterd door een viertal psychologen. Er zijn uiteindelijk 30 richtlijnindicatoren opgesteld (Bijlage 1). Met deze 30 items wordt een totaalscore berekend. Hoe meer vragen bevestigend worden beantwoord, hoe hoger de mate

---

waarin de psycholoog de richtlijn volgt. Een aantal vragen die zijn gesteld om de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd te bepalen, zijn: *‘Heeft u gesproken over de motivatie van de cliënt om te werken/werk te hervatten?’*, *‘Heeft u het gehad over welke factoren in het werk het herstel van functioneren van de cliënt belemmeren?’* en *‘Heeft u in uw behandeling een opbouwplan voor werkhervatting gemaakt en daarbij rekening gehouden met een eventueel plan van aanpak in het kader van de WVP?’*.

### ***Vragenlijsten voor verzuimende werknemers met psychische klachten***

Zoals hierboven vermeld is gebruik gemaakt van drie vragenlijsten die op verschillende tijdstippen zijn ingezet. Er zijn veel factoren in de vragenlijsten betrokken, te weten: Persoonlijke gegevens, werk, gezondheid en persoonlijkheid, oordeel over en begeleiding door de psycholoog en verzuim en terugkeer naar werk. Er wordt in dit onderzoek enkel gebruik gemaakt van de factoren die een antwoord geven op de vraagstelling. Hieronder volgen de voorspellers die worden getoetst.

*Demografische gegevens.* In T1 hebben participanten het geboortejaar ingevuld, waardoor de leeftijd van de participanten kan worden vastgesteld. Daarnaast is in T1 gevraagd naar de hoogst afgemaakt opleiding.

*Verwachte absentieduur.* In T1 is gevraagd: *‘Wanneer denkt u dat u weer volledig aan het werk zal zijn?’* Hierop kon worden geantwoord: *Binnen 3 maanden, 3-6 maanden, 6 maanden tot 1 jaar, 1 jaar of langer* en *Ik denk dat ik nooit meer zal werken.*

*Psychische klachten.* De ernst van klachten is bepaald door de totaalscore te nemen van de in T1 uitgevraagde Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs, 2003). Deze schaal telt 53 items en is de Nederlandse versie van de Brief Symptom Inventory van Derogatis (1975). Gevraagd wordt hoeveel last de persoon de afgelopen week had van klachten. Enkele voorbeelditems zijn: *‘Hoeveel last had u de afgelopen week van pijn op de borst of het hart?’*, *‘Hoeveel last had u de afgelopen week van je somber voelen?’*, *‘Hoeveel last had u de afgelopen week van moeite met beslissingen nemen?’*. Alle items worden beantwoord op een 5-puntsschaal, lopend van *helemaal geen* tot *heel veel*. Cronbach’s alpha voor de BSI is in dit onderzoek .96. In T3 is de BSI opnieuw uitgevraagd. Op deze manier kan het herstel van klachten worden bepaald.

---

*Sociale steun.* De variabelen ‘Steun van leidinggevende’ en ‘Steun van collega’s’ komen uit de schaal ‘Werkomstandigheden’ in T1. Steun van leidinggevende is gebaseerd op de Nederlandse vertaling (Le Blanc, 1994) van de Leader-Member Exchange scale van Graen en Uhl-Bien (1991). De schaal in dit onderzoek bestaat echter uit drie items in plaats van zes. Een voorbeelditem dat steun van leidinggevende meet is: ‘*Kunt u als dat nodig is uw directe leiding om hulp vragen?*’. Steun van collega’s is overgenomen uit de Vitalityscan (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001). ‘*Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw directe collega’s?*’ is een item met betrekking tot steun van collega’s. Ook deze schaal telt drie items. Beide variabelen worden beantwoord op een vijfpuntsschaal die loopt van *nooit* tot *altijd*. Cronbach’s alpha voor de subschaal ‘Steun van leidinggevende’ is .90 en voor de subschaal ‘Steun van collega’s’ is Cronbach’s alpha .91.

*Herstel van functioneren (werkhervatting).* Herstel van functioneren wordt op meerdere manieren vastgesteld. Ten eerste wordt de duur tot partiële en volledige werkhervatting berekend door te kijken naar het aantal dagen vanaf datum van ziekmelding tot partiële hervatting en volledige hervatting. Daarnaast wordt het werkhervattingpercentage meegenomen door het aantal uren dat de participant werkt te vergelijken met het aantal contracturen. In T1 is gevraagd naar de ziekmeldingdatum en of dit gedeeltelijk of volledig was. Het aantal uren dat men per week volgens contract behoort te werken is ook in T1 gevraagd. In alle vragenlijsten wordt gevraagd of de persoon hervat is en zo ja, of dit gedeeltelijk of volledig is. Vervolgens wordt de datum gevraagd waarop men voor het eerst (meer) is gaan werken na de ziekmelding en eventueel de datum waarop men voor het eerst volledig is gaan werken na de ziekmelding. Als de cliënt gedeeltelijk hervat is, wordt gevraagd hoeveel uur hij/zij op dit moment per week werkt. Tot slot wordt gevraagd hoeveel uur de persoon per week werkte toen hij/zij na de ziekmelding voor het eerst begon met werken of meer ging werken.

