

## **TNO-rapport**

**KvL/APAR/2009.468/031.10346**

### **Effectiviteit van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen**

Datum oktober 2009

Auteurs P.C.J. Oomens  
J.J.J.M. Huijs  
R.W.B. Blonk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

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

© 2009 TNO



## Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek dat in de afgelopen twee en een half jaar is uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven naar de effectiviteit van de richtlijn voor psychologen 'Werk en Psychische klachten'. Het onderzoek is mede tot stand gekomen met behulp van subsidie van UWV. De richtlijn 'Werk en psychische klachten' is bestemd voor psychologen die te maken hebben met cliënten die werken of willen werken. Het doel van de richtlijn is om het werk en het werksysteem op een systematisch manier onderdeel te laten uitmaken van de behandeling en begeleiding van cliënten met psychische klachten. De richtlijn geeft aandachtspunten en aanwijzingen voor een werkgerichte werkwijze van psychologen.

Het gebruik van richtlijnen door psychologen en andere professionals in de behandeling van mensen met psychische klachten is een belangrijke stap in de richting van transparante, kwalitatief goede en effectieve zorg. Dit rapport laat zien dat het toepassen van aspecten van de richtlijn in de behandeling van verzuimende werknemers ertoe leidt dat mensen sneller het werk hervatten. Het laat ook zien dat de richtlijn verder aangescherpt en verbeterd kan worden. Dit onderzoek biedt daartoe handvatten. Het is aan de beroepsgroep van psychologen zelf de verdere ontwikkeling en implementatie van de richtlijn ter hand te nemen.

Tot slot een woord van dank. Bij dit onderzoek zijn verschillende mensen betrokken geweest. Allereerst bedanken we UWV die als subsidiënt dit project mogelijk maakt. Daarnaast willen we alle deelnemende psychologen en cliënten bedanken. Zonder hun inbreng was dit onderzoek niet mogelijk geweest. De leden van de begeleidingscommissie bedanken we voor hun betrokkenheid en waardevolle en constructieve commentaar gedurende verschillende fasen van het onderzoek: Tinka van Vuuren (NIP, voorzitter), Henny Mulders (Kenniscentrum UWV), Hanneke Lagerberg (LvE), Marijke Knuttel (Stichting Pandora), Peter Coffeng (Arbo Unie/ Edufit), Karen Nieuwenhuijsen (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid) en Dineke Smit (LvE).

Hoofddorp, 29 september 2009



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>7</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding .....	7
1.2 Vraagstelling .....	8
1.3 De richtlijn ‘ Werk en psychische klachten’ .....	9
<b>2 Methodiek</b> .....	<b>11</b>
2.1 Onderzoeksopzet.....	11
2.2 Werving en deelname.....	11
2.2.1 Psychologen .....	11
2.2.2 Werknemers met psychische klachten .....	13
2.3 Selectieve uitval .....	14
2.4 Beschrijving steekproef werknemers .....	15
2.5 Meetinstrumentarium.....	17
2.6 Extra inspanningen ten behoeve van werving cliënten.....	20
<b>3 Analyse</b> .....	<b>22</b>
<b>4 Resultaten</b> .....	<b>24</b>
4.1 Toepassen van de richtlijn en oordeel van de psychologen.....	24
4.1.1 Algemeen gebruik richtlijn .....	24
4.1.2 Oordeel psychologen over richtlijn .....	25
4.1.3 Gebruik en oordeel kwaliteit richtlijn vergeleken naar kenmerken van de psychologen .....	26
4.1.4 Suggesties voor verbetering van de richtlijn door psychologen.....	28
4.2 Richtlijngebruik in relatie tot herstel van klachten en herstel van arbeidsfunctioneren.....	28
4.2.1 Herstel van gezondheidsklachten .....	29
4.2.2 Herstel van arbeidsfunctioneren.....	31
<b>5 Conclusies en discussie</b> .....	<b>37</b>
<b>6 Slotconclusie en aanbevelingen</b> .....	<b>45</b>
<b>7 Referenties</b> .....	<b>48</b>
<b>8 Bijlagen</b> .....	<b>51</b>
8.1 Bijlage A. Respons analyse psychologen NIP.....	51
8.2 Bijlage B. Respons analyse psychologen.....	52
8.3 Bijlage C. Responsanalyse cliënten.....	53
8.4 Bijlage D. Overzicht van prestatie-indicatoren gebruik richtlijn ‘Werk en psychische klachten’ .....	54
8.5 Bijlage E. Overzicht gemiddelden variabelen en significante verschillen tussen metingen.....	55
8.6 Bijlage F. Tabel: volledige werkhervatting na 1 jaar met de mate waarin de richtlijn gevolgd wordt volgens de cliënt (logistische regressie-analyse).....	56
8.7 Bijlage G. Tabel: volledige werkhervatting met de mate waarin de richtlijn gevolgd wordt volgens de cliënt (cox regressie-analyse).....	57



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Een aanzienlijk deel van de werkende populatie in Nederland kampt met psychische problemen. Bij ongeveer 1 op de 3 werknemers is er sprake van psychische klachten (Bossche & Houtman, 2007; Laitinen-Krispijn & Bijl 2002). Psychische klachten onder werknemers komen niet alleen veel voor, maar leiden ook vaak tot langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In Nederland verzuimt gemiddeld 5,5% van de werknemers wegens psychische klachten, overspannenheid en burnout (Van den Bossche & Smulders, 2004). Dit percentage verschilt per branche. Hoewel het aandeel WAO-instromers met een psychische diagnose in 2003 weliswaar iets was gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor (van iets minder dan 36% naar ruim 34%), vormde het nog steeds de grootste categorie onder de nieuwe WAO-gevallen (Arbopalans, 2004). Tevens blijkt uit onderzoek van het RIVM (2006) dat psychische stoornissen met 22% van de totale gezondheidszorgkosten de duurste diagnosegroep zijn.

Naast een individueel belang is er een maatschappelijk belang om te voorkomen dat werknemers met psychische klachten langdurig uitvallen. Tijdig hervatten van werkzaamheden helpt een werknemer een gevoel van controle over zichzelf en zijn omgeving te hervinden en draagt op die manier bij aan het verminderen van klachten en herstel van arbeidsfunctioneren. Volgens Blonk (2006): 'Werkgerelateerde problemen moet je met werk oplossen'. Volledig herstel van klachten is niet noodzakelijk om weer te kunnen functioneren in het werk. Voor werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten geldt dat een sterke focus in de begeleiding op functioneren en arbeid bijdraagt aan een snelle en duurzame opbouw van het arbeidsfunctioneren (Blonk 2006; Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld & Houtman, 2006; Schene, Weeghel, van der Klink & van Dijk, 2005). Herstel vindt voor een deel plaats in de werkcontext.

De focus op werk in de begeleiding van werknemers door onder andere psychologen is dus van groot belang. Helaas lijkt het erop dat psychologen vaak laat worden ingezet in de behandeling van werkgerelateerde klachten. Uit onderzoek van Houtman et al. (2002) komt naar voren dat slechts zestien procent van de ondervraagden vier maanden na ziekmelding vanwege psychische klachten een behandelaar had gesproken die opgeleid was om psychische klachten te behandelen. Daarnaast zijn professionals in de geestelijke gezondheidszorg vaak sterk gericht op herstel van klachten en minder op terugkeer naar werk (Blonk, 2006; Schene 2005). Er heerst veelal de impliciete aanname dat als mensen herstellen van hun gezondheidsklachten, het herstel van functioneren vanzelf volgt. Dit kan ertoe bijdragen dat werknemers met psychische klachten onnodig lang met klachten rondlopen of onnodig (lang) verzuimen.

Om langdurig verzuim te voorkomen is geprobeerd in de begeleiding door psychologen meer aandacht te vestigen op werk en werkhervatting middels de nieuwe richtlijn voor psychologen 'Werk en psychische klachten' (NIP & LVE, 2005; Baart & Raaijmakers, 2005). Deze richtlijn heeft als uitgangspunt het betrekken van het werk en werksysteem in de behandeling en begeleiding van mensen met psychische klachten. De richtlijn 'Werk en psychische klachten' is ontstaan in na-

volging van de richtlijn psychische klachten voor bedrijfsartsen (NVAB) uit 2000 (herziene versie in 2007). Deze NVAB-richtlijn heeft als voorbeeld gediend bij het opstellen van de richtlijn voor psychologen.

Onlangs is de NVAB-richtlijn getoetst op (kosten)effectiviteit (Rebergen et al., 2009a; Rebergen et al., 2009b). Bij dit onderzoek wordt de richtlijnbegeleiding door de bedrijfsarts vergeleken met de 'gebruikelijke zorg' bij 240 politiewerknemers die verzuimden vanwege psychische klachten. De gebruikelijke zorg bestond uit minimale begeleiding door de bedrijfsarts en snelle en makkelijke toegang tot een psycholoog. Uit het onderzoek kwam naar voren dat begeleiding volgens de richtlijn niet effectiever is wat betreft terugkeer naar werk. De duur tot werkhervatting is gelijk in beide groepen. Werknemers met een administratieve functie en/of lichte stress gerelateerde klachten lijken wel iets sneller terug te keren naar werk bij begeleiding volgens de richtlijn. Dit in tegenstelling tot werknemers met een uitvoerende taak en/of ernstigere psychische problematiek: zij zijn beter geholpen bij de gebruikelijke zorg (Rebergen et al., 2009a). Omdat de kosten van richtlijnbegeleiding lager zijn dan de kosten van de gebruikelijke zorg, is de begeleiding volgens de richtlijn wel kosteneffectief. Het herstel van arbeidsfunctioneren is immers gelijk (Rebergen et al., 2009b).

Eerder onderzocht Nieuwenhuijsen (2003) of begeleiding volgens de NVAB richtlijn leidde tot een kortere verzuimduur bij mensen met een aanpassingsstoornis. Uit het onderzoek bleek dat één richtlijnindicator, adequate continuïteit van zorg, samenhang met een kortere tijd tot zowel gedeeltelijke als volledige werkhervatting. Adequate interventies van de bedrijfsarts gericht op werk hing alleen samen met een kortere duur tot aan de 1e (gedeeltelijke) werkhervatting. Een relatie tussen de totale kwaliteit van sociaal medische begeleiding en duur van verzuim werd echter niet gevonden.

## 1.2 Vraagstelling

Het hoofddoel van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen is om de behandeling en begeleiding bij psychische klachten te verbeteren bij mensen die werken of willen werken door in de behandeling meer en sneller aandacht te geven aan de werksituatie van de betrokkene. De verwachting hierbij is dat het systematisch betrekken van het werk en het werksysteem in de behandeling van verzuimende werknemers met psychische klachten zal resulteren in snellere werkhervatting en herstel van gezondheidsklachten. Hierdoor kan mogelijk langdurig verzuim en instroom in de arbeidsongeschiktheidsverzekering (Wet Inkomens naar Arbeidsvermogen/WIA) ten gevolge van psychische klachten voorkomen worden.

In deze studie willen we vaststellen wat de kwaliteit is van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen, en wat de effecten zijn van toepassing van deze richtlijn op het herstel van klachten en het herstel van arbeidsfunctioneren van werknemers met psychische klachten.

De doelstelling hierbij is tweeledig, te weten:

1. Inzicht krijgen in de kwaliteit en mogelijke verbeteringen van deze richtlijn.
2. Inzicht krijgen in het effect van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' op de preventie van langdurig verzuim bij werknemers met psychische klachten;



De twee hoofddoelstellingen zijn vertaald in de volgende vraagstellingen, te weten:

- 1) Wat is de kwaliteit van de behandeling en begeleiding van psychologen bij werknemers met psychische klachten?
  - a) In hoeverre passen psychologen de richtlijn 'Werk en psychische klachten' toe bij werknemers met psychische klachten?
  - b) Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn?
  - c) Hoe kan de richtlijn verder worden verbeterd?
- 2) Is de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd een voorspellende factor voor:
  - a) herstel van klachten?
  - b) herstel van arbeidsfunctioneren (werkherleving)?

### 1.3 De richtlijn 'Werk en psychische klachten'

Op 24 januari 2006 is de richtlijn 'Werk en psychische klachten' (NIP & LVE, 2005) gepresenteerd. Deze richtlijn is ontwikkeld door Baart en Raaijmakers samen met de projectgroep 'Werk voor psychologen' van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging Eerstelijns psychologen (LVE). Deze richtlijn is ontwikkeld in navolging van de Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' (Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, 2001). In de Leidraad staat beschreven welke activiteiten op welk moment worden verwacht van een leidinggevende en van een werknemer die verzuimt om psychische redenen.

Uitgangspunt is dat werknemer en werkgever de eerstverantwoordelijken zijn voor herstel en werkherleving van de werknemer die verzuimt om psychische redenen.

Bij de ontwikkeling en onderbouwing van de richtlijn is tevens gebruik gemaakt van de richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten' (NVAB, 2000), en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (Romeijnders et al., 2005).

Het doel van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' is dat psychologen het werk en het werksysteem onderdeel laten uitmaken van de behandeling en begeleiding van cliënten. De richtlijn geeft richting aan vragen die gesteld kunnen worden en aanwijzingen voor acties die ondernomen kunnen worden ter ondersteuning van het dagelijks handelen van psychologen.

De uitgangspunten van de richtlijn zijn:

- **Activerend:** de psycholoog ondersteunt de cliënt om actief het eigen herstel te bevorderen, waarbij werk onderdeel uitmaakt van het herstel;
- **Persoons- en omgevingsgericht:** bij de interventies wordt gewerkt aan het vergroten van de eigen belastbaarheid en is er aandacht voor de belasting vanuit de werkomgeving;
- **Afstemming met het werk en andere professionals:** Cliënt vormt de centrale actor. Vanuit de regierol is het aan de cliënt om contact met het werk en eventuele andere professionals te onderhouden. Indien nodig geacht door cliënt of psycholoog, neemt de psycholoog contact op met het werk en/of andere professionals die de cliënt begeleiden, nadat de cliënt hier uitdrukkelijke toestemming voor heeft gegeven;

- **Tijdcontingent:** bij 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 klachten. Het proces van het betrekken van werk in de behandeling en begeleiding is in de richtlijn vormgegeven in vijf fasen: 1. kennismaking met cliënt; 2. verkenning werksituatie; 3. interventie; 4. evaluatie; 5. terugvalpreventie.

De conceptrichtlijn is in het najaar van 2005 in een pilot onder een kleine groep psychologen getest op duidelijkheid, uitvoerbaarheid en werkzaamheid. Uit de resultaten van deze pilot (Baart & Raaijmakers, 2005) komt de richtlijn als een veelbelovend instrument naar voren om door psychologen te worden gehanteerd bij de behandeling en begeleiding van werknemers met psychische klachten.

## 2 Methodiek

### 2.1 Onderzoeksopzet

Om de vraagstellingen van het onderzoek te kunnen beantwoorden, is gekozen voor een tweeledige onderzoeksopzet. Ten eerste:

- Een longitudinaal cohort onderzoek bij werknemers met psychische klachten.

Deze werknemers hebben op vier tijdstippen (voorafgaand aan, drie maanden, zes maanden en twaalf maanden na start van de behandeling door de psycholoog) een schriftelijke vragenlijst ingevuld. De vragenlijst bevat vragen over het ziekteverzuim, werkhervatting, gezondheid, arbeidsomstandigheden, en een oordeel over de begeleiding door de psycholoog. Niet alle onderwerpen zijn in alle vier de vragenlijsten bevraagd. Stabiele factoren zoals leeftijd en geslacht, zijn éénmalig uitgevraagd. Door op de vier bovengenoemde tijdstippen werknemers te bevragen krijgen we inzicht in hun situatie voorafgaand, tijdens en na afloop van de behandeling door de psycholoog.

Daarnaast zijn

- Gestructureerde telefonische interviews met hun behandelende psychologen gehouden.

Rond de twintigste week na de start van de behandeling zijn psychologen aan de hand van cliëntendossiers bevraagd over de mate waarin psychologen volgens de richtlijn werken bij hun cliënten. Dit telefonische interview over cliënten werd afgenomen indien de cliënt ofwel was uitbehandeld, ofwel acht sessies of meer had gehad. Het gebruik van cliëntendossiers stelt de psycholoog in staat feitelijke gegevens op te zoeken waarmee (recall) bias zoveel mogelijk vermeden wordt. De keuze voor het interviewen van behandelende psychologen rond de twintigste week is ingegeven doordat de behandeling van de meeste cliënten (64%) in de eerstelijns duurt tussen de nul tot 20 weken (Jaarbericht LVE, 2004). Aan de cliënten is in de eerste vragenlijst toestemming gevraagd om met de psycholoog over hun behandeling te mogen spreken.