## **2.4 Data analyse**

Met behulp van regressieanalyse wordt het effect bekeken van de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd op herstel van klachten en herstel van functioneren. De invloed van leeftijd, verwachte absentieduur, opleiding, klachten, steun van leidinggevende en steun van collega’s op herstel van functioneren wordt tevens getoetst door middel van regressieanalyse.

De duur tot partiële en volledige werkhervatting wordt geanalyseerd middels een

---





---

specifieke vorm van regressieanalyse, namelijk survival analyse. Deze vorm van regressieanalyse laat zien hoeveel personen na bepaalde tijd hervat zijn. Omdat niet iedereen ten tijde van T3 volledig hervat is, wordt de survival tijd voor deze personen gelijkgesteld aan het aantal dagen tussen de datum van ziekmelding en de datum van het invullen van de derde vragenlijst.

Alle analyses worden uitgevoerd met SPSS, versie 14.0 (SPSS Inc., Illinois, USA).

### 3. Resultaten

#### 3.1 Correlaties

Wat opvalt in de correlatietabel (Tabel 3.1) is dat de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd met geen enkele andere variabele significant correleert. Zoals verwacht kan worden correleren de verschillende uitkomstmaten van werkhervatting (werkhervattingpercentage T1, T3 en duur tot partiële, volledige hervatting). Verder valt op, dat de correlatie tussen psychische klachten op T3 en werkhervattingpercentage op T3 maar liefst  $-.44$  is. De correlatie van  $.21$  tussen psychische klachten op T3 en duur tot volledige hervatting is tevens significant ( $p < .01$ ). Tussen sociale steun leidinggevende en psychische klachten op T1 en T3 is de correlatie respectievelijk  $-.26$  ( $p < .01$ ) en  $-.17$  ( $p < .05$ ). Verwachte absentieduur correleert met psychische klachten op T1 ( $r = .18, p < .05$ ), psychische klachten op T3 ( $r = .25, p < .01$ ), werkhervattingpercentage T3 ( $r = -.47, p < .01$ ), duur tot partiële hervatting ( $r = .19, p < .05$ ) en duur tot volledige hervatting ( $r = .52, p < .01$ ).

#### 3.2 Mate waarin de richtlijn wordt gevolgd (RL)

Er is weinig spreiding in de mate waarin de richtlijn wordt toegepast. Op een schaal van 0-30 hebben psychologen een gemiddelde score van 25.60 (SD = 3.57). De minimumscore is 13 en de maximumscore is 30, 76% van de psychologen heeft een score tussen 24 en 30.

#### 3.3 Herstel van klachten

De gemiddelde score op de BSI neemt af van 1.09 (SD = .65) op T1 tot  $.51$  (SD = .55) op T3. Vergeleken met de normgroep 'normale' personen uit de handleiding van de BSI (De Beurs, 2003) is dit een afname van 'hoog' tot 'boven gemiddeld'. Dit resultaat is significant ( $F(1,129) = 68.17, p = .00$ ). De betreffende hypothese (*Cliënten rapporteren minder klachten naarmate de tijd verstrijkt*) wordt gesteund.

Er is geen effect van de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd op herstel van klachten. De gemiddelde score op BSI T1 verklaart 34% van de variantie van gemiddelde score op BSI T3. De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd voegt niets aan de verklaarde variantie toe en is geen significante voorspeller ( $\beta = .09, p = .22$ ). Hypothese 1b (*De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd heeft geen effect op het herstel van klachten*) wordt gesteund.

---

### 3.4 Herstel van functioneren (werkhervatting)

Op T1 hebben 117 personen ingevuld dat ze zich volledig ziek hebben gemeld tijdens de laatste ziekmelding, terwijl 14 personen zich gedeeltelijk ziek meldden. Ten tijde van T1 hebben 48 participanten inmiddels het werk gedeeltelijk hervat (37%). Ten tijde van T3 hebben 80 personen het werk volledig hervat (61%), 36 personen zijn gedeeltelijk hervat (27%) en 15 personen werken nog helemaal niet (12%). Er zijn dus participanten die het werk hervat hebben, maar teruggevallen zijn in verzuim.

Op T1 was het werkhervattingpercentage ten opzichte van het aantal contracturen 19%. Op T3 was dit percentage 78%. Dit is een significante toename ( $F(1, 128) = 9.71, p = .00$ ). Wanneer RL wordt toegevoegd in het model met percentage hervat op T3 als uitkomstvariabele en percentage hervat op T1 als corrigerende variabele, blijft de verklaarde variantie 6%. De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd heeft geen voorspellende waarde voor werkhervattingpercentage ( $\beta = .02, p = .84$ ).