### 2.2 Werving en deelname

Het veldwerk is in januari 2007 van start gegaan. De dataverzameling is tweeledig: in eerste instantie zijn psychologen benaderd voor deelname aan het onderzoek. De werving van werknemers met psychische klachten loopt via de behandelende psycholoog.

#### 2.2.1 Psychologen

De psychologen die deelnemen aan het onderzoek zijn geworven met behulp van een aselechte steekproef uit het ledenbestand van het NIP uit de sector A&O, GGZ en eerstelijnspsychologen<sup>1</sup>. Van dit ledenbestand is een aselechte steekproef getrokken van 2500 psychologen. Deze psychologen zijn aangeschreven met de vraag of ze wilden deelnemen aan ons onderzoek. Hierbij werd een korte uitleg

---

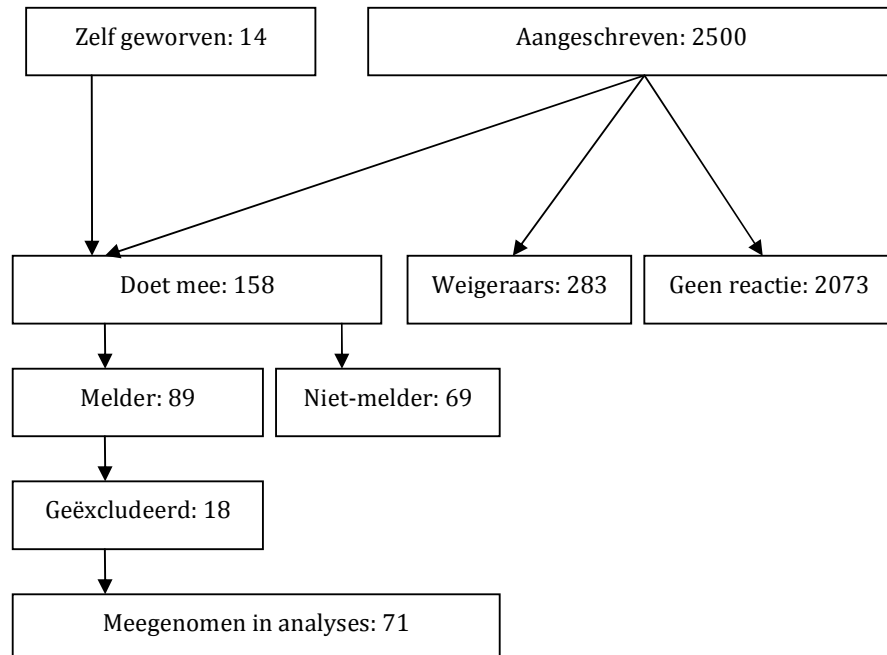
<sup>1</sup> Ten tijde van de steekproeftrekking waren LVE-leden ook automatisch lid van het NIP.

gegeven over het onderzoek. Tevens was er een kort vragenlijstje toegevoegd met hierin vragen over de achtergrond van de psycholoog (leeftijd, opleiding, aantal jaren werkzaam) en de kennis van, ervaring met en houding ten opzichte van de richtlijn.

Van de 2500 psychologen hebben er 2073 geen reactie gegeven, 283 psychologen gaven aan niet te willen deelnemen, 144 psychologen geven aan deel te willen nemen en cliënten te werven. De werving van de cliënten verliep erg moeizaam. Redenen die door de psychologen genoemd werden voor de trage instroom van cliënten waren bijvoorbeeld dat de cliënten die zich melden voor behandeling niet voldeden aan de inclusiecriteria (zie volgende paragraaf voor beschrijving van deze criteria), dat het te belastend zou zijn voor cliënten of dat ze het vergeten waren of te druk hadden. Omdat de aanmelding van cliënten moeizaam en traag verliep, is besloten om aanvullend psychologen te werven met behulp van eigen contacten, onder andere via een bureau voor begeleiding van werknemers met psychische klachten (HSK). Via deze weg hebben 14 psychologen zich aangemeld voor het onderzoek.

In totaal zijn dus 158 psychologen geworven. Van de in totaal 158 psychologen vielen er vervolgens 87 af omdat ze geen cliënten hadden aangemeld, geen van hun cliënten voldeden aan de inclusiecriteria, er onvoldoende gegevens bekend waren over de cliënten of de cliënten te laat waren aangemeld (hadden al 3 of meer sessie bij de psycholoog gehad voor de start van het onderzoek). Uiteindelijk zijn cliënten van 71 psychologen meegenomen in de analyses (zie figuur 2.2.1).

*Figuur 2.2.1: Overzicht van de instroom van psychologen*



Van de 71 psychologen is tweederde vrouw (67.1%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende psychologen bedraagt 49.7 (sd=9.5) jaar. De psychologen zijn gemiddeld 14.1 (sd=8.4) jaar werkzaam als behandelaar. De deelnemende psychologen vormen een gevarieerde groep: 44.3% werkt als eerstelijns psycholoog of gezondheidspsycholoog, 30% als A&O of A&G psycholoog, en 25.7% als klinisch psycholoog of psychotherapeut. Meer dan de helft (62.3%) werkt zelfstandig, de overigen zijn in loondienst.

### 2.2.2 *Werknemers met psychische klachten*

De werving van werknemers verliep zoals gezegd via de psychologen. De deelnemende psychologen hebben tijdens of na het intakegesprek van nieuwe cliënten gevraagd naar de bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek op basis van een aantal inclusiecriteria. Deze zijn:

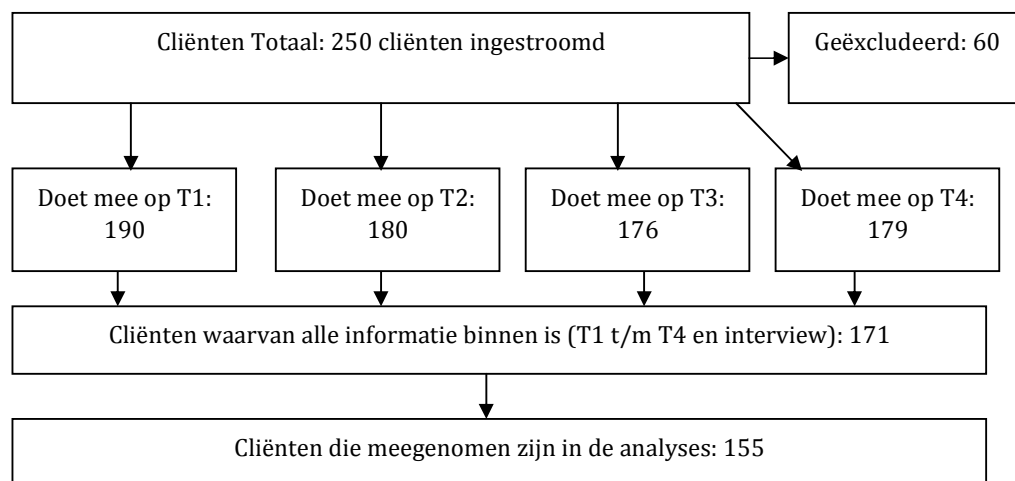
- Cliënt dient psychische klachten te rapporteren;
- Cliënt dient betaald werk te hebben;
- Cliënt dient geheel of gedeeltelijk te verzuimen van het werk;
- Cliënt beheerst de Nederlandse taal voldoende om vragenlijst in te kunnen vullen.

Diagnose is niet als inclusie criterium gehanteerd, omdat de richtlijn betrekking heeft op werknemers ongeacht de psychische diagnose.

Bij de deelnemende cliënten werden op vier tijdstippen vragenlijsten afgenomen. De eerste vragenlijst (T1) werd ingevuld voor de start van de behandeling. Vervolgens kregen zij drie, zes en twaalf maanden na start van de behandeling respectievelijk de tweede (T2), derde (T3) en vierde (T4) vragenlijst opgestuurd. In de eerste vragenlijst vroegen we de werknemers toestemming om met de psycholoog over hun behandeling te mogen spreken (informed consent). Tevens werden dan naam en adresgegevens gevraagd, zodat TNO de respondenten bij de tweede, derde en vierde vragenlijst zelf rechtstreeks kon benaderen.

In totaal hebben de psychologen 250 cliënten geworven. Hiervan bleken er 60 niet aan de inclusiecriteria te voldoen. Van de 190 overgebleven cliënten hebben we van 171 cliënten alle vier de vragenlijsten retour ontvangen en is er een interview afgenomen met de betreffende psycholoog. Het responspercentage komt daarmee  $171/190 * 100\% = 90\%$ , hetgeen uitzonderlijk hoog is voor longitudinaal onderzoek. De uitval van cliënten tijdens het onderzoek ('panel mortality') is zeer gering. Tijdens de analyses is besloten om 16 cliënten alsnog uit te sluiten. De voornaamste reden hiervoor was dat deze cliënten al drie sessies of meer bij de betreffende psycholoog had gehad voordat afname van de eerste vragenlijst plaats vond. Uiteindelijk zijn 155 cliënten meegenomen in de analyses (zie figuur 2.2.2).

Figuur 2.2.2: Overzicht van de instroom van cliënten



### 2.3 Selectieve uitval

Om te kijken of er sprake is van selectieve deelname aan het onderzoek zijn verschillende groepen met elkaar vergeleken:

1. Ten eerste is gekeken of de psychologen die deelnemen anders zijn dan de totale groep psychologen die is aangeschreven. Van de aangeschreven psychologen die NIP-geregistreerd zijn, waren enkele gegevens bekend. Omdat vrijwel alle psychologen van het LvE ook NIP-geregistreerd zijn, is het mogelijk te onderzoeken of de deelnemende psychologen afwijken van de totale groep aangeschreven psychologen. De psychologen van het LvE die uiteindelijk hebben deelgenomen aan het onderzoek waren allen opgenomen in de steekproef van het NIP. De steekproef die getrokken is uit het NIP bestand is een aselechte steekproef, hierdoor kan er vanuit gegaan worden dat de 2500 psychologen die zijn aangeschreven een goede afspiegeling vormen van alle NIP-geregistreerde psychologen;
2. De groep deelnemende psychologen vergeleken met de groep psychologen die aangeven niet deel te willen nemen (maar wel de vragenlijst over hun achtergrond hebben ingevuld);
3. Deelnemende cliënten en cliënten die weigerden mee te doen met het onderzoek zijn met elkaar vergeleken.

#### 1. Psychologen NIP (Bijlage A)

Bij deze responsanalyse is de groep deelnemende psychologen van het NIP (N=62) afgezet tegen de groep niet-deelnemende psychologen van het NIP (N=5045). Negen psychologen uit de steekproef zijn dus niet meegenomen in de analyses omdat zij behoren tot de groep psychologen die extra geworven zijn (met name via HSK).

De deelnemende psychologen zijn significant vaker vrouw ( $\chi^2= 4.98, p < .05$ ) en zelfstandig gevestigde psychologen dan de psychologen die niet deelnemen ( $\chi^2= 10.90, p < .01$ ). Psychologen uit de steekproef zijn ook iets jonger dan de psychologen van het gehele NIP bestand ( $F= 3.67, p < .10$ ). Ook is het soort sector waarin

de psycholoog werkzaam is onderzocht, maar op deze variabele vertonen de twee groepen geen significante verschillen.

## 2. Psychologen (Bijlage B)

Bij deze responsanalyse is de groep deelnemende psychologen vergeleken met de groep die te kennen heeft gegeven niet te willen deelnemen aan het onderzoek, maar wel bereid zijn geweest een korte vragenlijst in te vullen.

De psychologen die meedoen met het onderzoek zijn jonger en minder lang werkzaam als behandelaar dan psychologen uit de niet deelnemende groep. ( $F= 6.99$ ,  $p<. 01$ ;  $F=8.76$ ,  $P<.01$ ). Wat de sector betreft waarin men werkzaam is, zijn er meer eerstelijns/Gz-psychologen onder de deelnemers en beduidend minder klinisch psychologen/psychotherapeuten ( $\chi^2= 13.78$ ,  $p<.01$ ). Er zijn geen verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht en registratie.

Tevens is gekeken of er verschillen waren ten aanzien van de houding en gebruik van de richtlijn 'Werk en Psychische klachten'. Psychologen die deelnemen aan het onderzoek hebben meer ervaring met de behandeling van werkgerelateerde klachten ( $F=17.98$ ,  $p<.01$ ). Ook geven zij aan meer kennis te hebben van de richtlijn ( $F=10.18$ ,  $p<.01$ ), de richtlijn meer te gebruiken ( $F=26.56$ ,  $p<.01$ ) en zij hebben een positievere attitude ten opzichte van de inhoud van de richtlijn ( $F=4.47$ ,  $p<.05$ ). Er lijkt sprake te zijn van selectieve response ('bias') bij de psychologen. Dit kan vertekening in de resultaten geven. Echter, de houding van de psycholoog ten aanzien van de richtlijn is niet gerelateerd aan de werving van cliënten. De steekproef van cliënten kan dus nog wel aselekt zijn.

## 3. Cliënten (Bijlage C)

Om te kijken of er sprake is van selectieve uitval van deelnemers uit het onderzoek worden deelnemende cliënten en cliënten die weigerde mee te doen met elkaar vergeleken op een aantal kenmerken, te weten: geslacht, leeftijd en diagnose. Van alle cliënten die de psychologen gevraagd hebben om mee te doen, hebben 139 cliënten geweigerd mee te doen aan het onderzoek. Deze groep 'weigeraars' is vergeleken met de groep cliënten die aan het onderzoek deelnemen. De deelnemers blijken op geen van de drie variabelen te verschillen van de weigeraars. De cliënten die meedoen met het onderzoek lijken daarmee een goede afspiegeling te zijn van alle cliënten die de psychologen in behandeling hebben. Hierbij moet worden aangetekend dat tijdens het onderzoek bleek dat sommige psychologen niet alle cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria hebben gevraagd om te participeren in het onderzoek. Meestal was de reden hiervoor dat de psycholoog zelf inschatte dat het onderzoek te belastend was voor de cliënt. Hoewel in de instructies naar de psycholoog meerdere malen expliciet aan bod is gekomen dat zij alle cliënten moesten vragen voor deelname, hebben enkele psychologen dit toch niet gedaan. Hierdoor valt niet geheel uit te sluiten dat er bij de cliënten net zoals bij de psychologen sprake is van een mogelijk selectieve respons, hetgeen tot vertekening in de resultaten kan leiden.

## 2.4 Beschrijving steekproef werknemers

In tabel 2.4.1 wordt een overzicht gegeven van de steekproef van cliënten naar een aantal sociaaldemografische kenmerken. Meer dan de helft van de steekproef bestaat uit vrouwen (54.8%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 45 jaar. De overgrote meerderheid van de verzuimende werknemers (80%) woont samen met

Tabel 2.4.1 Beschrijving steekproef cliënten (Nmax=155)

	Percentage	Aantal
Geslacht		155
Man	45.2	
Vrouw	54.8	
Leeftijd (range 26-62)	Gem= 45.3 (sd =9.3)	155
Woonsituatie		155
Alleenstaand	7.1	
Alleenstaand met kinderen	8.4	
Samenwonend met partner	28.4	
Samenwonend met partner en kinderen	51.6	
Samenwonend met anderen	4.5	
Kinderen		155
Nee	27.7	
Ja	72.3	
Opleiding		155
Basisschool	.6	
LBO/VMBO/Mavo/MBO 1	20.6	
MBO 2, 3, of 4	22.6	
Havo/VWO	9.7	
HBO/Universiteit	46.5	
Etniciteit		152
Autochtoon	71.7	
Allochtoon	28.3	
Aard dienstverband		155
Vast dienstverband	89.7	
Tijdelijk dienstverband, uitzicht op vaste aanstelling	3.2	
Tijdelijk dienstverband	7.1	
Omvang dienstverband (range 14-40)	Gem=33.0 (sd=7.4)	155
Type branche werkzaam		155
Ambachtelijk/industrieel	14.2	
Transport	1.9	
Agrarisch	.6	
Administratief	16.8	
Dienstverlenend	27.1	
Gezondheidszorg/ hulpverlening	21.9	
Onderwijs	12.3	
Overig	5.2	
Leidinggevende functie		154
Nee	74.7	
Ja	25.3	
Omvang bedrijf		155
2- 19 mensen werkzaam	19.4	
20-99 mensen werkzaam	29.7	
100-499 mensen werkzaam	33.5	
500 of meer mensen werkzaam	17.4	
Gemiddelde verzuimduur bij start behandeling (in weken)	Gem.=8.9 (sd=9.27)	152



een partner en/of kinderen; 8.4 procent is alleenstaand ouder. De steekproef bestaat voor bijna de helft (46.5 %) uit hoger opgeleiden<sup>2</sup>.

Anderzijds, 21.2 procent van de cliënten in de steekproef beschikt niet over een startkwalificatie (lager dan mbo niveau twee). Merendeel van de cliënten is van autochtone afkomst. Van de 43 cliënten van allochtone afkomst is het overgrote deel (83.9 %) in Nederland geboren (tweede generatie). Het overgrote gedeelte van de werknemers (89.7%) beschikt over een vaste betrekking. Gemiddeld werken zij 33 uur per week. Zij zijn werkzaam in verschillende branches: grootste deel van de verzuimende cliënten is werkzaam in de dienstverlening (27.1%) of de gezondheidszorg/ hulpverlening (21.9%). Een kwart (25.3 %) van hen heeft een leidinggevende functie. De omvang van de organisaties waarin men werkzaam was varieert: 19.4 procent werkt in een kleine organisatie met minder dan 20 mensen in dienst. Een ongeveer even groot aantal (17.4 %) werkt in een grote organisatie met 500 werknemers of meer in dienst.

## 2.5 Meetinstrumentarium

### *Indicator Richtlijn gebruik*

Om het effect van het volgen van de richtlijn door de psycholoog op het herstel van arbeidsfunctioneren en herstel van klachten te kunnen bepalen wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren zijn afgeleid van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' en geven inzicht in de mate waarin psychologen volgens de richtlijn werken. In totaal betreft het 28 indicatoren, zoals '...Heeft u het gehad over welke factoren in het werk herstel van functioneren van de cliënt belemmeren'. Deze vragen konden beantwoord worden met 'ja' of 'nee'. Alle indicatoren zijn beschreven in Bijlage D. Om tot een meetinstrument voor het gebruik van de richtlijn te komen zijn eerst frequentieverdelingen geïnspecteerd. Daaruit bleek dat het nodig was twaalf items te excluseren.

- tien items vervallen omdat deze nagenoeg constant zijn (item 2, 6, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 24 en 26);
- twee items worden buiten beschouwing gelaten omdat deze tot de inclusiecriteria behoren en derhalve ook constant zijn (item 1, 5).

De overgebleven items worden geanalyseerd aan de hand van een factor-analyse (PCA). Drie items (item 4, 8 en 25) blijken een zeer lage communaliteit te hebben (<.15) en zijn om die reden stapsgewijs verwijderd. De overgebleven dertien items (zie Bijlage D) vormen een valide en betrouwbaar meetinstrument (Cronbachs alpha= .71). Een nieuwe variabele 'richtlijngebruik' is aangemaakt door somscores te berekenen over de dertien items (range 1-13). Hiermee wordt het *feitelijke* gebruik van de richtlijn volgens deelnemende psychologen in de behandeling van de cliënten uit het onderzoek gemeten.

### *Herstel van klachten: gezondheidsklachten*

Gezondheidsklachten zijn gemeten aan de hand van de zelf-Invullijst Brief Symptom Inventory (BSI) (de Beurs, 2003; Derogatis, 1975a). Dit is een veel gebruikt meetinstrument om symptomen van psychopathologie bij volwassenen te meten. De BSI, is een verkorte versie van de Symptom Checklist (SCL-90-R)(Derogatis,

<sup>2</sup> Uit onderzoek is gebleken dat hoger opgeleiden vaker gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen dan lager opgeleiden (Vollebergh et al., 2003). Uit ander onderzoek (Bijl & Ravelli, 1998; Sytman & Koopmans, 1998) blijkt tevens dat maar een klein percentage van de mensen die psychische klachten heeft ook daadwerkelijk hulp zoekt.

1975b) en bestaat uit 53 items. Net als de oorspronkelijke SCL-90 omvat de BSI negen schalen waarmee zowel veel voorkomende klachten van als depressie en angst gemeten worden, maar ook minder vaak voorkomende symptomen zoals vijandigheid en paranoïde denkbeelden komen aan bod. De BSI is op alle vier de meetmomenten voorgelegd aan de respondenten. Mensen worden gevraagd 'Hoeveel last had u de afgelopen week van:....'. De antwoorden lopen op een vijf-punts schaal (0-4) van 'helemaal geen' tot 'heel veel'. Op basis van de items is een totaalscore berekend (gemiddelde score van alle items). De betrouwbaarheid van deze schaal was goed (Cronbachs alpha varieert van .96 tot .98). Tevens is een verschilscore berekend door de totaalscore op de 1e vragenlijst min de totaalscore op de vierde vragenlijst te berekenen. Deze verschilscore is in de analyses gebruikt als uitkomstmaat voor herstel van klachten. Hiervoor is gekozen omdat op deze manier de *afname* in klachten over de tijd voorspeld wordt in plaats van de gezondheidstoestand van de respondent op de laatste meting. In de analyses wordt hierdoor rekening gehouden met de mate van afname van het klachtenniveau sinds aanvang van de behandeling. Waarom daalt het klachtenniveau bij de ene cliënt meer dan bij een andere cliënt? Deze vraag kan niet beantwoord worden indien alleen de totaalscore op de laatste meting als uitkomstmaat wordt gebruikt en waarbij er alleen rekening gehouden wordt met het startniveau van de klachten.

#### *Herstel van arbeidsfunctioneren: werkhervatting*

De mate van werkhervatting is in dit onderzoek op twee manieren gemeten:

1. Wel of niet volledig hervat. Deze variabele geeft aan of iemand een jaar na het begin van de behandeling het werk volledig, dat wil zeggen in overeenstemming met de omvang van zijn dienstverband, het werk hervat heeft of niet.
2. Tevens is er een duurvariabele aangemaakt: de duur tot volledige werkhervatting. Deze variabele is geconstrueerd door de ziekmeldingsdatum af te trekken van de datum van volledige werkhervatting. De duur wordt aangegeven in kalenderdagen.

Naast bovenstaande uitkomstvariabelen en de richtlijnvariabele, zijn er nog een aantal factoren opgenomen in de werknemersvragenlijsten. Deze variabelen zijn beschreven in bijlage E. Bij het zoeken naar meetinstrumenten voor de verschillende kenmerken is geprobeerd zoveel mogelijk bestaande gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten te gebruiken. Deze overige factoren die in de werknemersvragenlijsten zijn bevraagd, zijn onder te verdelen in de volgende kenmerken: persoonlijke gegevens, werkkenmerken, persoonlijkheid en oordeel over de psycholoog en de behandeling.

#### 1. Persoonlijke gegevens

In de vragenlijst zijn een aantal sociaaldemografische gegevens uitgevraagd, zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, samenstelling huishouden en etniciteit.

Privé-problemen zijn in dit onderzoek gemeten met zes items waarin gevraagd werd of er de laatste maand bij cliënt financiële, medische of relationele problemen spelen. Deze schaal is overgenomen uit de Vitalityscan (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001). Een voorbeelditem is 'In welke mate speelden in uw privé-situatie relationele problemen?'. De antwoorden lopen op een vijf-punts Likert schaal van 'nooit' tot 'altijd'. De vragen zijn

opgenomen in de vragenlijsten van T1 en T4. De betrouwbaarheid (Cronbachs alpha) varieerde over de verschillende meetmomenten van .58 tot .60.

## 2. Werkkenmerken

Naast enkele achtergrondvragen over werk (omvang dienstverband, beroep) zijn een aantal arbeidsomstandigheden van werknemers in kaart gebracht, te weten: de werkdruk die iemand ervaart, regelmogelijkheden die iemand in zijn werk ervaart, de mentale en emotionele eisen die het werk aan iemand stelt, eventuele conflicten op het werk en sociale steun van collega's en leidinggevende. De meetinstrumenten zijn met uitzondering van de kenmerken 'werkdruk', 'autonomie' en 'sociale steun leidinggevende' ontleend aan de 'Vitaliteitsscan' (Demerouti et al., 2001). De vragen over de ervaren werkdruk, autonomie in het werk en sociale steun van de leidinggevende zijn afkomstig uit de Vragenlijst Beoordeling en Belasting van Arbeid (VBBA) (Van Veldhoven & Meijman, 1994). De antwoordcategorieën van alle concepten variëren van 'nooit' tot 'altijd'. De vragen over werkomstandigheden zijn opgenomen in de vragenlijsten T1, T3 en T4.

De meeste concepten zijn gemeten aan de hand van drie items (Werkdruk, autonomie, emotionele taakeisen, sociale steun van collega's, sociale steun door de leidinggevende). Een voorbeelditem van werkdruk is 'Moet u erg snel werken?'. Conflicten op het werk is gemeten aan de hand van vier items en mentale taakeisen zijn gemeten aan de hand van vijf items. Een voorbeelditem van mentale taakeisen is 'Vraagt uw werk veel concentratie?'.

De betrouwbaarheid van alle schalen is goed (Cronbachs alpha varieerde over de verschillende meetmomenten en over de verschillende schalen van .75 tot .92).

Daarnaast is ook de attitude ten opzichte van werken gemeten. De schaal bestaat uit vier items en is afkomstig van een schaal uit de DMA (Diagnose Methode Arbeidspotentieel, [www.kenuwclient.nl](http://www.kenuwclient.nl)). Een voorbeelditem is 'Werken is iets om trots op te zijn'. De antwoorden lopen op een vijf-punts schaal van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. De vragen zijn opgenomen in de vragenlijsten van T1, T3 en T4. De betrouwbaarheid van deze schaal was redelijk (Cronbachs alpha varieert van .59 tot .71).

## 3. Persoonskenmerken

Coping is gemeten negen items. De schaal bestaat uit een verkorte versie van de UCL (Schreurs & van den Willige, 1988). De antwoorden lopen op een vier-punts schaal van 'zelden of nooit' tot 'erg vaak'. De vragen zijn opgenomen in de vragenlijsten van T1, T3 en T4. De betrouwbaarheid van deze schaal was goed (Cronbachs alpha varieert van .70 tot .86).

Self-efficacy met betrekking tot werk is in dit onderzoek gemeten met dertien items (Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Schaufeli, 2009). Self-efficacy verwijst naar de verwachting van een persoon over de eigen mogelijkheden om in een gegeven situatie een bepaalde prestatie te kunnen leveren (Bandura, 1977). In dit onderzoek naar werkhervatting wordt self-efficacy gezien als de overtuiging van de werknemer om het werk succesvol te kunnen hervatten. Een voorbeelditem is 'Als ik morgen weer volledig aan het werk zou gaan dan verwacht ik dat ik mijn taken uit kan voeren'. De antwoorden lopen op een zes-punts Likert schaal van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. De betrouwbaarheid van deze schaal was goed (Cronbachs alpha varieerde over de

verschillende meetmomenten van .91 tot .94). De vragen zijn opgenomen in de vragenlijsten van T1, T2, T3 en T4.

#### 4. Oordeel over de psycholoog en de behandeling

In de tweede en derde vragenlijst is gevraagd hoe tevreden de cliënten zijn over hun psycholoog. Er is gekeken naar de toegankelijkheid, houding, vertrouwen in, communicatie met, en tevredenheid over psycholoog. Een voorbeelditem is 'ik vertrouw mijn psycholoog'. De antwoorden lopen op een vijf-punts likert schaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. De betrouwbaarheid van deze schaal was goed (Cronbachs alpha was op meetmoment twee .95 en op meetmoment drie .94).

Daarnaast is het gebruik van de richtlijn in de behandeling volgens cliënt gemeten. Het betrekken van het werk in de behandeling volgens het oordeel van de cliënt geeft een ander perspectief op het gebruik van de richtlijn in de behandeling dan middels de richtlijnindicatoren. Het toepassen van de richtlijn volgens de cliënt is gemeten aan de hand van 15 verschillende indicatoren. Deze richtlijnindicatoren zijn voorgelegd aan de cliënt met de vraag of dit in de behandeling besproken was. Een voorbeeldvraag is: 'Heeft u samen met uw psycholoog gesproken over factoren die uw werkhervatting bevorderen?' Deze vragen konden beantwoord worden met 'ja' of 'nee'. De betrouwbaarheid van deze schaal was goed (Cronbachs alpha was op meetmoment twee .81 en op meetmoment drie .82). Er is sprake van een redelijke, positieve samenhang ( $r=.36$ ,  $p<.001$ ) tussen het gebruik van de richtlijn volgens de cliënt met het feitelijk toepassen van de richtlijn volgens de psycholoog.

## 2.6 Extra inspanningen ten behoeve van werving cliënten

Voor het welslagen van het onderzoek was het van essentieel belang dat we de medewerking kregen van psychologen en van hun cliënten (werknemers met psychische klachten). Doordat de instroom van cliënten in het onderzoek moeizaam en traag verliep zijn extra activiteiten ondernomen om psychologen te motiveren cliënten aan te melden.

We hebben psychologen gemotiveerd om te participeren aan het onderzoek door:

- Hen vooraf uitgebreid te informeren over het onderzoek, waarin veel aandacht uitging naar het werven van cliënten door de psychologen;
- Tussentijds vinger aan de pols te houden door ze op gezette tijden te bellen/mailen over het aandragen van werknemers;
- Er is een gratis cursusdag georganiseerd door TNO in samenwerking met het NIP en LVE voor psychologen die deelnamen aan het onderzoek. In deze cursusdag stond het gedachtegoed achter de richtlijn en het onderzoek naar psychische klachten en werkhervatting centraal. De cursusdag is door ongeveer 25 psychologen bezocht;
- De deelnemende psychologen zijn gedurende de looptijd van het onderzoek herhaaldelijk per e-mail en via nieuwsbrieven op de website van het NIP/LVE geïnformeerd over de ontwikkelingen binnen het onderzoek;
- Deelnemende psychologen hebben als dank het boek 'De toekomst werkt' (Van Genabeek, Gründemann, Wevers, 2007) toegezonden gekregen.

We hebben werknemers met psychische klachten gemotiveerd om te participeren in het onderzoek door:

- Ze via psychologen persoonlijk te benaderen en ze goed in te lichten over het onderzoek en wat het hen oplevert;
- Contact met ze op te nemen wanneer ze de tweede, derde of vierde vragenlijst niet invullen en ze ertoe te bewegen de vragenlijst alsnog in te vullen;
- Ze een tegoedbon toe te sturen voor het terugsturen van elke vragenlijst: voor de eerste drie vragenlijsten ontving de respondent steeds €5,-, voor de vierde vragenlijst €10,- (maar alleen indien ze alle voorgaande vragenlijsten ook hebben ingevuld en teruggestuurd). Indien alle vier de vragenlijsten ingevuld en teruggestuurd ontving de respondent in totaal €25,- aan tegoedbonnen. De tegoedbonnen voor de verschillende vragenlijsten zijn tegelijkertijd verstuurd na het invullen van de laatste vragenlijst.

### 3 Analyse

De eerste onderzoeksvraag naar de toepassing van de richtlijn bij de behandeling van werknemers met psychische klachten door de psycholoog en hun oordeel over de kwaliteit van de richtlijn zal beantwoord worden aan de hand van beschrijvende analyses op basis van de telefonische interviews die gehouden zijn met psychologen.

De tweede onderzoeksvraag die we in dit onderzoek geformuleerd hadden was of het gebruik van de richtlijn tijdens de behandeling een effect heeft op

1) het herstel van klachten en 2) het herstel van arbeidsfunctioneren van cliënten. Met andere woorden of het gebruik van de richtlijn door psychologen in de behandeling van cliënten met psychische klachten leidt tot een sneller herstel van gezondheidsklachten bij cliënten en tot sneller herstel van arbeidsfunctioneren, dat wil zeggen het werk hervatten. Om op deze twee subvragen een antwoord te vinden zijn multivariate regressie analyses gedaan, afhankelijk van de aard van de uitkomstvariabele: lineaire regressie (gezondheidsklachten), logistische regressie (wel/niet volledig hervat), en Cox regressie aangezien de duur tot werkhervatting een tijdsvariabele is (Op welk moment in de tijd is er sprake van volledig werkhervatting).