De duur van ziekmelding tot partiële hervatting is gemiddeld 91 dagen ( $SD = 72.92$ ). Er is geen effect van RL op duur tot partiële hervatting ( $\chi(1) = .23, p = .63$ ). De duur van ziekmelding tot volledige hervatting is gemiddeld 166 dagen ( $SD = 78.04$ ). Er is geen effect van RL op duur tot volledige hervatting ( $\chi(1) = .16, p = .69$ ).

Hypothese 2a (*De mate waarin cliënten hervat zijn neemt toe in de tijd*) wordt hiermee gesteund. Hypothese 2b (*Naarmate psychologen de richtlijn meer toepassen, zal partiële en volledige werkhervatting bij cliënten eerder plaatsvinden*) wordt verworpen.

### 3.5 De invloed van andere factoren op werkhervatting

Alleen verwachte absentieduur heeft invloed op werkhervattingpercentage ( $\beta = -.33, p = .01$ ). Geen van de variabelen heeft een significant effect op de duur tot partiële hervatting. De variabelen leeftijd en verwachte absentieduur hebben invloed op de duur tot volledige hervatting (Tabel 3.2). Hypothese 3a en 3c worden gesteund: Cliënten zullen het werk eerder hervatten naarmate zij jonger zijn en zelf verwachten korter absent te zijn. Er is geen bewijs gevonden voor de invloed van opleiding, klachten, sociale steun van leidinggevende en sociale steun van collega's op werkhervatting.

Tabel 3.1. *Gemiddelden, standaarddeviaties en correlaties*

	M	SD	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Leeftijd	44.73	9.18	-										
2. Opleiding	3.86	1.25	.06	-									
3. Verwachte absentieduur	1.54	.78	.11	.12	-								
4. Sociale steun leidinggevende	3.05	1.13	.01	-.13	-.20*	-							
5. Sociale steun collega's	3.24	1.04	-.07	-.11	.01	.57**	-						
6. Mate richtlijn gevolgd	25.60	3.57	.03	.12	-.05	-.10	-.04	-					
7. Psychische klachten T1	1.09	.65	-.10	-.04	.18*	-.26**	-.17*	-.08	-				
8. Psychische klachten T3	.51	.55	.02	-.07	.25**	-.17*	-.14	.05	.57**	-			
9. Werkhervattingpercentage T1	18.58	27.48	-.18*	.06	-.09	-.01	.02	-.08	.02	-.03	-		
10. Werkhervattingpercentage T3	77.62	35.50	-.18*	-.04	-.47**	.01	-.04	-.05	-.10	-.44**	.28**	-	
11. Duur tot partiële hervatting	90.74	72.92	.24**	.00	.19*	.02	.03	.05	-.08	.04	-.50**	-.26*	-
12. Duur tot volledige hervatting	204.11	90.40	.16*	.05	.52**	-.08	.03	.02	-.05	.21**	-.07	-.53**	.38**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Tabel 3.2. *Uitkomsten van een Cox regressie analyse voor duur tot volledige hervatting*

	B	SE B	Exp (B)	<i>p</i>
Leeftijd	-.06	.02	.94	.01
Opleiding	-.03	.16	.97	.84
Verwachte absentieduur	-1.43	.38	.24	.00
Klachten	.72	.38	2.06	.06
Sociale steun leidinggevende	-.22	.23	.81	.35
Sociale steun collega's	-.43	.24	.65	.07

### 3.6 Aanvullende analyses

Aangezien de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd geen significant effect heeft op de verschillende uitkomstmaten, is het niet zinvol om de analyses met controle voor hierboven genoemde variabelen uit te voeren.

Aanvullend is gekeken naar de invloed van de individuele indicatoren op de verschillende uitkomstmaten. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 3.3. Bij deze verkennende analyse is gekozen voor een alpha van .08 en niet (zoals gebruikelijk) .05 om een fout van de tweede soort te vermijden. Met een alpha van .08 is er minder kans dat een effect dat er wel is niet gevonden wordt (Miles & Shevlin, 2001). Aangezien de steekproef niet groot is, neemt de *power* van de toets af en dit beïnvloedt de keuze voor een alpha van .08. De items 5, 11 en 17 hebben een significant effect op herstel van klachten. De items 2, 6, 31, 32 en 33 hebben een significante invloed op werkhervattingpercentage. Item 6 heeft een significant effect op de duur tot partiële hervatting en voor de duur tot volledige hervatting zijn de items 2, 17 en 29 significant. Op iedere uitkomstmaat hebben verschillende items een significante invloed, maar de items 2, 6 en 17 komen bij twee uitkomstmaten voor.