Vooraf aan deze analyses zijn correlaties geïnspecteerd tussen alle in de paragraaf 2.5 beschreven individuele kenmerken, de kenmerken van de psycholoog, de behandeling en de uitkomstmaten (gezondheidsklachten en de twee maten van werkhervatting) bestudeert. De kenmerken die significant ( $p < .10$ ) samenhangen met klachten respectievelijk werkhervatting zijn meegenomen in verdere multivariate analyses. Het selecteren van significante variabelen op basis van inspectie van bivariate samenhang is nodig vanwege de grote hoeveelheid relevante predictoren en de beperkte omvang van de dataset. Daarnaast hadden we vooraf geen hypothesen opgesteld over welke kenmerken effecten zouden laten zien. Alle kenmerken in de vragenlijsten zijn immers meegenomen omdat uit wetenschappelijke literatuur bleek dat zij een belangrijke invloed hadden op de uitkomstmaten.

Het gebruik van de richtlijn is op verschillende manieren meegenomen in de multivariate regressie analyses. In eerste instantie is de variabele 'richtlijngebruik' getoetst zoals deze beschreven is in paragraaf 2.5. Omdat er relatief weinig spreiding is op deze variabele en de kans om significante effecten te vinden daarom klein is, is er ook gekeken naar de losse richtlijnindicatoren. Van de dertien losse indicatoren is nagegaan welke bivariaat een significante samenhang ( $p < .10$ ) vertoonden met de afhankelijke variabelen (herstel van klachten of herstel van arbeidsfunctioneren). De losse richtlijnindicatoren die een samenhang laten zien met een van de afhankelijke variabelen zijn vervolgens in de multivariate analyses meegenomen. Naast de algemene maat voor het richtlijngebruik van psychologen en de losse indicatoren is het richtlijngebruik ook gemeten onder de cliënten. In de tweede en derde vragenlijst konden cliënten aangeven welke richtlijnindicatoren volgens hen wel en welke niet aan bod zijn geweest in de behandeling. Het oordeel van de cliënt over de toepassing van de richtlijn was gelijk over de twee meetmomenten. De somscore van de indicatoren van de tweede meting vormt daarom de derde wijze waarop het richtlijngebruik is nagegaan. Bij de beschrijving van de resultaten wordt telkens die maat van richtlijngebruik weergegeven die het meeste informatief is.

Daarnaast zijn de kenmerken geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, kostwinnaarschap en gezondheidsklachten meegenomen als controlevariabelen (of deze nu een significante correlatie hadden of niet). Deze sociaaldemografische kenmerken worden in de literatuur vaak genoemd worden als belangrijke voorspellers voor de mate van werkhervatting (Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald, 2008; Clarkin & Wynne 2006).

Voor sommige variabelen zijn verschilcores geconstrueerd als bleek dat het betreffende kenmerk niet 'stabiel' was over de tijd. Bijvoorbeeld voor self-efficacy (zie bijlage E) is te zien dat deze significant toeneemt over de tijd. In elke meting is de mate van self-efficacy van cliënten significant hoger dan op de meting ervoor. Naast de mate van self-efficacy tijdens de eerste meting zal daarom ook een verschilcore (T4-T1) meegenomen worden in de analyse. Ook blijken een aantal werkkenmerken niet stabiel over de tijd. Alleen van variabelen die een significante bivariate samenhang laten zien en niet stabiel zijn over de tijd zullen aanvullend verschilcores meegenomen worden.

## 4 Resultaten

### 4.1 Toepassen van de richtlijn en oordeel van de psychologen

In deze paragraaf volgt een beschrijving van het gebruik van de richtlijn in de behandeling van cliënten met psychische klachten en het oordeel van de psychologen over de richtlijn.

#### 4.1.1 Algemeen gebruik richtlijn

Op de vraag 'hoe vaak men in het algemeen gebruik maakt van de richtlijn' geeft 43.6 procent aan dat men de richtlijn regelmatig tot (heel) vaak toepast; 14.1 procent past hem soms toe. Een derde van de deelnemende psychologen geeft aan de richtlijn helemaal niet te kennen. Ongeveer 10 procent kent de richtlijn wel, maar past hem niet toe. Met name als de problemen van de cliënt hun oorsprong vinden in de werksituatie gebruikt de psycholoog de richtlijn in zijn behandeling. De noodzaak om de werksituatie te betrekken in de behandeling lijkt dan ook evident. Naast de oorzaak van de psychische problemen laten psychologen zich leiden door de aard van de psychische problemen bij het gebruik van de richtlijn in de behandeling. Het lijkt erop dat psychologen de richtlijn minder vaak toepassen bij complexe psychische problemen.

*Tabel 4.1.2 Toepassen en oordeel psychologen over richtlijn*

<i>Algemeen gebruik van de richtlijn</i>	Percentage	Aantal cases
kent de richtlijn helemaal niet	32.4	
helemaal niet	9.9	
Soms	14.1	
Regelmatig	19.7	
Vaak	18.3	
heel vaak	5.6	
N		71
<i>Kwaliteit van de richtlijn</i>		
heel slecht	2.1	
Slecht	2.1	
Redelijk	14.9	
Goed	68.1	
heel goed	12.8	
N		47
<i>Richtlijn biedt handvatten voor behandeling</i>		
Geen	12.8	
Weinig	17.0	
Redelijk	34.0	
Veel	34.0	
heel veel	2.1	
N		47

Naast de vraag over het gebruik van de richtlijn in algemene zin zijn psychologen bevraagd naar hun *feitelijk* toepassen van de richtlijn bij de cliënten die zij hebben aangemeld voor het onderzoek. Op basis van de eerder genoemde 28 richtlijnindicatoren (zie Bijlage D) is bij elke cliënt uitgevraagd of de psycholoog de richtlijn



daadwerkelijk heeft toegepast. Dit resulteerde in meetinstrument dat het toepassen van de richtlijn in de behandeling van werknemers met psychische klachten meet (zie paragraaf 2.5 voor exacte beschrijving meetinstrument).

De feitelijk toepassing van de richtlijn door psychologen in de behandeling van cliënten uit het onderzoek is zeer hoog en laat zoals eerder gezegd relatief weinig spreiding zien ( $M=9.5$ ,  $sd=2.5$ ,  $range= 0-13$ ). Op bijna de helft van alle 28 indicatoren antwoordt 93% van de psychologen of meer dat het betreffende aspect van de richtlijn aan bod is geweest tijdens de behandeling van de cliënten uit het onderzoek. Ook op de overige indicatoren zijn er relatief veel psychologen die aangeven dat dit tijdens de behandeling aan bod is geweest.

#### 4.1.2 Oordeel psychologen over richtlijn

De psychologen die op de vraag naar het gebruik van de richtlijn in het algemeen hebben aangegeven de richtlijn te kennen, is gevraagd wat zij van de kwaliteit van de richtlijn vinden. De overgrote meerderheid, 80.9 procent is positief (zie tabel 4.1.2). Slechts 4.2 procent is uitgesproken negatief over de kwaliteit van de richtlijn.

Ondanks dat een ruime meerderheid positief is over de kwaliteit van de richtlijn, is men minder positief over de concrete handvatten die de richtlijn biedt voor de behandeling van cliënten met psychische klachten. De deelnemende psychologen zijn erg verdeeld in hun oordeel: ongeveer een derde (29.8) ziet geen tot weinig handvatten, 34% ziet redelijk wat handvatten en iets meer dan een derde 36.1 procent ziet (heel) veel handvatten.

Uit de toelichting die psychologen geven over hun oordeel blijkt dat men de richtlijn helder geformuleerd en erg systematisch vindt. Alle relevante aspecten staan beschreven volgens de psychologen: de werksituatie, maar ook de wettelijke kaders waarbinnen psychologen werken. Echter, men ziet de richtlijn als een soort van 'checklist', een 'kapstok': een kader dat inzicht geeft welke aspecten aan bod kunnen komen in de behandeling. Een psycholoog geeft aan: 'de richtlijn helpt om meer bewust te worden en geeft een kapstok'. In aanvulling hierop geven psychologen aan dat de richtlijn concreter en uitgebreider zou kunnen op een aantal punten. Een psycholoog verwijst daarbij naar de richtlijn van de bedrijfsartsen (NVAB, 2000). Zo heeft men bijvoorbeeld behoefte aan meer concrete handvatten als het gaat om het contact met de bedrijfsarts, maar ook de communicatie naar de werkgever en werknemer.

Sommige psychologen zetten vraagtekens bij de algemene toepasbaarheid die de richtlijn voorstaat. In de richtlijn staat expliciet vermeld dat de diagnose geen criteria is voor de toepassing ervan in de behandeling. In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt naar aard, oorzaak en ernst van psychische klachten. Men geeft echter aan dat men de diagnose als 'leidend' beschouwt voor de behandeling en afhankelijk daarvan de richtlijn in meer of mindere mate toepast. Zo geeft een psycholoog aan dat hij/zij bij een cliënt met meervoudige problematiek de richtlijn (dat wil zeggen focus op werkhervatting) niet geschikt acht. Dit lijkt haaks te staan op het tweesporenbeleid dat de richtlijn voorstaat: gelijktijdig werken aan zowel klachtenbehandeling als werkhervatting.

Een aantal psychologen beschrijft de richtlijn als 'niet realistisch' of 'naïef'. Zo geeft men aan dat er in de praktijk knelpunten kunnen optreden die in tegenpraak lijken met de achterliggende principes van de richtlijn. Als voorbeeld dra-

gen psychologen aan dat 'de werkgever niet altijd bereid is mee te werken aan werkhervatting', dat 'de cliënt soms geen toestemming geeft contact op te nemen met het werksysteem' en dat 'de bedrijfsarts mogelijk eigen belangen heeft'. Bij de afstemming die de richtlijn voorschrijft tussen het werk en andere behandelende professionals staat de cliënt centraal. Niet alleen wat betreft de inhoud van de werkgerichte behandeling en begeleiding, maar ook wat betreft de informatievoorziening aan derden en het afstemmen van het plan met andere professionals moet de cliënt toestemming geven. Dit leidt tot moeilijke situaties volgens psychologen.

Een klein aantal psychologen aan dat de tijdscontingente aanpak niet haalbaar is. Men vindt dat de cliënt te snel het werk dient te hervatten.

De mensen die negatief oordelen over de kwaliteit van de richtlijn geven aan dat de richtlijn in hun ogen niet veel toevoegt aan hun professioneel handelen. In wezen handelt men altijd al volgens de richtlijn: 'er staat niets nieuws in', 'voegt niet veel toe'. Zij zien in de richtlijn dan ook weinig handvatten voor de behandeling van cliënten. Anderen geven ook aan veelal al volgens de richtlijn te behandelen, maar zij zien in de richtlijn juist een bevestiging van hun werkwijze en een onderbouwing van hun professioneel handelen: 'heb steun aan de aanpak van de richtlijn'.

Er is voornamelijk veel instemming voor het idee achter de richtlijnen, namelijk aandacht vragen voor de werksituatie. Men onderkent dat naast klachtenvermindering het betrekken van werksysteem belangrijk is in de behandeling van cliënten met psychische klachten en vanuit dat oogpunt vindt men het goed dat de richtlijn er is. Het helpt hen ervan bewust te worden dat de cliënt onderdeel vormt van een werksysteem en dat het goed is voor cliënten om terug te keren in het werkproces.

#### *4.1.3 Gebruik en oordeel kwaliteit richtlijn vergeleken naar kenmerken van de psychologen*

Gekeken is of het toepassen van de richtlijn in de behandeling samenhangt met een aantal kenmerken van de psycholoog: het wel of niet training hebben gevolgd betreffende de richtlijn, het geslacht van de psycholoog, zijn/haar leeftijd, het aantal jaren dat de psycholoog werkzaam is, de ervaring die de psycholoog heeft met het behandelen van arbeidsgerelateerde klachten. Hiertoe zijn gemiddelden berekend (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Gemiddelde scores op toepassen van de richtlijn en oordeel richtlijn naar kenmerken van de psycholoog

	Gebruik richtlijn (range 1-6)	Kwaliteit richtlijn (range 1-5)	Handvatten richt- lijn (range 1-5)
Geslacht psycholoog			
Mannen	3.00	3.80	3.07
Vrouwen	2.98	3.90	2.97
	Ns	ns	ns
Leeftijd*			
28-38 jaar	2.55	3.88	2.25*
39-48 jaar	3.27	3.90	3.10
49- 58 jaar	3.31	3.90	2.95
59 -70 jaar	2.50	3.71	3.33
	n.s	n.s	<b>F=2.68, p=.06</b>
Training in richtlijn			
Geen training	2.58	4.09	3.00
Wel training	3.61	3.67	2.91
	<b>F=6.72, p=.01</b>	<b>F=4.02, p=.05</b>	ns
Ervaring arbeidsgerelateerde klachten*			
Weinig ervaring	2.86	3.86	3.14
Veel ervaring	3.00	3.87	2.87
	Ns	ns	ns
Aantal jaar als behandelaar werkzaam*			
5 jaar of minder	2.58	3.50	2.75
Tussen 6 en 10 jaar	2.87	4.00	2.60
Meer dan 10 jaar	3.15	3.92	3.23
	Ns	ns	ns

\* variabelen zijn gecategoriseerd

Het geslacht van de psycholoog hangt niet samen met het toepassen van de richtlijn en het oordeel over de richtlijn. Mannen en vrouwen passen de richtlijn in gelijke mate toe en ook oordelen zij hetzelfde over de richtlijn.

Bij leeftijd is te zien dat de verschillende leeftijdscategorieën niet significant verschillen in het toepassen van de richtlijn en hun algemeen oordeel over de kwaliteit van de richtlijn. Wel verschillen zij in hun oordeel over de handvatten die de richtlijn biedt voor de behandeling. Jongere psychologen in de leeftijd van 28 tot en met 38 jaar zien minder handvatten in de richtlijn dan psychologen uit de overige leeftijdscategorieën.

De meerderheid van de deelnemende psychologen (60.6%) zegt geen training te hebben gevolgd. Van de psychologen die wel een training heeft gevolgd, heeft 17 procent dit bij de beroepsverenigingen NIP of LVE gedaan, 22.5 procent elders. De psychologen die training hebben gevolgd in de richtlijn verschillen in het toepassen van de richtlijn in hun behandeling van diegene die geen training hebben gevolgd. Degene die getraind zijn passen de richtlijn vaker toe in de behandeling dan psychologen die niet getraind zijn. Ook verschillen zij in hun oordeel over de kwaliteit van de richtlijn. Echter, mensen die geen training hebben gevolgd oorde-

len positiever over de kwaliteit van de richtlijn dan de psychologen die wel een training hebben gevolgd. Psychologen die wel of geen training hebben gehad verschillen niet in de mate waarin zij handvatten zien in de richtlijn voor de behandeling.

Ervaring met de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten laat geen samenhang zien met het toepassen dan wel het oordeel over de richtlijn. Ongeveer 69.5 procent van de deelnemende psychologen heeft (heel) veel ervaring met de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten. De verwachting dat psychologen die veel ervaring hebben met het behandelen van werkgerelateerde klachten de richtlijn mogelijk vaker toepassen of positiever staan ten opzicht van de richtlijn wordt niet gevonden.

Het aantal jaren dat men werkzaam is als psycholoog levert geen significante verschillen op wat betreft het toepassen en het oordeel over de richtlijn.

#### 4.1.4 *Suggesties voor verbetering van de richtlijn door psychologen*

Naast het toepassen en het oordeel over de richtlijn zijn de deelnemende psychologen gevraagd eventuele suggesties te doen voor verbetering van de richtlijn. Van de psychologen die de richtlijn kennen (n=47) hebben er 23 suggesties voor verbeteringen gedaan.

De belangrijkste suggesties door de psychologen gegeven zijn:

- De richtlijn zou concreter gemaakt kunnen worden bijvoorbeeld aan de hand van praktijkvoorbeelden, contra-indicaties of oefeningen. Met name op het gebied van de communicatie en afstemming tussen de verschillende betrokken partijen (bedrijfsarts, werkgever en werknemer) is er behoefte aan meer concrete handvatten;
- Er zou bredere bekendheid gegeven moeten worden aan het bestaan van de richtlijn. De richtlijn zou niet alleen meer bekendheid onder behandelaars moeten krijgen, maar ook werkgevers zouden op de hoogte moeten zijn van de richtlijn;
- In aansluiting op meer bekendheid van de richtlijn zien te realiseren geeft men aan dat er meer trainingen gegeven kunnen worden;
- Ook zou de richtlijn digitaal via internet beschikbaar moeten zijn. Bijvoorbeeld als onderdeel van de toolbox voor arbeid en psychische klachten. Dit zou bijdragen aan de toepasbaarheid van de richtlijn. Sinds 2008 is de richtlijn digitaal beschikbaar in de toolbox 'Werk & psychische klachten' via de website van het NIP ([www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)) en tevens op de website [www.werkenpsychischeklachten.nl](http://www.werkenpsychischeklachten.nl).

## 4.2 **Richtlijngebruik in relatie tot herstel van klachten en herstel van arbeidsfunctioneren.**

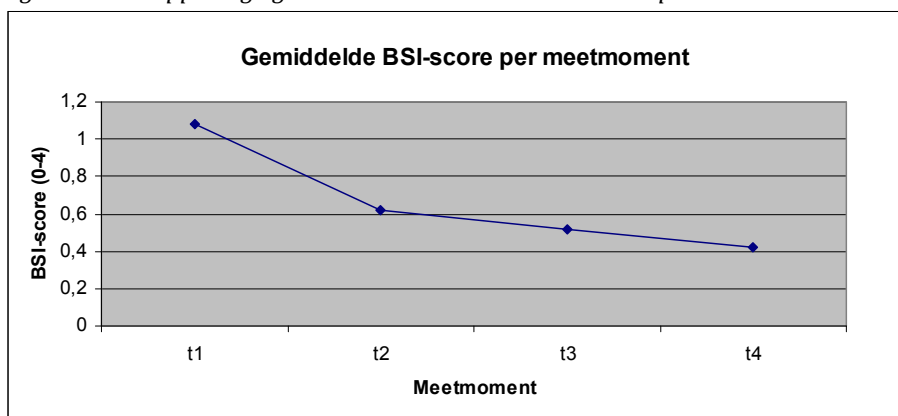
In deze paragraaf worden de resultaten beschreven met betrekking tot effect van behandeling volgens de richtlijn op het herstel van enerzijds gezondheidsklachten en anderzijds werkhervatting. In paragraaf 4.2.1 wordt allereerst de relatie met het herstel van gezondheidsklachten beschreven. In de daaropvolgende paragraaf 4.2.2 staat herstel van arbeidsfunctioneren centraal.

#### 4.2.1 Herstel van gezondheidsklachten

Cliënten zijn op vier momenten bevraagd over hun gezondheid. Figuur 4.2.1 laat zien hoe cliënten gemiddeld gezien hun gezondheid beoordelen over de tijd. In deze figuur is te zien dat de gezondheidsklachten van verzuimende werknemers over de tijd afnemen. Van een gemiddelde score op het eerste meetmoment van 1.08 naar een gemiddelde score van .42 bij de laatste meting (zie bijlage E). Vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking (normscore BSI: gemiddeld tussen .21-.35) is de score op het laatste meetmoment nog steeds boven gemiddeld. Hoewel de klachten afnemen over tijd, blijft het klachtenniveau van deze steekproef dus hoger dan het niveau van de algemene bevolking.

Op elke meting blijken de ervaren gezondheidsklachten van verzuimende werknemers significant te zijn afgenomen in vergelijking met de voorafgaande meting. Met name tussen de eerste en de tweede meting is er sprake van een scherpe daling in gerapporteerde gezondheidsklachten. Onderzoek naar depressie heeft laten zien dat de helft van de mensen snel herstelde binnen drie maanden (Vollebergh et al 2003). De vraag is: waardoor nemen de gezondheidsklachten van cliënten af?

*Figuur 4.2.1 Rapportage gezondheidsklachten door cliënten per meetmoment*



In Tabel 4.2.1 staan de resultaten beschreven van de analyse waarin de afname van gezondheidsklachten gerelateerd wordt aan kenmerken die een significante correlatie hebben met deze variabele. Er worden drie verschillende modellen weergegeven om het effect van verschillende 'blokken' kenmerken beter inzichtelijk te maken. In het eerste model is het effect van het gebruik van de richtlijn in de behandeling weergegeven. In model 2 zijn de controlevariabelen toegevoegd. In het derde model volgen de variabelen die een significante correlatie lieten zien met de afname van gezondheidsklachten.

Tabel 4.2.1: effecten op afname klachten (BSI totaal T1-T4) (multivariate regressie-analyse, ongestandaardiseerde b-coëfficiënten)

	Model 1	Model 2	Model 3
Mate van volgen van de richtlijn	-0.002	-0.008	-0.035
<i>Kenmerken cliënt</i>			
Geslacht (ref=vrouw)		-0.048	-0.045
Leeftijd		0.002	-0.003
Opleiding		0.054	-0.035
Kostwinnerschap (ref=niet)		-0.020	0.004
Kinderen (ref=geen)			0.123
Dienstverband (ref=tijdelijk dienstverband)			0.046
Mentale taakeisen (T1)			0.109
Mentale taakeisen (verschilscore T3-T1)			0.038
Emotionele taakeisen (T1)			0.048
Emotionele taakeisen (verschilscore T1-T4)			0.161*
Sociale steun leidinggevende (T1)			-0.108**
Sociale steun leidinggevende (verschilscore T3-T1)			-0.016
Coping: vermijding (T1)			0.011
Coping: vermijding (verschilscore T1-T4)			0.026
Privéomstandigheden (T1)			-0.058
Privéomstandigheden (verschilscore T1-T4)			0.494***
<i>Kenmerken psycholoog</i>			
Aantal jaren werkzaam als behandelaar			0.006
Ervaring behandeling werkgerelateerde klachten			0.020
Constante	0.682	0.358	0.608
N	155	154	120
Adjusted R-kwadraat	0.000	0.000	0.257

\* sig ≤0.10 \*\* sig ≤0.05 \*\*\* sig ≤0.01

Model 1 laat zien dat het gebruik van de richtlijn geen significant effect heeft op de afname van gezondheidsklachten door de tijd. Het behandelen van verzuimende werknemers met psychische klachten volgens de richtlijn lijkt dus niet extra bij te dragen aan een afname in gezondheidsklachten. Ook de sociaaldemografische kenmerken geslacht, leeftijd, opleiding en kostwinnaarschap (model 2) bieden geen verklaring voor afname van de gezondheidsklachten van de werknemers. De verklaarde variatie blijft nul procent.

De vraag is: wat draagt dan wel bij aan een afname in gezondheidsklachten? In model 3 is te zien dat de afname van problemen in de privé-sfeer, de afname van emotionele taakeisen in het werk en de sociale steun van de leidinggevende, na controle van de overige predictoren, significante effecten hebben op de afname in gezondheidsklachten. Met name problemen in de privé-sfeer bepalen de afname in gezondheidsklachten over de tijd. Een sterke afname van problemen in de privé-sfeer leidt tot een sterke afname van gezondheidsklachten door de tijd. Naast de privé-situatie dragen ook kenmerken van de werksituatie bij aan een afname in gezondheidsklachten: een afname in emotionele taakeisen en de steun van de leidinggevende laten significante effecten zien. De gemiddelde scores (zie bijlage E) lieten zien dat werknemers een afname van emotionele taakeisen in het werk over de tijd rapporteerden. Een afname van emotionele taakeisen in het werk draagt bij aan een afname in gezondheidsklachten door de tijd. Het effect van de steun van de leidinggevende is tegen onze verwachting in negatief, wat aangeeft

dat de steun van de leidinggevende gepaard gaat met een toename van gezondheidsklachten. Het hebben van kinderen, de aard van het dienstverband, de mentale taakeisen, copingstijl, het aantal jaren ervaring als behandelaar en de ervaring van werkgerelateerde klachten van de psycholoog lieten bivariaat wel een significante samenhang zien met een afname van gezondheidsklachten, maar zijn onder invloed van de overige kenmerken niet significant. Door de opname van verschillende werkkenmerken, copingstijl, de mate waarin mensen problemen in de privé-omstandigheden en een tweetal kenmerken van de behandelend psycholoog (model 3) neemt de verklaarde variantie wel aanzienlijk toe van 0 naar 26 procent.

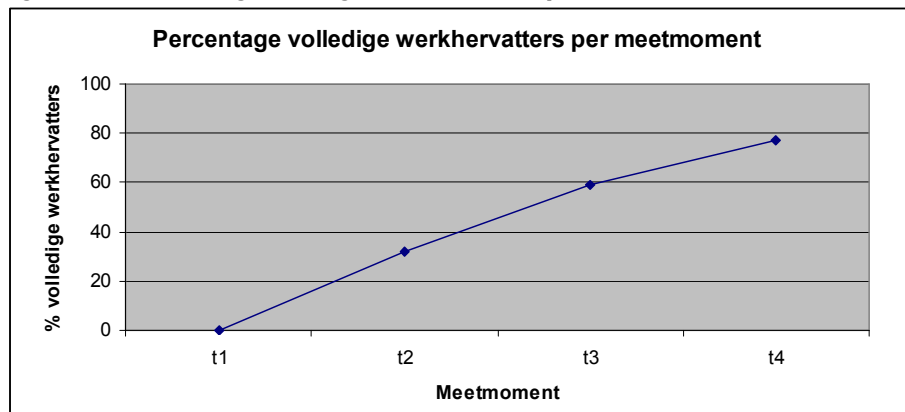
#### 4.2.2 Herstel van arbeidsfunctioneren

Naast het herstel van klachten is er ook gekeken naar het herstel in arbeidsfunctioneren van de werknemers. Hierbij is gebruik gemaakt van twee verschillende maten. Ten eerste, de kans om een jaar na aanvang van de behandeling het werk volledig hervat te hebben. Daarnaast is onderzocht hoelang de werknemers er over doen om hun werk volledig te hervatten (de duur tot volledige werkhervatting).

##### 4.2.2.1 Mate van volledige werkhervatting

Figuur 4.2.2 laat op elk van de vier metingen het percentage werknemers in de steekproef zien dat op dat moment het werk weer volledig hervat heeft, dat wil zeggen werkzaam is volgens het aantal contracturen voor ziekmelding. Te zien is dat het aantal werknemers die volledig hervatten evenredig toeneemt gedurende het jaar. Tussen de derde en de vierde meting 'vlakt' het aantal volledige werkhervatters iets af. Twaalf maanden na ziekmelding blijkt ongeveer een vijfde (22.6 %) de werkzaamheden nog steeds niet hervat te hebben. De gemiddelde duur tot volledige werkhervatting is 266 kalenderdagen (sd=148.08).

Figuur 4.2.2 Percentage volledige werkhervatters per meetmoment



Het aantal mensen dat de werkzaamheden hervat neemt gestaag toe. Interessant is om na te gaan hoe deze mensen hun werk hervat hebben. Doen ze nog steeds dezelfde taken, of hebben er werkaanpassingen plaatsgevonden (zie tabel 4.2.2)? Aanpassingen als andere taken, meer vrijheid bij het uitvoeren van de taken (zelf de volgorde of tijdstip van taken kiezen, pauzes inlassen) en ondersteuning door collega's of de baas bij de uitvoering van taken worden met name opgestart in de

eerste drie maanden. Hierna verandert er weinig in deze aanpassingen, ze blijven dus in stand. Dit betekent dat als het takenpakket van mensen wordt aangepast, dit meestal blijvend is (minimaal negen maanden). Opvallend is dat aanpassing van de werktijden het meest worden ingezet in het begin van de behandeling, maar daarna weer afneemt. Het aanpassen van de werktijden lijkt dus een maatregel die met name wordt ingezet bij therapeutische werkhervatting, terwijl aanpassing van het takenpakket blijvend is. Het gebruik van andere of extra hulpmiddelen wordt nauwelijks toegepast. De kans dat iemand werkt in een andere functie of bij een ander bedrijf neemt toe gedurende een jaar.

*Tabel 4.2.2 Percentage cliënten die (deels) hervat zijn en een werkaanpassing hebben gehad*

Werkaanpassing	T1 (%)*	N	T2 (%)	N	T3 (%)	N	T4 (%)	N
Aangepaste werktijden	24.5	38	40.6	63	29.7	46	15.5	24
Andere taken	21.9	34	38.1	59	36.8	57	35.5	55
Meer vrijheid uitvoeren taken	17.4	27	34.8	54	32.3	50	28.4	44
Ondersteuning uitvoeren taken	11.0	17	34.8	54	29.7	46	27.1	42
Hulpmiddelen	1.3	2	2.6	4	2.6	4	5.2	8
Andere functie zelfde bedrijf	5.2	8	12.3	19	16.1	25	15.5	24
Nieuwe functie ander bedrijf	1.9	3	5.8	9	9.7	15	16.8	26

\* Bij aanvang van het onderzoek was een deel van de cliënten al gedeeltelijk hervat. Deze werkaanpassingen hebben plaatsgevonden bij deze gedeeltelijke werkhervatting.

In Tabel 4.2.2.1 staan de resultaten beschreven van de analyse op de kans om een jaar na aanvang van de behandeling wel of niet volledig hervat zijn. Er worden weer drie verschillende modellen weergegeven om het effect van verschillende 'blokken' kenmerken beter inzichtelijk te maken. In model 1 is het effect van het toepassen van de losse indicatoren van de richtlijn in de behandeling op werkhervatting weergegeven. Er is gekozen om het model weer te geven met de effecten van de losse richtlijnindicatoren omdat de variabele met de totaalscore van het volgen van de richtlijn geen significante effecten liet zien. In model 2 zijn de controlevariabelen toegevoegd. In model 3 volgen de overige variabelen die een significante correlatie hebben met het al dan niet volledig hervat zijn. Het richtlijngebruik volgens de cliënt is in een aparte analyses getoetst (zie bijlage F). Het richtlijngebruik volgens de cliënt liet een significant effect zien: hoe meer de richtlijn werd gevolgd volgens de cliënt, hoe groter de kans op volledige werkhervatting na 1 jaar (zie bijlage F voor de tabel).

Model 1 laat zien dat een aantal afzonderlijke richtlijnindicatoren een significant effect hebben op het al dan niet volledig hervatten van werk na een jaar. Deze richtlijnindicatoren verklaren gezamenlijk een aanzienlijk deel, zo'n 36 procent van de geobserveerde variantie in het wel of niet hervatten.

Sommige effecten van de richtlijnindicatoren die gevonden zijn, zijn in de lijn der verwachting: het volgen van de richtlijnindicator tijdens de behandeling heeft een grotere kans tot volledige werkhervatting tot gevolg. Zo is te zien dat als de psycholoog gedurende de behandeling met de cliënt spreekt over factoren in het werk die herstel van arbeidsfunctioneren bevorderen, de kans op volledige werkhervatting na een jaar groter is.



Tabel 4.2.2.1: effecten op wel of geen volledige werkhervatting na 1 jaar met afzonderlijke richtlijnindicatoren (logistische regressie-analyse, b-coëfficiënten)

	Model 1	Model 2	Model 3
<i>Gebruik van de richtlijn</i>			
Werkverleden cliënt besproken	-1.815**	-1.376	-1.089
Factoren in het werk besproken die herstel van functioneren bevorderen	2.490***	2.378**	2.551**
Factoren in het werk besproken die klachten verminderen	0.292	0.187	0.124
Factoren in het werk besproken die klachten verergeren	1.571*	1.676	1.339
Psycholoog contact gehad met werksysteem cliënt	-2.997***	-3.050**	-3.350**
Gesproken over arbeidsomstandigheden cliënt voorafgaand aan verzuim	-2.228**	-2.155**	-1.700
Voortgang mbt werkhervatting geëvalueerd	1.725***	1.740**	1.854**
Besproken hoe terugval voorkomen kan worden	0.739	0.663	0.071
<i>Kenmerken cliënt</i>			
Geslacht (ref=vrouw)		-0.284	-0.257
Leeftijd		-0.014	-0.016
Opleiding		0.130	0.126
Kostwinnerschap (ref=niet)		-0.534	-0.680
Gezondheidsklachten (T1)		-0.683	-0.069
Gezondheidsklachten (verschilscore T1-T4)		1.101**	0.784
Self-efficacy totaalschaal (T1)			0.951**
Self-efficacy totaalschaal (verschilscore T4-T1)			0.465
<i>Kenmerk psycholoog</i>			
Leeftijd psycholoog			-0.053*
Constante	1.681	2.180	1.140
N	155	154	150
Nagelkerke pseudo R-kwadraat	0.356	0.407	0.484

\* sig ≤0.10 \*\* sig ≤0.05 \*\*\* sig ≤0.01

Tevens blijkt dat als er gesproken is over factoren in het werk die klachten verergeren, of als de voortgang met betrekking tot werkhervatting geëvalueerd is, de kans op volledige werkhervatting toeneemt. Dit wijst er op dat het volgen van (bepaalde delen van) de richtlijn ertoe bijdraagt dat mensen hun werkzaamheden hervatten.