Tabel 3.3. *Significante items voor de mate waarin richtlijn wordt gevolgd\* met  $\alpha = .08$* 

Richtlijn indicator		B	SE B	$\beta$	$p$
Herstel van klachten	5. Heeft u het werkverleden van de cliënt besproken?	.27	.10	.18	.01
	11. Weet u of de cliënt aan het einde van de behandeling/nu het werk (deels) hervat heeft?	-.97	.45	-.15	.03
	17. Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een belemmerende rol spelen/hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?	.84	.32	.19	.01
Werkhervattingpercentage	2. Wat is de datum van het einde van de behandeling?	28.83	13.27	.18	.03
	6. Weet u wat de datum van ziekmelding is van deze cliënt?	-13.88	7.36	-.16	.06
	31. Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot klachtenherstel geëvalueerd?	35.06	15.51	.19	.03
	32. Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot werkhervatting geëvalueerd?	19.17	8.09	.20	.02
	33. Heeft u met de cliënt besproken hoe terugval kan worden voorkomen?	14.58	7.63	.16	.06
		B	SE B	Exp (B)	$p$
Duur tot partiële hervatting	6. Weet u wat de datum van ziekmelding is van deze cliënt?	-.86	.41	.43	.04
Duur tot volledige hervatting	2. Wat is de datum van het einde van de behandeling?	1.81	1.00	6.13	.07
	17. Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een belemmerende rol spelen/hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?	-1.75	.74	.17	.02
	29. Welke andere behandelaars en begeleiders zijn betrokken bij de begeleiding van de cliënt?	-2.73	.64	.07	.00

\* Hierbij geldt dat een positieve B-waarde gunstig is bij herstel van klachten en werkhervattingpercentage, maar ongunstig is bij duur tot partiële en volledige hervatting. Dan zou het volgen van een indicator immers een langere duur tot hervatting betekenen.

## 4. Discussie

### 4.1 Conclusies en verklaringen

Doel van dit onderzoek was om de effectiviteit te bepalen van de toepassing van de richtlijn ‘werk en psychische klachten’ voor psychologen. De effectiviteit werd vastgesteld aan de hand van het herstel van klachten en het herstel van functioneren (werkhervatting) van werknemers met psychische klachten.

Hypothese 1a is bevestigd: Cliënten rapporteren minder klachten naarmate de tijd verstrijkt (herstel van klachten). Hoewel de klachten significant verminderen, blijven ze toch verhoogd in vergelijking met de normale normgroep. Na zes maanden zijn de cliënten blijkbaar nog niet volledig hersteld. Dit is in lijn met het onderzoek van Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer en Schaufeli (in voorbereiding). Gevonden werd, dat bij de proefpersonen zelfs na twaalf maanden het psychische klachtniveau hoger was dan dat van de gezonde controlegroep. Een mogelijke verklaring is dat het klachtniveau oorspronkelijk al hoger is bij werknemers die te maken krijgen met psychische problemen (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld en Houtman, 2006).

Verder werd verwacht, dat de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd geen effect heeft op het herstel van klachten (Hypothese 1b). Deze hypothese is ook bevestigd. Dit komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek, waarbij werkgerichte therapie niet meer effect had op het herstel van klachten dan een reguliere behandeling (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels en McCrone, 2007; Van der Klink, Blonk, Schene en Van Dijk, 2003; Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld en Houtman, 2006).

Naast herstel van klachten is ook herstel van functioneren opgetreden (werkhervatting). Hiermee kan Hypothese 2a – De mate waarin cliënten hervat zijn neemt toe in de tijd – worden aanvaard. Hypothese 2b luidde: Naarmate psychologen de richtlijn meer toepassen, zal (partiële en volledige) werkhervatting bij cliënten eerder plaatsvinden. Deze hypothese wordt verworpen. Dat er geen effect van de richtlijn is gevonden op herstel van functioneren is strijdig met de resultaten uit eerder onderzoek. In bovengenoemde studies (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels en McCrone, 2007; Van der Klink, Blonk, Schene en Van Dijk, 2003; Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld en Houtman, 2006) werd een vergelijking gemaakt tussen een reguliere behandeling en een werkgerichte behandeling. De werkgerichte behandeling bleek telkens effectiever dan de reguliere behandeling wat betreft werkhervatting. De vraag is in hoeverre deze studies vergelijkbaar zijn met dit onderzoek, omdat in dit onderzoek de

---



---

behandeling door de psycholoog centraal staat. Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer en Schaufeli (in voorbereiding) stellen namelijk, dat een verschil in uitkomsten te wijten zou kunnen zijn aan de afstand die de behandelaar heeft tot het werk.