Er zijn echter ook effecten gevonden die tegengesteld zijn aan onze verwachting: de kans op volledige werkhervatting na een jaar neemt af als er gesproken is over het werkverleden van de cliënt, als de psycholoog contact heeft gehad met het werksysteem van de cliënt, of als er gesproken is over de arbeidsomstandigheden van de cliënt voorafgaand aan het verzuim. Door toevoeging van sociaaldemografische kenmerken waaronder de mate waarin cliënten gezondheidsklachten rapporteren (model 2) en andere correlerende variabelen (model 3) doven een aantal effecten van de richtlijn uit. Het bespreken van het werkverleden, factoren in het werk die de klachten verergeren, of de arbeidsomstandigheden voorafgaand aan verzuim, heeft geen invloed meer het al dan niet volledig werkhervatting.

De sociaaldemografische kenmerken (model 2) dragen op zichzelf niet bij aan een verklaring van volledige werkhervatting, gezondheidsklachten wel. Geslacht, leeftijd en kostwinnaarschap laten geen effecten zien op de kans om het werk volledig te hervatten. Opvallend is dat de mate waarin cliënten gezondheidsklachten

rapporteren op t1 voorafgaand aan de behandeling niet bijdraagt aan de kans om het werk volledig te hervatten. De afname van gezondheidsklachten gedurende het jaar daarentegen dragen wel bij aan de kans om het werk volledig te hervatten. Hoe sterker de afname van klachten, hoe groter de kans dat iemand volledig de werkzaamheden hervat.

Wanneer in model 3 twee variabelen (self-efficacy met betrekking tot werk en de leeftijd van de behandelend psycholoog) worden toegevoegd die een significante correlatie hebben met het al dan niet volledig hervatten, blijken deze beide variabelen van invloed te zijn op het volledig hervatten. Door de opname van self-efficacy met betrekking tot werk en de leeftijd van de behandelend psycholoog neemt de verklaarde variantie toe van 40.7 naar 48.4 procent. Het effect van de leeftijd van de psycholoog is negatief, hetgeen aangeeft dat naarmate de psycholoog bij wie een cliënt onder behandeling is ouder is, de kans op volledige werkhervatting na een jaar afneemt. Werknemers met een hoge mate van self-efficacy voorafgaand aan de behandeling hebben een grotere kans op volledig hervat te zijn na een jaar. Door de opname van self-efficacy met betrekking tot werk neemt het effect van (de daling van) gezondheidsklachten af en is niet meer significant. Het effect van de afname van gezondheidsklachten op werkhervatting wordt beïnvloed door de mate van self-efficacy.

#### 4.2.2.2 *Duur tot volledige werkhervatting*

Naast de effecten op wel of niet volledige werkhervatting is ook gekeken naar de duur tot volledige werkhervatting. De resultaten hiervan zijn te zien in tabel 4.2.2.2. De analyses hebben op dezelfde manier plaatsgevonden als hierboven: in model 1 worden de significante losse richtlijnindicatoren meegenomen, model 2 bevat daarnaast sociaaldemografische gegevens en in model 3 zijn de variabelen toegevoegd die een significante relatie vertonen met de duur tot volledige werkhervatting. Ook bij de duur tot volledige werkhervatting is gekozen om de tabel met de afzonderlijke richtlijnindicatoren weer te geven. Overigens laat opnieuw het richtlijngebruik volgens de cliënt een effect zien: hoe meer de richtlijn volgens de cliënt wordt toegepast, hoe korter de duur tot volledige werkhervatting (zie bijlage G).

Wat opvalt in model 1 is dat drie van de vier richtlijnindicatoren een tegengesteld effect hebben met de duur tot volledige werkhervatting dan verwacht. Als in de behandeling het werkverleden of het verzuimverleden van de cliënt is besproken dan duurt het langer voordat de werknemer volledig hervat is. Ook als de psycholoog contact heeft gehad met het werksysteem van de cliënt, doet de cliënt er langer over om volledig terug te keren naar het werk. Daarentegen, als factoren in het werk besproken zijn die het herstel van arbeidsfunctioneren bevorderen is de duur tot volledige werkhervatting korter. Deze effecten houden stand als gecontroleerd wordt voor sociaaldemografische variabelen en andere variabelen die een significante samenhang laten zien met de duur tot volledige werkhervatting. Van de richtlijnindicatoren vervallen twee effecten (bespreken werkverleden en contact psycholoog met werksysteem cliënt).

In model 2 zijn sociaaldemografische kenmerken van de cliënt toegevoegd. Leeftijd laat een significant effect zien op de duur tot werkhervatting. Hoe ouder de cliënt, hoe langer het duurt voordat hij volledig hervat is. Kostwinners doen er eveneens langer over om volledig terug te keren naar werk. Geslacht is in model

2 niet significant, maar onder opname van (de toename van) self-efficacy, copingstijl, de duur van de behandeling en diagnose (model 3) neemt het effect toe. Mannen hervatten het werk sneller dan vrouwen.

Ook het klachtenniveau voorafgaand aan de behandeling is van invloed op de duur tot volledige werkhervatting: hoe hoger het klachtenniveau voorafgaand aan de behandeling, hoe langer de duur tot volledige hervatting. Daarnaast speelt ook de snelheid waarmee de klachten over de tijd dalen een rol. Hoe sterker de afname van klachten, hoe sneller mensen weer volledig aan het werk zijn. Het effect van het klachtenniveau verdwijnt echter in model 3 waar de significant correlerende variabelen zijn toegevoegd. Net als bij het wel of niet hervatten van werk (zie paragraaf 4.1.2.1) wordt de mate waarin cliënten gezondheidsklachten rapporteren voorafgaand aan de behandeling en de mate waarin de gezondheidsklachten afnemen gedurende de tijd beïnvloedt door de mate van self-efficacy voorafgaand aan de behandeling.

*Tabel 4.2.2: effecten op duur tot volledige werkhervatting met losse richtlijnindicators (Cox regressie-analyse, ongestandaardiseerde b-coëfficiënten)*

	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
<i>Gebruik van de richtlijn</i>			
Werkverleden cliënt besproken	-0.633***	-0.477*	-0.252
Verzuimverleden cliënt besproken	-0.415**	-0.485**	-0.586**
Factoren in het werk besproken die herstel van functioneren bevorderen	1.412***	1.246***	1.252***
Psycholoog contact gehad met werksysteem cliënt	-0.581**	-0.558**	-0.352
<i>Kenmerken cliënt</i>			
Geslacht (ref=vrouw)		0.230	0.450*
Leeftijd		-0.023**	-0.032**
Opleiding		0.044	0.025
Kostwinnerschap (ref=niet)		-0.543**	-0.614**
Gezondheidsklachten (T1)		-0.475**	0.001
Gezondheidsklachten (verschilscore T1-T4)		0.643**	0.308
Percentage werkhervatting (T1)		0.005	0.004
Copingstijl (actief aanpassen) (T1)			-0.063
Self-efficacy totaalschaal (T1)			0.609***
Self-efficacy totaalschaal (verschilscore T4-T1)			0.424**
Duur van de behandeling			0.000
Diagnose (burnout = ref)			
aanpassingsproblematiek			0.445
Stemmingsproblematiek			0.143
Angstproblematiek			0.384
co-morbiditeit			0.540
overige problematiek			1.051***
N	150	149	141

\* sig ≤0.10 \*\* sig ≤0.05 \*\*\* sig ≤0.01

Model 3 laat zien dat self-efficacy een sterke voorspeller is van de duur tot werkhervatting. Werknemers met een hoge mate van self-efficacy voorafgaand aan de behandeling zijn sneller volledig hervat. Daarnaast speelt ook de verschilscore van self-efficacy een rol: hoe groter de toename in self-efficacy van cliënten over de tijd, hoe sneller iemand terugkeert naar het werk. Er lijkt sprake van een mediërend effect tussen de afname van gezondheidsklachten, self-efficacy en duur

tot werkhervatting. Hoe sneller gezondheidsklachten afnemen, hoe sterker het geloof in eigen kunnen toeneemt. Dit heeft tot gevolg dat iemand het werk sneller volledig hervat.

De door de psycholoog gestelde diagnose liet onder controle van andere variabelen een relatie zien met de duur tot werkhervatting. Cliënten met een diagnose die valt in de categorie overige problematiek zoals conflicten, slaapproblemen, pijnstoornis, verwerkingsproblemen keren in vergelijking met mensen met een burnout sneller terug naar werk. Opleiding, percentage (gedeeltelijke) werkhervatting op t1, copingstijl, de duur van de behandeling lieten wel bivariaat een significante samenhang zien met de duur tot werkhervatting, maar zijn onder invloed van de overige kenmerken niet significant.

## 5 Conclusies en discussie

Doel van deze studie was om vast te stellen in welke mate psychologen de richtlijn 'Werk en psychische klachten' toepassen in de behandeling van werknemers met psychische klachten, en daarnaast wat de effecten zijn van toepassing van deze richtlijn op het herstel van klachten en het herstel van arbeidsfunctioneren (werkhervatting) van werknemers met psychische klachten.

*In hoeverre passen psychologen de richtlijn 'Werk en psychische klachten' toe bij werknemers met psychische klachten?*

Op basis van de vraag naar het algemeen gebruik geeft 4 op de 10 onderzochte psychologen aan de richtlijn regelmatig toe te passen in de behandeling van werknemers met psychische klachten. Een derde van de psychologen kende de richtlijn niet en een klein deel van de deelnemende psychologen kende de richtlijn wel, maar past hem niet toe. De implementatie van de richtlijn lijkt daarmee zeker nog niet voltooid. Aan de ene kant is er een grote groep psychologen die naar eigen zeggen handelt volgens de richtlijn, anderzijds is er een redelijke grote groep die de richtlijn niet kent of hem niet wil gebruiken. Naast gebruik in algemene zin zijn de deelnemende psychologen gevraagd naar hun feitelijk gedrag bij de behandeling van cliënten uit het onderzoek. Op basis van 28 prestatie-indicatoren is bepaald in welke mate psychologen de richtlijn toepassen. Er blijkt bijzonder weinig spreiding te zitten in de totale maat voor richtlijngebruik: volgens eigen zeggen handelt een groot gedeelte van de psychologen volledig volgens de richtlijn. De toepassing van de richtlijn volgens de cliënten laat meer variatie zien. Zij menen dat niet alle psychologen handelen volgens de richtlijn. Het is lastig precies te duiden wat het oordeel van de cliënten over het gebruik van de richtlijn meet. Houtman et al (2002) concludeert op basis van haar onderzoeksbevindingen dat ...'de antwoorden van werknemers op vragen over de inhoud van het contact met hulpverleners met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd'..[p3].

De vraag naar het algemene gebruik en het *feitelijk* gebruik van de richtlijn bij cliënten in het onderzoek aan de hand van verschillende prestatie-indicatoren laten een verschillend beeld zien over de implementatie van de richtlijn. De vraag aan de psychologen naar toepassing van de richtlijn in zijn algemeenheid levert een lagere mate van toepassing van de richtlijn op dan de vraag naar de specifieke behandeling van cliënten uit het onderzoek. De feitelijke toepassing van de richtlijn bij cliënten uit het onderzoek is hoog.

Er is echter sprake van een selectieve respons van deelnemende psychologen, wat vertekening in de resultaten kan geven. De groep deelnemende psychologen geven aan meer kennis te hebben genomen van de richtlijn. Ook hebben zij een positievere houding te hebben ten aanzien van de richtlijn, en meer ervaring te hebben met de behandeling van werkgerelateerde klachten dan de psychologen die weigerden mee te doen aan het onderzoek. Bekendheid van de richtlijn en toepassing van de richtlijn zal daarom in de gehele populatie van psychologen naar alle waarschijnlijkheid lager zijn.

Bovendien is de richtlijn zoals deze er nu ligt vrij algemeen van opzet. In de richtlijn wordt aangegeven welke onderdelen van het werksysteem in de behandeling betrokken kunnen worden. De richtlijn schrijft echter niet voor *hoe* de psycholoog de verschillende aspecten van de richtlijn dient toe te passen in de be-

handeling. Hierdoor voldoen psychologen op dit moment (te) gemakkelijk aan de richtlijn. Als een onderwerp ergens in de behandeling ter sprake is gekomen volgt men de richtlijn op dat punt al. Wanneer, hoe vaak en hoe uitgebreid aspecten van de richtlijn besproken worden is hierbij nu niet van belang.

*Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn?*

Een belangrijke factor bij het wel/niet toepassen van de richtlijn is de oorzaak van de psychische klachten. Psychologen geven aan dat zij de richtlijn vooral inzetten als de oorzaak van de klachten of het verzuim in de werksituatie ligt (bijvoorbeeld een arbeidsconflict).

Naast de oorzaak van de psychische klachten speelt de aard en de ernst van de klachten een belangrijke rol. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een deel van de psychologen vraagtekens zet bij de algemene toepasbaarheid van de richtlijn. Zij geven aan dat bij het wel of niet toepassen van de richtlijn de diagnose en de ernst van de klachten doorslaggevend is. Dit impliceert dat zij een snelle hervatting van de werkzaamheden voor bepaalde typen diagnoses niet geschikt achten. Deze opvatting staat haaks op het idee achter de richtlijn dat het betrekken van werk en het werksysteem bij *iedere* werknemer die verzuimd vanwege psychische klachten relevant wordt geacht. In de richtlijn staat expliciet vermeld dat.... 'er geen onderscheid wordt gemaakt naar aard, oorzaak en ernst van psychische klachten. Aandacht voor het werk en het werksysteem kan bij een diversiteit aan klachten relevant zijn. Ook bij klachten die niet per definitie arbeidsgereleerd zijn' ...[p2]. Het betrekken van de werksituatie (in meer of minder mate) in de behandeling van mensen met psychische klachten wordt altijd relevant geacht. Wij ondersteunen deze opvatting. Werk vervult een belangrijke functie in het leven van mensen en draagt daarom juist bij aan een goede gezondheid. Volwaardig maatschappelijk participatie staat centraal in de meest gangbare definities van gezondheid, niet de afwezigheid van ziekte (WHO 1948). Het *gelijktijdig* werken aan zowel klachtenbehandeling als werkhervatting vormt een belangrijk uitgangspunt van de richtlijn. Dit onderzoek laat ook zien dat hervatting van werkzaamheden niet gepaard gaat met een toename van psychische klachten. Ook in andere onderzoeken is hier ondersteuning voor gevonden (Blonk et al., 2006; Van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2003; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & Van Dijk, 2003). De assumptie dat een snelle werkhervatting de gezondheid van cliënten mogelijk zou kunnen schaden lijkt daarmee ongegrond.

Er lijkt een rol weggelegd voor de beroepsverenigingen om het verschil in opvatting over de rol van de aard en ernst van de klachten in de keuze voor het toepassen van de richtlijn, ter discussie te stellen. Bij een deel van de psychologen zou implementatie van de richtlijn gericht moeten zijn op de acceptatie van het algemeen gedachtegoed van de richtlijn, namelijk het nut van het betrekken van het werk in de behandeling voor *alle* verzuimende werknemers.

Een duidelijk bevorderende factor van het toepassen van de richtlijn in de behandeling is het volgen van een training over de richtlijn. Meer dan de helft van de deelnemende psychologen blijkt geen training te hebben gevolgd in het toepassen van de richtlijn. Psychologen die wel getraind zijn passen de richtlijn vaker toe dan psychologen die niet getraind zijn. Ook verschillen zij in hun oordeel over de kwaliteit van de richtlijn. Echter, de psychologen die een training hebben gevolgd zijn minder positief over de kwaliteit van de richtlijn dan de psychologen die geen

training hebben gevolgd. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat psychologen over het algemeen wèl het principe achter de richtlijn omarmen, namelijk de aandacht voor het werksysteem, maar dat een groot deel van hen aangeeft in wezen al volgens de richtlijn te behandelen. De richtlijn geeft hen geen nieuwe aanwijzingen of behandelinstructies. Dit pleit ervoor de richtlijn verder aan te scherpen. Wel zien zij in de richtlijn een ondersteuning van hun werkwijze en onderbouwing van hun professioneel handelen

Andere kenmerken van de psycholoog die mogelijk het gebruik van de richtlijn bevorderen dan wel belemmeren zijn: het geslacht van de psycholoog, zijn/haar leeftijd, het aantal jaren dat de psycholoog werkzaam is, de ervaring die de psycholoog heeft met het behandelen van arbeidsgerelateerde klachten.

Jongere of oudere psychologen verschillen niet significant in het toepassen van de richtlijn en hun algemeen oordeel over de kwaliteit van de richtlijn. Wel verschillen zij in hun oordeel over de handvatten die de richtlijn biedt voor de behandeling. Jongere psychologen in de leeftijd van 28 tot en met 38 jaar zien minder handvatten in de richtlijn dan de overige leeftijdscategorieën. De overige kenmerken van de psycholoog lieten geen significante verschillen zien wat betreft het toepassen en het oordeel over de kwaliteit van de richtlijn.