In dit onderzoek is wel een effect gevonden van losse indicatoren uit de richtlijn op de verschillende uitkomstmaten. Ook in een onderzoek van Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink en Tummers-Nijssen (2003) bleken sommige aspecten uit de richtlijn voor bedrijfsartsen (NVAB, 2000) gerelateerd aan korter ziekteverzuim. Andere aspecten en navolging van de richtlijn in zijn totaliteit hadden geen effect op de uitkomst. Op deze manier is het echter moeilijk om een conclusie te trekken over een richtlijn in zijn geheel. Als we de univariate toetsen bekijken, is te zien dat item 2 (Wat is de datum van het einde van de behandeling?) bij twee van de uitkomstmaten (werkhervattingpercentage en duur tot volledige hervatting) voorkomt. Voor dit item geldt echter dat, als de behandeling nog voortduurt, psychologen hier nog geen uitspraak over kunnen doen. Dit betekent dus niet dat de psycholoog hier niet van op de hoogte is, maar dat dit simpelweg nog niet bekend is. Daarnaast blijkt dat item 6 (Weet u wat de datum van ziekmelding is van deze cliënt?) zowel voorspellend is voor werkhervattingpercentage als voor duur tot partiële hervatting. De B-waarden zijn beiden negatief. Voor de duur tot partiële hervatting is dit een positief effect, want dit zou kunnen betekenen dat de psycholoog het werk (vroeg) betreft in de behandeling, wat vervolgens leidt tot een kortere duur tot partiële hervatting. Voor werkhervattingpercentage betekent dit echter, dat het volgen van deze richtlijnindicator gepaard gaat met een lager percentage werkhervatting. Item 17 (Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een belemmerende rol spelen/hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?) heeft ook effect op twee uitkomstvariabelen, te weten: Herstel van klachten en duur tot volledige hervatting. Wanneer de psycholoog een koppeling maakt tussen factoren buiten het werk en het functioneren op het werk draagt dit wellicht bij aan het begrip van de cliënt over factoren die de klachten in stand houden. Verder blijkt het bespreken van de voortgang en terugvalpreventie belangrijk voor het werkhervattingpercentage. Dit maakt de cliënt waarschijnlijk bewust van het functioneren en dit houdt de cliënt alert.

Er zijn verklaringen voor het gegeven dat de richtlijn niet het effect laat zien dat werd verwacht. Allereerst was er weinig spreiding in de mate waarin de richtlijn werd gevolgd. Dit zou kunnen komen door een bepaalde respons tijdens de werving voor het onderzoek. Psychologen die werk al veel betrekken in de behandeling reageerden wellicht eerder dan psychologen die nog geen werkgerichte behandeling toepassen. Het is ook mogelijk dat de

---

---

werksituatie door de meeste psychologen al veel wordt betrokken in de behandeling.

In het interview dat met de psychologen is afgenomen is misschien sprake geweest van sociale wenselijkheid. De psychologen willen als goede behandelaars naar voren komen en zullen mogelijk een mooiere weergave van de werkelijkheid hebben gecreëerd. Daarnaast moesten psychologen slechts aangeven of zij iets hadden besproken en niet hoe uitvoerig. Het is waarschijnlijk dat er meer effect is als niet eenmaal maar meerdere malen is gesproken over bijvoorbeeld obstakels bij werkhervatting.

Tot slot kan opgemerkt worden dat de richtlijn te vaag is. Het is een leidraad voor het betrekken van werk in de behandeling, maar geen specifiek protocol. Dit maakt het niet alleen lastig om te beoordelen in welke mate de richtlijn wordt toegepast, maar ook is het voor de psycholoog lastig om deze precies te volgen.

Hypothese 3 ging ervan uit dat cliënten het werk eerder hervatten naarmate zij a) jonger zijn, b) lager opgeleid zijn, c) verwachten korter absent te zijn, d) minder ernstige klachten hebben, e) meer sociale steun ervaren van leidinggevende en f) meer sociale steun ervaren van collega's. Alleen leeftijd en verwachte absentieduur bleken invloed te hebben.

Leeftijd is in veel onderzoek naar voren gekomen als voorspellende factor voor werkhervatting (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2006; Cheadle, Franklin, Wolfhagen, Savarino, Liu, Salley & Weaver 1994; Reiso, Nygard, Brage, Gulbrandsen & Tellnes, 2001; Soderman, Lisspers & Sundin, 2003; Nystuen, Hagen & Herrin, 2001; Eshoj, Jepsen & Nielsen, 2001). Ditzelfde geldt voor verwachte absentieduur (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2006; Cole, Mondloch & Hogg-Johnson, 2002; Hogg-Johnson & Cole, 2003). Een verklaring voor de invloed van verwachte absentieduur op werkhervatting zou kunnen zijn, dat de positieve uitkomstverwachting de self-efficacy van de werknemer representeert. Self-efficacy verwijst kort gezegd naar het geloof in het eigen kunnen (Bandura, 1977). In dit geval zou werkhervatting worden bevorderd door een positieve verwachting van de kans op terugkeer naar werk.

Een verklaring voor het feit dat opleiding geen effect heeft, is dat bijna de helft van de participanten hoog opgeleid (HBO/WO) is. Hierdoor is er weinig spreiding. Wat klachten betreft kan er sprake zijn van sociale wenselijkheid. Respondenten hebben zelf de BSI (De Beurs, 2003) ingevuld en willen wellicht 'gezonder' overkomen dan ze zijn. Zo ontstaat een vertekend beeld en zou het eventuele effect op werkhervatting vervallen. Verder kan over de klachten worden opgemerkt, dat de invloed van deze factor op de duur tot volledige hervatting net niet significant was (een p-waarde van .06). De conclusie dat klachten geen invloed

---

---

hebben op werkhervatting kan dus niet met zekerheid worden getrokken.

Sociale steun van leidinggevende (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk, 2004; Gates, 1993; Kushnir & Luria, 2002) en collega's (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk, 2004; Janssen, Van den Heuvel, Beurskens, Nijhuis, Schroër & Van Eijk, 2003; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan & Sinclair, 2001; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph & Brand, 2001) is in eerder onderzoek wel geassocieerd met snellere werkhervatting. In zowel het onderzoek van Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk en Van Dijk (2004) als in het onderzoek van Kushnir en Luria (2002) werd het gedrag van de leidinggevende vastgesteld door middel van een interview met de leidinggevende. In dit onderzoek ging het om de sociale steun die ervaren werd door de cliënt zelf. In het onderzoek van Gates (1993) werd wel bij de cliënt gevraagd naar de steun van de leidinggevende, maar er werd gebruik gemaakt van een andere schaal om dit te meten. In het onderzoek van Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph en Brand (2001) wordt steun van collega's door slechts één item gemeten. Dat sociale steun in dit onderzoek niet dezelfde invloed heeft als in andere studies zou dus kunnen komen door methodologische verschillen.

Net als voor de invloed van klachten op werkhervatting, geldt ook voor sociale steun van collega's dat het effect op de duur tot volledige hervatting net niet significant was (een p-waarde van .07). Op basis van de resultaten van dit onderzoek zou gezegd kunnen worden, dat klachten en sociale steun van collega's wel een marginaal significante invloed hebben op werkhervatting.

## **4.2 Aanbevelingen**

Het onderzoek van TNO (waar dit onderzoek op is gebaseerd) is opgezet om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit en mogelijke verbeteringen van de richtlijn 'werk en psychische klachten' voor psychologen. Hierdoor wordt mogelijk een verdere implementatie bij en professionalisering van psychologen tot stand gebracht. Gebleken is, dat de richtlijn niet het gewenste effect laat zien op herstel van functioneren. Met de invoering van de richtlijn ging men er tenslotte vanuit dat een betere behandeling en begeleiding zal resulteren in (sneller herstel en) reductie van verzuim. Aangezien er te weinig spreiding was in de mate waarin de richtlijn werd gevolgd moet er aandacht worden besteed aan het specifieker maken van de richtlijn. Zo kunnen er bijvoorbeeld praktijkvoorbeelden gegeven worden en concretere aanwijzingen over de behandeling. Wanneer de richtlijn duidelijker is, is het gemakkelijker voor psychologen om deze toe te passen. Dit maakt het onderzoeken van de richtlijn

---

vervolgens makkelijker. Als na meer onderzoek blijkt dat de richtlijn effectief is, moet er veel over gepubliceerd worden. Zo raken meer psychologen bekend met de richtlijn en komt dit de kwaliteit van de behandeling ten goede.

Aangezien de invloed van verwachte absentieduur naar voren is gekomen, is een praktische aanbeveling voor de behandelaar om deze informatie vroeg in de behandeling (intake) te verkrijgen. Naast de routinematig verworven informatie als leeftijd, opleiding en diagnose dient de behandelaar te vragen naar de verwachtingen van de cliënt met betrekking tot duur van het verzuim en de steun die de cliënt ervaart van collega's (en eventueel leidinggevende). Zo heeft de behandelaar de juiste prognose voor ogen.

### **4.3 Suggesties voor vervolgonderzoek**

Op het moment van schrijven was de vierde vragenlijst (T4) nog niet binnen. Ook moest nog een aantal interviews met psychologen afgenomen worden. Wanneer alle gegevens bekend zijn, is het mogelijk dat er andere uitkomsten te zien zijn. Het onderzoek van TNO is het eerste onderzoek naar de richtlijn 'werk en psychische klachten' voor psychologen. Meer onderzoek is nodig om scherpe conclusies te kunnen trekken over kwaliteit en effectiviteit. Resultaten uit het onderzoek kunnen meegenomen worden bij de verbetering van de richtlijn, waarna deze opnieuw getoetst moet worden.

Eerder in dit hoofdstuk is de sociale wenselijkheid genoemd welke kan zijn opgetreden tijdens de interviews met psychologen. Om deze bias te vermijden kan de mening van cliënten worden meegenomen, want wellicht hebben zij de behandeling op een andere manier beleefd. De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd wordt dan op twee manieren vastgesteld.

Ook werd gesuggereerd dat er veel psychologen zijn die de werkgerichte benadering al implementeren in de behandeling. Zo hebben veel HSK-psychologen deelgenomen aan het onderzoek. HSK maakt veel gebruik van het betrekken van de werksituatie in de behandeling. In vervolgonderzoek zouden HSK-psychologen kunnen worden gescheiden van andere psychologen om het verschil tussen deze groepen te bekijken. Het is tevens interessant een vergelijking te maken tussen klinisch psychologen en arbeid & organisatiepsychologen.