#### *Hoe kan de richtlijn verder worden verbeterd?*

Wat het meest opvalt is dat de overgrote meerderheid positief staat tegenover de richtlijn. Men vindt de focus op arbeid en het betrekken van het werksysteem in de behandeling van mensen met psychische klachten een goede zaak. Men vindt de richtlijn een goed overzicht geven van alle relevante aspecten met betrekking tot werk. Echter, men mist concrete behandelinstructies en handvatten met name wat betreft het principe van de afstemming en communicatie tussen verschillende behandelaars, het werksysteem en de rol van de cliënt daarin.

De belangrijkste suggesties ter verbetering van de richtlijn die door de psychologen genoemd worden zijn:

- De richtlijn zou concreter gemaakt kunnen worden bijvoorbeeld aan de hand van praktijkvoorbeelden, contra-indicaties of oefeningen. Met name op het gebied van de communicatie en afstemming tussen de verschillende betrokken partijen (bedrijfsarts, werkgever en werknemer) is er behoefte aan meer concrete handvatten;
- Er zou bredere bekendheid gegeven moeten worden aan het bestaan van de richtlijn. De richtlijn zou niet alleen meer bekendheid onder psychologen moeten krijgen, maar ook werkgevers, werknemers en bedrijfsartsen zouden op de hoogte moeten zijn van de richtlijn;
- In aansluiting op meer bekendheid van de richtlijn zien te realiseren geeft men aan dat er meer trainingen gegeven kunnen worden;
- Ook zou de richtlijn digitaal via internet beschikbaar moeten zijn. Bijvoorbeeld als onderdeel van de toolbox voor arbeid en psychische klachten. Dit zou bijdragen aan de toepasbaarheid van de richtlijn. Sinds 2008 is de richtlijn echter al digitaal beschikbaar in de toolbox 'Werk & psychische klachten' via de website van het NIP ([www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)). Hier zou meer bekendheid aan kunnen worden gegeven aangezien deze digitale mogelijkheid bij veel psychologen onbekend is.

Verdere implementatie van de richtlijn zou zich, naast een bredere verspreiding, vooral moeten richten op training in hoe de richtlijn toepast kan worden.

*Is de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd een voorspellende factor voor het herstel van gezondheidsklachten?*

Naast de toepassing van de richtlijn door de psycholoog in de behandeling van werknemers die verzuimen met psychische klachten is de vraag gesteld of het toepassen van de richtlijn leidt tot een (snellere) afname van gezondheidsklachten en een snellere volledige werkhervatting.

Het toepassen van de richtlijn lijkt niet gepaard te gaan met een extra afname van gezondheidsklachten door de tijd. Maar ook niet met een toename van gezondheidsklachten. De gezondheidsklachten bij de cliënten uit ons onderzoek nemen af gedurende het jaar, maar het toepassen van de richtlijn in de behandeling lijkt daar vooralsnog niet aan bij te dragen. Ook de sociaaldemografische kenmerken geslacht, leeftijd, opleiding en kostwinnaarschap laten geen effecten zien op het herstel van klachten over de tijd. Het hebben van kinderen, de aard van het dienstverband, de mentale taakeisen, copingstijl, het aantal jaren ervaring als behandelaar en de ervaring van werkgerelateerde klachten van de psycholoog laten wel een significante samenhang zien met een afname van gezondheidsklachten, maar blijken in de multivariate analyses niet significant.

Predictoren die wel significante effecten laten zien op de afname van gezondheidsklachten liggen zowel in de thuissituatie als in de werksituatie. Vooral de afname van problemen in de privé-sfeer heeft een sterk effect op de afname van gezondheidsklachten door de tijd. Van de werkkenmerken bleek emotionele taakeisen en de sociale steun van de leidinggevende gerelateerd te zijn aan het herstel van klachten over de tijd. Een afname van emotionele taakeisen in het werk ging gepaard met een afname in gezondheidsklachten door de tijd. De precieze interpretatie van dit effect is niet eenduidig. Werkhervatting en herstel van klachten vinden namelijk gelijktijdig plaats. Er is sprake van wisselwerking tussen werkkenmerken, hervatting en gezondheidsklachten (Lange, de, 2005). Aanpassingen in de werksituatie kunnen er toe leiden dat mensen sneller vollediger het werk gaan hervatten en zich daardoor beter gaan voelen. Anderzijds kunnen mensen doordat men het werk hervat, zich beter gaan voelen en daardoor hun werksituatie positiever gaan beoordelen.

Het effect van de steun van de leidinggevende was opmerkelijk genoeg negatief, wat aangeeft dat de steun van de leidinggevende gepaard gaat met een minder grote afname van klachten. Werknemers voelen zich tussen de nulmeting en een half jaar in toenemende mate gesteund door de leidinggevende. Echter, de ervaren steun door de leidinggevende draagt er niet toe bij dat men sneller herstelt van gerapporteerde gezondheidsklachten. Ook Post (2005) vond in haar onderzoek dat weinig steun van de leidinggevende resulteerde in een snellere werkhervatting. Onderzoek van Nieuwenhuijsen, Verbeek & de Boer (2004) laat juist zien dat regelmatig contact door de leidinggevende met de werknemer tijdens verzuim leidt tot een kortere verzuimduur. Dit geldt echter alleen bij werknemers die een mindere mate van depressieve klachten rapporteerden, bij veel depressieve klachten werd er geen verband gevonden. De bevinding vergt nader onderzoek. Er zou daarbij gekeken moeten worden naar de werksituatie en de steun van de leidinggevende voorafgaand aan het verzuim.



Met name tussen de nulmeting en de meting drie maanden na aanvang van de behandeling door de psycholoog was een scherpe daling van gezondheidsklachten te zien. Hoewel de gezondheidsklachten afnamen over tijd, bleef het klachtenniveau van de steekproef hoger dan het niveau van de algemene bevolking. Ook in eerdere onderzoeken (Blonk et al., 2006; Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels & Mc Crone, 2006; de Vente, Kamphuis, Blonk & Emmelkamp, 2008) werd een dergelijke bevinding gerapporteerd. Interpretatie van het gevonden effect is lastig: verschillende alternatieve verklaringen zijn denkbaar. Allereerst is het mogelijk dat de daling van gezondheidsklachten nog verder doorzet in de tijd. Het langer volgen van cliënten zou inzicht geven in het verloop van de gezondheidsklachten. Een andere mogelijkheid is dat het klachten niveau van cliënten na een periode van verzuim hoger blijft dan dat van de algemene Nederlandse bevolking. Verder klachtendaling is niet waarschijnlijk. Een verklaring hiervoor is dat bij deze groep mensen het klachtenniveau al hoger lag dan bij de algemene populatie voorafgaand aan het verzuim. Een andere mogelijkheid is dat cliënten na een periode van psychische klachten en verzuim een bepaalde kwetsbaarheid behouden, waardoor zij niet meer hun oorspronkelijk niveau van gezondheid behalen. Verder onderzoek moet uitwijzen welk van deze verklaringen het niveau van klachten en het beloop het meest waarschijnlijk is.

*Is de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd een voorspellende factor voor het herstel van arbeidsfunctioneren?*

Het effect van de richtlijn op het herstel van arbeidsfunctioneren is op twee manieren bekeken: de kans op wel/geen volledige hervatting en het effect op de duur tot volledige werkhervatting. Wat opvalt, is dat het wel of niet hervatten en de duur tot werkhervatting grotendeels verschillende predictoren kennen. Het betreft dus verschillende processen met grotendeels eigen antecedenten.

Op basis van de totaaloordeel van de psychologen voor het toepassen van de richtlijn kan geen effect worden vastgesteld op de kans om het werk volledig te hervatten, dan wel de duur tot volledige werkhervatting. Gezien de weinige spreiding in dit meetinstrument is dit niet verrassend. Een aantal afzonderlijke richtlijnindicatoren laten wel een effect zien werkhervatting. Het bespreken van factoren in het werk die het herstel van functioneren bevorderen laat als *enige* indicator een significant effect zien op *beide* maten van werkhervatting onder controle van andere variabelen. Het vergroot dus niet alleen de kans op volledige hervatting na een jaar, maar leidt ook tot een snellere volledige hervatting van werkzaamheden. Het vormt daarmee een kern-item van de richtlijn in de behandeling van werknemers met psychische klachten.

*Kans op volledige werkhervatting na 1 jaar*

De kans op het wel of niet volledig hervatten wordt naast het bespreken van factoren in het werk die het herstel van functioneren bevorderen tevens bepaald door de evaluatie van de voortgang met betrekking tot het werksysteem en het contact van de psycholoog met het werksysteem. Het evalueren van het proces van werkhervatting met de cliënt gedurende de behandeling vergroot de kans op volledig herstel na een jaar. Opmerkelijk is dat het opnemen van contact met het werk door de psycholoog niet bijdraagt aan de kans op volledige werkhervatting. Mogelijk dat arbeidsconflicten hierbij een rol spelen. Piek et al. (2008) vonden dat er bij drie op de tien langdurige zieke werknemers sprake was van een arbeidsconflict voorafgaand aan het verzuim of tijdens de re-integratie. Engers (1995)

vond dat als de oorzaak van het verzuim was gelegen in een conflict in de werksituatie, de kans op werkhervatting het kleinst was in vergelijking met oorzaken buiten het werk. Onderzoek van Houtman en collega's (2002) laat zien dat de oorzaak van het verzuim wel de kans op werkhervatting beïnvloedt, maar er wordt alleen een effect gevonden voor problemen buiten de werksfeer. Dit sluit aan bij wat in de richtlijn vermeld staat: alleen *indien nodig* neemt de psycholoog contact op met het werksysteem. Een andere mogelijke verklaring is dat de psycholoog alleen contact opneemt met het werksysteem indien de cliënt hiertoe niet zelf in staat is. De richtlijn stelt immers dat de cliënt de regie voert in zijn herstelproces. Als het probleemoplossende vermogen van de cliënt onvoldoende is zal de psycholoog het contact met het werksysteem voeren. Het probleemoplossende vermogen van de cliënt kan er tevens toe leiden dat het proces van werkhervatting minder soepel verloopt. Naast deze afzonderlijke richtlijnindicatoren laat het oordeel van de toepassing van de richtlijn volgens cliënten ook een effect zien op werkhervatting. Als de richtlijn volgens de cliënt gevolgd wordt, en dus werkaspecten herkenbaar worden besproken in de behandeling, hebben cliënten een grotere kans op volledige werkhervatting en hervatten ze ook sneller. Zoals gezegd is het lastig te duiden wat het oordeel van cliënten over de behandeling precies meet, maar het positieve effect is op zichzelf bemoedigend en pleit voor het *herkenbaar* toepassen van de richtlijn in de behandeling.

Naast kenmerken van de behandeling speelt de behandelaar een rol. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de leeftijd van de psycholoog bijdraagt aan de kans op volledig werkhervatting. Naarmate de psycholoog ouder is, is de kans op volledige werkhervatting kleiner. Aandacht voor het integreren van arbeidsinterventies in de behandeling van psychische klachten is van recente datum. Mogelijk dat oudere psychologen er minder voor openstaan. Een andere mogelijkheid is dat niet zozeer de leeftijd van de psycholoog een rol speelt, maar dat het hier gaat om een mogelijk schijneffect. Leeftijd kan samenhangen met andere, niet-gemeten kenmerken die eigenlijk de verklaring vormen voor het gevonden effect. Het type interactie met de klant en de werkwijze die de psycholoog hanteert kunnen hier van voorbeelden zijn.

Daarnaast bepalen individuele kenmerken de kans op het wel of niet volledig hervat zijn na 1 jaar. Het geloof in eigen kunnen (self-efficacy) en de snelheid waarmee gezondheidsklachten afnemen door de tijd, dragen bij aan de kans om het werk volledig te hervatten. Mensen met een sterker geloof in eigen kunnen voorafgaand aan de behandeling hebben een grotere kans het werk volledig hervatten. Ook bij mensen bij wie gezondheidsklachten sneller afnemen door de tijd, hebben een grotere kans het werk na een jaar volledig hervat te hebben. Self-efficacy laat niet alleen een direct effect zien op de kans om het werk volledig te hervatten, maar daarnaast ook indirect via de afname van gezondheidsklachten. De afname van gezondheidsklachten door de tijd wordt namelijk beïnvloedt door de perceptie van self-efficacy van de cliënt. Self-efficacy lijkt daarmee, naast het toepassen van aspecten van de richtlijn een belangrijke determinant voor werkhervatting bij psychische klachten.

Sociaaldemografische kenmerken als geslacht, leeftijd, opleiding en kostwinnaarschap die in de literatuur rond werkhervatting (o.a. Blank et al., 2008) vaak genoemd worden als predictoren van werkhervatting blijken geen significante effecten te hebben op de kans om wel of niet volledig te hervatten. Opmerkelijk is ook dat de mate waarin mensen gezondheidsklachten hebben ten tijde van de nulmeting, dus voorafgaand aan de behandeling niet gerelateerd is aan de om vol-

ledig hervat te zijn na 1 jaar. De snelheid waarmee gezondheidsklachten afnemen draagt zoals gezegd wel bij aan de kans om het werk volledig te hervatten.

#### *Duur tot volledige werkhervatting*

Het bespreken van factoren in het werk die het herstel van functioneren bevorderen draagt zoals gezegd bij aan de snelheid waarmee werknemers het werk hervatten. Het bespreken van het verzuimverleden van de cliënt daarentegen gaat gepaard met een langere duur tot volledige werkhervatting. Mogelijk wordt het verzuimverleden van de cliënt in sterkere mate besproken als de situatie van de cliënt meer problematisch is. Het verzuim van de cliënt kan duiden op slecht functioneren in de werksituatie, waardoor iemand minder snel wil hervatten. In een dergelijk geval heeft de psycholoog een duidelijke aanleiding het verzuim met de cliënt te bespreken tijdens de behandeling.

De sociaaldemografische kenmerken geslacht, leeftijd en kostwinnaarschap lieten significante effecten zien op de duur tot volledige werkhervatting. Waar deze kenmerken niet bijdragen aan de kans om het werk binnen een jaar volledig te hervatten, dragen zij wel bij aan de snelheid van werkhervatting. Mannen hervatten het werk sneller dan vrouwen. Ouderen doen er juist langer over om het werk volledig te hervatten, net als kostwinnaars. Tegen onze verwachting in is de duur tot volledige hervatting voor kostwinners langer dan voor cliënten die geen kostwinner zijn. Dit effect blijft vooralsnog lastig te interpreteren. Aanvullende analyses met daarin interactie-effecten met sekse en type klachten konden geen interpretatie bieden. Onderzoek naar langdurig ziekteverzuim en werkhervatting in verschillende Europese landen (Stress Impact Consortium 2006) liet zien dat de aanwezigheid van de verzuimende werknemer positieve effecten had op het gezin zoals, meer tijd kunnen doorbrengen met kinderen, leveren van een grotere bijdrage aan huishoudelijke taken en een betere relatie met de partner. Eventuele negatieve effecten zoals inkomensdaling bleken in Nederland een minder grote impact te hebben dan in andere Europese landen.

Het klachtenniveau voorafgaand aan de behandeling bleek van invloed op de duur tot volledige werkhervatting: hoe hoger het klachtenniveau voorafgaand aan de behandeling, hoe langer de duur tot volledige hervatting. Dit is in overeenstemming met resultaten uit eerdere studies naar werkhervatting (o.a. Houtman et al., 2002; Clarkin & Wynne, 2006). Daarnaast draagt de snelheid waarmee de klachten afnemen door de tijd bij aan de duur tot volledige werkhervatting: hoe sneller de afname van klachten, hoe sneller cliënten weer volledig aan het werk gaan. De snelheid waarmee gezondheidsklachten afnemen wordt opnieuw beïnvloedt door de mate van self-efficacy voorafgaand aan de behandeling.

Cliënten met een diagnose die valt in de categorie overige problematiek zoals conflicten, slaapproblemen, pijnstoornis, verwerkingsproblemen keren in vergelijking met mensen met een burnout sneller terug naar werk. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de problemen mogelijk buiten het werk zijn oorsprong vinden. Bij burnout liggen de problemen dikwijls in de werksituatie, wat de terugkeer naar werk bemoeilijkt. Maar juist in deze gevallen is het noodzakelijk om terug snel terug te keren naar het werk om het probleem op te lossen daar waar het ligt (Blonk, 2006).