Bijna de helft van de cliënten bleek hoog opgeleid. Dit heeft gevolgen voor de generaliseerbaarheid van dit onderzoek. In vervolgonderzoek moet óf een grotere spreiding zijn wat opleiding betreft óf er moet een splitsing worden gemaakt tussen hoog opgeleide en laag opgeleide werknemers.



---

Kort samengevat trad in dit onderzoek herstel van klachten en herstel van functioneren op. De mate waarin de richtlijn wordt gevolgd was niet gerelateerd aan beide uitkomstmaten. Leeftijd en verwachte absentieduur hadden invloed op het herstel van functioneren. Psychische klachten en sociale steun van collega's lieten een marginaal significant effect zien. Opleiding, en sociale steun van leidinggevende lieten geen verband zien. Op grond van dit onderzoek alleen kunnen geen scherpe conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de richtlijn 'werk en psychische klachten' voor psychologen. Het is duidelijk dat er nog veel vervolgonderzoek mogelijk én nodig is.

---

## Referenties

- Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L., & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1569-1576.
- Andrea, H., Bültmann, U., Beurskens, A. J. H. M., Swaen, G. M. H., Schayck, C. P. van, & Kant, I. J. (2004). Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale: Psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 637-646.
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Blonk, R. W. B. (2006). *Het lukt niet zonder werk: Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*. Universiteit Utrecht: Inaugurele rede, 29 maart 2006.
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, *20*, 129-144.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, *41*, 1447-1462.
- Cheadle, A., Franklin, G., Wolfhagen, C., Savarino, J., Liu, P. Y., Salley, C., & Weaver, M. (1994). Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington State workers' compensation. *American Journal of Public Health*, *84*, 190-196.
- Cole, D. C., Mondloch, M. V., & Hogg-Johnson, S. (2002). Listening to injured workers: How recovery expectations predict outcomes--a prospective study. *Canadian Medical Association Journal*, *166*, 749-754.
- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (2001). *Leidraad: Aanpak verzuim om psychische redenen*.
- De Beurs, E. (2003). *De Brief Symptom Inventory*. Leiden: PITS B.V.
- Demerouti E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demand-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499-512.
- Derogatis, L. R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Eshoj, P., Jepsen J. R., & Nielsen, C. V. (2001). Long-term sickness absence: Risk indicators
-

- 
- among occupationally active residents of a Danish county. *Occupational Medicine*, 51, 347-353.
- Fleten, N., & Johnsen, R. (2006). Reducing sick leave by minimal postal intervention: A randomised, controlled intervention study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 676-682.
- Gates, L. B. (1993). The role of the supervisor in successful adjustment to work with a disabling condition: Issues for disability policy and practice. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3, 179-190.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 714-720.
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., Sederer, L. I., & Mark, T. L. (2002). The business case for quality mental health services: Why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 320-330.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1991). The transformation of professionals into self-managing and partially self-designing contributors: Toward a theory of leadership making. *Journal of Management Systems*, 3, 25-39.
- Hogg-Johnson, S., Cole, D. C. (2003). Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 244-253.
- Janssen, N., Van den Heuvel, W. P., Beurskens, A. J., Nijhuis, F. J., Schroër, C. A., & Van Eijk, J. T. (2003). The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 1-9.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., Coryell, J. E. W., Kunovac, J. L., Mueller, T. I., Rice, J. P., Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 375-380.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R. M. A., Jin, R., Merikangas, K. R., Simon, G. E., & Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1561-1568.
- Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L., & Brand, R. J. (2001). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 374-392.
-



- 
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, *40*, 464-484.
- Kushnir, T., & Luria, O. (2002). Supervisors' attitudes toward return to work after myocardial infarction or coronary artery bypass graft. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *44*, 331-337.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. (in voorbereiding). Work focused treatment of common mental disorders and its effect on return to work: A comparative outcome study. Submitted to: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Le Blanc, P. (1994). *De steun van de leiding: Een onderzoek naar het Leader-Member Exchange model in de verpleging*. Amsterdam: Thesis.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression & correlation: A guide for students and researchers*. London: Sage Publications Ltd.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., De Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & Van Dijk, F. J. H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, *61*, 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., De Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & Van Dijk, F. J. H. (2005). Validation of performance indicators for rehabilitation of workers with mental health problems. *Medical Care*, *43*, 1034-1042.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., De Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & Van Dijk, F. J. H. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *32*, 67-74.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., Siemerink, J. C. M. J., & Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines: A retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, *60*, 21-25.
- NIP & LVE (2005). *Werk en psychische klachten: Richtlijn voor psychologen*. Amsterdam: NIP/LVE.
- NVAB (2000). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.
-

- 
- Nystuen, P., Hagen K. B., & Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 175-182.
- Price, R. H., Ryn, M. van, & Vinokur, A. D. (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 158-167.
- Rebergen, D. S., Hoenen, J. A. H. J., Heinemans, A. M. E. C., Bruinvels, D. J., Bakker, A. B., & Van Mechelen, W. (2006). Adherence to mental health guidelines by Dutch occupational physicians. *Occupational Medicine*, 56, 461-468.
- Reiso, H., Nygård, J. F., Brage, S., Gulbrandsen, P., & Tellnes, G. (2001). Work ability and duration of certified sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 218-225.
- RIVM (2006, 28 juni). *Kosten van ziekten*. Opgehaald: 15 mei 2008 op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_class/kvz\\_diagnose\\_psychisch.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kvz_diagnose_psychisch.html).
- Romeijnders, A. C. M., Vriezen, J. A., Van der Klink, J. J. L., Hulshof, C. T. J., Terluin, B., Flikweert, S., & Baart, P. C. (2005). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Huisarts Wet* 2005, 48, 20-23.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 63-75.
- Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37, 351-362.
- Schene, A. H., Van Weeghel, J., Van der Klink, J. J. L., & Van Dijk, F. J. H. (2005). Psychische aandoeningen en arbeid: Een vergelijking van interventies. *PsychoPraxis*, 7, 110-115.
- Smits, P. B., De Buissonjé, C. D., Verbeek, J. H. A. M., Van Dijk, F. J. H., Metz, J. C., & Ten Cate, O. J. (2003). Problem-based learning versus lecture-based learning in postgraduate medical education. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29, 280-287.
- Soderman, E., Lisspers, J., & Sundin, O. (2003). Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science and Medicine*, 56, 193-202.
- Van den Bossche, S. N. J., Hupkens, C. L. H., De Ree, S. J. M., & Smulders, P. G. W. (2006). *De nationale enquête arbeidsomstandigheden 2005: Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
-



- 
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health, 91*, 270-276.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine, 60*, 429-437.
- Van der Weide, W. E., Verbeek, J. H. A. M., Van Dijk, F. J. H., & Hulshof, C. T. J. (1998). Development and evaluation of a quality assessment instrument for occupational physicians. *Occupational and Environmental Medicine, 55*, 375-382.
- Van der Weide, W. E., Verbeek, J. H. A. M., & Van Dijk, F. J. H. (1999). Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occupational and Environmental Medicine, 56*, 488-493.
- Wang, J. L., Adair, C. E., & Patten, S. B. (2006). Mental health and related disability among workers: A population-based study. *American Journal of Industrial Medicine, 49*, 514-522.



---

## **Bijlage 1: Overzicht vragen interview over volgen van de richtlijn**

1. Wat is de datum van de start van de behandeling?
2. Wat is de datum van het einde van de behandeling?
3. Wist u of de cliënt betaald werk (in loondienst) had bij aanvang van de behandeling?
4. Heeft u gesproken over de motivatie van de cliënt om te werken/werk te hervatten?
5. Heeft u het werkverleden van de cliënt besproken?
6. Weet u wat de datum van ziekmelding is van deze cliënt?
7. Wist u of de cliënt verzuimde bij aanvang van de behandeling?
8. Wist u voor hoeveel uur of welk percentage de cliënt verzuimde bij aanvang van de behandeling?
10. Heeft u het verzuimverleden van uw cliënt besproken?
11. Weet u of de cliënt aan het einde van de behandeling/nu het werk (deels) hervat heeft?
13. Heeft u het gehad over welke factoren in het werk het herstel van functioneren van de cliënt belemmeren?
14. Heeft u het gehad over welke factoren in het werk het herstel van functioneren van de cliënt bevorderen?
15. Heeft u het gehad over welke factoren in het werk de klachten van de cliënt verminderen?
16. Heeft u het gehad over welke factoren in het werk de klachten van de cliënt verergeren?
17. Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een belemmerende rol spelen/hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?
18. Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een bevorderende rol spelen/hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?
19. Weet u of de cliënt contact met het werksysteem heeft onderhouden na de ziekmelding?
20. Heeft uzelf, in overleg met de cliënt, contact onderhouden met het werksysteem van de cliënt?
21. Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsinhoud van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?
22. Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsverhoudingen van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?
23. Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsomstandigheden waaronder deze cliënt

---

zijn werk moest doen voorafgaand aan het verzuim?

24. Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsvoorwaarden van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?
25. Weet u of er een plan van aanpak over werkhervatting in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter is opgesteld?
26. Heeft u in uw behandeling een opbouwplan voor werkhervatting gemaakt en daarbij rekening gehouden met een eventueel plan van aanpak in het kader van de WVP?
28. Heeft u interventies geadviseerd of ingezet waarin werkaspecten werden betrokken?
29. Welke andere behandelaars en begeleiders zijn betrokken bij de begeleiding van de cliënt?
30. Heeft uzelf, in overleg met de cliënt, contact gehad met deze andere behandelaars en begeleiders?
31. Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot klachtenherstel geëvalueerd?
32. Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot werkhervatting geëvalueerd?
33. Heeft u met de cliënt besproken hoe terugval kan worden voorkomen?

N. B.: De items 9, 12 en 27 zijn niet opgenomen in deze bijlage en de analyses, omdat deze vragen niet in elk interview zijn gesteld.