Self-efficacy blijkt een sterke voorspeller te zijn van werkhervatting. Niet alleen de kans om het werk wel of niet volledig te hervatten wordt bepaald door het geloof in eigen kunnen, maar ook de snelheid waarmee mensen het werk hervatten.

Werknemers met een hoge mate van self-efficacy voorafgaand aan de behandeling zijn sneller volledig hervat. Daarnaast geldt hoe groter de toename in self-efficacy van cliënten over de tijd, hoe sneller iemand terugkeert naar het werk. Self-efficacy lijkt een belangrijke determinant voor werkhervatting bij psychische klachten die mogelijkheden biedt voor behandelaars om te interveniëren. Middels het vergroten van self-efficacy keren mensen niet alleen sneller terug naar het werk, maar het voorkomt mogelijk ook dat mensen 'ver terugvallen' als de klachten terugkeren. Onderzoek naar depressie (Schene et al., 2005; Vollenbergh et al., 2003) heeft laten zien dat depressie vaak een chronisch beloop heeft. Onze resultaten laten zien dat het geloof in eigen kunnen voorafgaand aan de behandeling voorkomt dat mensen langdurig verzuimen en daardoor mogelijk instromen in de WIA. Ook beïnvloedt self-efficacy daarnaast de ervaren gezondheidsklachten. Verder onderzoek naar de beschermende werking van self-efficacy is nodig. De door ons verzamelde gegevens bieden hiertoe mogelijkheden.

## 6 Slotconclusie en aanbevelingen

Psychologen zijn positief over de richtlijn, met name de aandacht die de richtlijn vestigt op het werk en het betrekken van het werksysteem in de behandeling. Minder positief zijn ze over de concrete handvatten die richtlijn biedt. De richtlijn zou onzes inziens verder aangescherpt moeten worden. De richtlijn is bedoeld om de psycholoog te ondersteunen en een optimale zorg voor de cliënt te realiseren. Echter, de richtlijn zoals die er nu ligt is vrij algemeen opgezet en weinig directief. In de richtlijn wordt alleen aangegeven welke onderdelen van het werksysteem in de behandeling betrokken kunnen worden. De richtlijn schrijft niet voor hoe en in welke mate of fase de psycholoog de verschillende aspecten van de richtlijn dient toe te passen in de behandeling. Hierdoor voldoen psychologen op dit moment (te) gemakkelijk aan de richtlijn en is het onduidelijk of het toepassen van de richtlijn ook daadwerkelijk leidt tot optimale zorg voor de cliënt.

De richtlijn mist een duidelijke tijdindicatie/fase-indeling. Volgens ons zou het moeten uitmaken in welke fase van het verzuimproces een cliënt zit en wat een psycholoog daarmee in de behandeling doet. Voor een cliënt die net is ziek gemeld zouden andere aspecten van belang kunnen zijn dan voor een cliënt die al paar maanden verzuimt. De richtlijn zou hier op moeten aangrijpen. Hoewel de richtlijn voorschrijft tijds- en procescontingent te behandelen, zou het specificeren hiervan de toepassing in de praktijk psychologen kunnen helpen.

Psychologen geven aan behoefte hebben aan praktische handreikingen, in het bijzonder op het gebied van de communicatie met andere behandelaars, in het afstemmen met het werksysteem en de cliënt.

### *Aanbeveling:*

- Meer praktische handvatten; met name op het gebied van de communicatie tussen behandelaars, afstemming met het werksysteem en de cliënt.
- Meer directief: handelingsinstructies verbinden aan tijdscontingent en procescontingent behandelen.

Naast verdere aanscherping van de richtlijn zou de het bereik van de richtlijn (nog) meer aandacht moeten krijgen. Er is een redelijke grote groep psychologen die de richtlijn niet kent of hem niet gebruikt. Daarnaast leidt de selectieve response van 'positief gestemde' deelnemende psychologen aan het onderzoek naar alle waarschijnlijkheid tot een (te) positief beeld over het feitelijke gebruik van de richtlijn bij cliënten. Bekendheid van de richtlijn en toepassing van de richtlijn zal in de gehele populatie van psychologen naar alle waarschijnlijk lager zijn.

Een van de aanbevelingen die door de psychologen zelf wordt gedaan, waar wij ons bij aansluiten is dat het geven van trainingen het gebruik van de richtlijn in de praktijk zal bevorderen. Dit onderzoek onderstreept het belang van het volgen van training voor het toepassen van de richtlijn in de praktijk. Dit betekent dat er mogelijk meer bekendheid gegeven dient te worden aan het bestaan van dergelijke trainingen. In deze trainingen zou er expliciete aandacht moeten zijn voor casuïstiekbesprekingen en contra-indicaties, waardoor psychologen beter grip krijgen op de spanningen die zij ervaren tussen de richtlijn en de toepassing ervan in de praktijk.

Bij (een deel van) de psychologen zou verdere implementatie van de richtlijn zich moeten richten op acceptatie van het algemene idee achter de richtlijn, namelijk het nut van het betrekken van het werk in de behandeling. Een deel van de psychologen laat zich bij de keuze om de richtlijn wel of niet toe te passen leiden

door de oorzaak, aard en ernst van de psychische klachten. Het betrekken van werk in de behandeling van mensen met psychische klachten wordt echter in alle gevallen relevant geacht en dit is ook in overeenstemming met wetenschappelijk onderzoek. Tijdens trainingen zouden psychologen erop gewezen moeten worden dat functieherstel in het belang is van de gezondheid van de cliënt en dat werkhervatting naast herstel van klachten een belangrijk doel van de behandeling is.

*Aanbeveling:*

- Trainingen geven om bekendheid met de richtlijn te genereren en daarmee toepassing van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Daarnaast meer onder de aandacht brengen van het bestaan van dergelijke trainingen
- In de trainingen stil staan bij casuïstiekbesprekingen en contra-indicaties;
- In trainingen aan bod laten komen dat functieherstel en het betrekken van het werksysteem in de behandeling in het belang van de cliënt is.

Onze resultaten laten zien dat herstel van klachten en herstel van arbeidsfunctioneren verschillende predictoren hebben. Herstel van klachten en herstel van arbeidsfunctioneren zijn twee verschillende processen die deels onafhankelijk van elkaar plaatsvinden. Herstel van klachten wordt voornamelijk door afname van problemen in de privé-sfeer bepaald. Bij herstel van arbeidsfunctioneren dient onderscheid gemaakt te worden tussen het wel of niet volledig hervatten en de duur tot volledige werkhervatting. De kans om wel of niet volledig te hervatten wordt bepaald door de afname van gezondheidsklachten, self-efficacy en de leeftijd van de behandelaar. De duur tot volledige werkhervatting kent een veelheid aan predictoren: geslacht, leeftijd, kostwinnaarschap, self-efficacy voorafgaand aan de behandeling en de toename van self-efficacy in de tijd, de gezondheidsklachten voorafgaand aan de behandeling en de afname ervan door de tijd en de diagnose.

Met name self-efficacy lijkt een belangrijke determinant voor werkhervatting bij psychische klachten die tevens mogelijkheden biedt voor behandelaars om te interveniëren. Middels het vergroten van self-efficacy keren mensen sneller terug naar het werk, en voorkomt mogelijk ook dat mensen 'ver terugvallen' als de klachten terugkeren. Meer gecontroleerd onderzoek is nodig om de precieze rol van self-efficacy in het werkhervattingsproces te duiden.

*Aanbeveling:*

- Aandacht voor het vergroten van self-efficacy van de cliënt in de behandeling.

Dit onderzoek laat zien dat het toepassen van specifieke onderdelen van de richtlijn bijdraagt aan (sneller) functieherstel. Aspecten die bijdragen aan werkhervatting zijn: het bespreken van factoren die werkhervatting bevorderen en het evalueren van de voortgang met betrekking tot werkhervatting. Dit laat zien dat psychologen tijdens de behandeling van cliënten veel aandacht dienen te geven aan positieve aspecten van werk. Daarnaast dienen zij zorgvuldig het proces van werkhervatting te monitoren en bespreken met cliënten. Twee aspecten van de richtlijn te weten, het bespreken van het verzuimverleden en het contact opnemen met het werk door de psycholoog lieten een tegengesteld effect zien op werkhervatting dan verwacht. Deze gevonden negatieve effecten zijn echter goed te duiden.

Dat het focussen in de behandeling op positieve, bevorderende factoren in plaats van belemmerende, ziekmakende factoren effectiever is voor werkhervatting sluit aan bij de aandacht die er de laatste jaren is voor 'positieve' psychologie:

aandacht voor gezondheid en welzijn in plaats van ziekte (Schaufeli & Bakker, 2001).

*Aanbeveling:*

- In behandeling aandacht geven aan positieve aspecten van werk die werkhervatting bevorderen. Daarnaast proces van werkhervatting monitoren en bespreken met de cliënt;
- Meer focus op positieve, bevorderende factoren in de behandeling in plaats van belemmerende factoren.

Tot slot, dit onderzoek onderstreept het belang van arbeid in de behandeling van werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten. Wij zijn van mening dat de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen zoals die er nu ligt een goede eerste stap is om het onderwerp arbeid beter aan bod te laten komen in de behandeling. Het onderzoek laat zien dat het toepassen van een aantal aspecten van de richtlijn een effectief middel is om (een snellere) werkhervatting te realiseren bij verzuimende werknemers met psychische klachten. Dit onderzoek laat ook zien dat er nog meer stappen te maken zijn in dit opzicht. Door de richtlijn aan te scherpen, zal deze meer richting en ondersteuning kunnen bieden aan psychologen, wat de kwaliteit en transparantie van de behandeling van verzuimende werknemers met psychische klachten verder zal doen toenemen.

## 7 Referenties

- Arbobalans (2004). *Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*. 's Gravenhage: SZW.
- Baart & Raaijmakers (2005). *Praktijktest evaluatie richtlijn aanvullende opmerkingen*. NIP, d.d. 16 november 2005.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Beurs, E. de, (2003). *De Brief Symptom Inventory*. Leiden: PITS B.V.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *76*, 446-457.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & MacDonald, E. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *18*, 27-34.
- Blonk, R.W.B. (2006). Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. Inaugurale rede, 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*, 129-44.
- Bossche, S. van den & Houtman, I. (2007). *Stress Impact: Longitudinal quantitative study on long term absent employees: the Netherlands*. Hoofddorp: Kwaliteit van Leven.
- Bossche, S.N.J. van den, & Smulders, P.G.W. (2004). *De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Clarkin, N. & Wynne, R. (2006). *Vocational Stress Impact Consortium*. <http://www.surrey.ac.uk/psychology/stress-impact/documents/chapter4>.
- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (2001). Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499-512.
- Derogatis, L. R. (1975a). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD.: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1975b). *The Symptom Checklist-90-R*. Baltimore, MD.: Clinical Psychometric Research.
- Engers, R.W. (1995). *Overspannen in de ziektewet; een onderzoek naar oorzaken en het verloop van ziekteverzuim wegens overspannenheid*. Amsterdam: Tica.
- Genabeek, J. van, Grundemann, R., & Wevers, C. (2007). *De toekomst werkt. Mens en bedrijf in 2020*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Houtman, I.L.D., Schoemaker, C.G., Blatter, B.M., de Vroome, E.M.M., van den Berg, R. & Bijl, R.V. (2002). *Psychische klachten, interventies en werkhervatting. De prognosestudie INVENT*. Heerhugowaard: PlantijnCasparie.
- Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., & Schene, A.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.



- Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W.B. (2009). Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress (accepted)*.
- Laitinen-Krispijn S. & Bijl, R. (2002). *Werk, psyche en ziekteverzuim: aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (2004). *Jaarbericht Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen 2004*. Amsterdam: LVE.
- Lange, A.H. de (2005). *What about causality? Examining longitudinal relations between work characteristics and mental health*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Nederlands Instituut voor psychologen, & Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2005). *Werk en psychische klachten: praktijkvoorbeelden als illustratie van werken volgens de richtlijn*. Amsterdam: NIP/LvE.
- Nederlands Instituut voor psychologen (2005). Praktijkttest evaluatie richtlijn aanvullende opmerkingen. NIP, d.d. 16 november 2005.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. (2000, herzien in 2007). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten*. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., & Boer, A.G.E.M. de (2004). Supervisor 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., Boer, A.G.E.M. de, Blonk, R.W.B. & Dijk, F.J.H. van (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian journal of work, environment and 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, (suppl. 1), i21-i25.
- Piek, P., Vuuren, T. van, Fekke Ybema, J., Joling, C. & Huijs, J. (2008). *Re-integratie van zieke werknemers: feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Rebergen, D.S., Bruinvels, D.J., Bezemer, P.D., van der Beek, A.J., & van Mechelen, W. (2009a). Guideline-based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): A randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 305-312.
- Rebergen, D.S., Bruinvels, D.J., van Tulder, M.W., van der Beek, A.J., & van Mechelen, W. (2009b). Cost-effectiveness of Guideline-based Care for workers with Mental Problems (CO-OP study): A randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 313-322.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003*. Bilthoven: RIVM.
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A., Klink, J.J.L. van der, Hulshof, C.T.J., Terluin, B., Flikweert, S., & Baart, P.C. (2005). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (LESA). *Huisarts Wet*, 48, 20-23.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2001). Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeids- en Gezondheidspsychologie. *Gedrag & Organisatie*, 14, 229-253.
- Schene, A.H., Koeter, M.W.J., Kikkert, M.J., Swinkels, J.A., & Mc Crone, P. (2007).

- Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37, 351-362.
- Schene, A.H., Weeghel, J. van, Klink, J. van der, & Dijk, F. van (2005). Psychische aandoeningen en arbeid: een vergelijking van interventies. *Psychopraxis* 7, 3, 110- 115.
- Schreurs, P.J.G., & van den Willige, G. (1988). *Omgaan met problemen en gebeurtenissen: de Utrechtse Copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stress Impact Consortium (2006). *Integrated report of Stress Impact: On the impact of changing social structures on stress and quality of life: Individual and social perspectives*. <http://www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/publications>.
- Sytema, S. & Koopmans, P. (1998). *Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Veldhoven, M. van, & Meijman, T.F. (1994). *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid (VBBA)*. Amsterdam: NIA.
- Vente, W., de, Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G., & Blonk, R.W.B. (2008). Individual and Group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 214-231.
- Vollebergh, W., Graaf, R. de, Have, M. ten, Schoemaker, C., Dorsselaer, S. van, Spijker, J., & Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- WHO (World Health Organization) (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.

## 8 Bijlagen

### 8.1 Bijlage A. Respons analyse psychologen NIP

	Deelname N=62	Geen deelname N=5045	Significantie
Geslacht			
Man	21.0%	34.5%	$\chi^2 = 4.98$
Vrouw	79.0%	65.5%	df=1, p< .05
Leeftijd			
	M= 46.53 (sd=9.64)	M= 49.20 (sd=10.89)	F= 3.67 p< .10
Betrekking			
Zelfstandig	59.7%	39.1%	$\chi^2 = 10.90$
Loondienst	40.3%	60.1%	df=1, p< .01
Sector			
Geestelijke Gezondheidszorg	66.1%	62.4%	$\chi^2 = .73$
Arbeid en Organisatie			df=2, p> .10
Overige sectoren	32.3%	34.4%	
	1.6%	3.2%	

## 8.2 Bijlage B. Respons analyse psychologen

	Doet mee N=61	Doet niet mee N=430	Significantie
Geslacht			
Man	21.3%	34.0%	$\chi^2=3.94$ , df=1, p >.10
Vrouw	78.7%	66.0%	
Leeftijd	46.41 (sd 10.38)	50.31 (sd 10.83)	F= 6.99, p<.01
Beroep			
Eerstelijnspsycholoog/Gz psycholoog	69.6%	46.7%	$\chi^2= 13.78$ , df=2, p<.01
A&O / A&G psycholoog	21.4%	22.1%	
Klinisch psycholoog/ Psychotherapeut	8.9%	31.2%	
Registratie			
Niet	18.6%	12.4%	$\chi^2= 5.88$ , df=3, p>.10
NIP A&G	16.9%	15.4%	
NIP ELP	8.5%	3.6%	
BIG	55.9%	68.6%	
Werkplek			
Zelfstandig	68.9%	58.7%	$\chi^2= 2.29$ , df=1, p>.10
Loondienst	31.1%	41.3%	
Aantal jaar als behandelaar werkzaam	10.78 (sd 8.08)	14.42 (sd 8.98)	F= 8.76, p<.01
Ervaring behandeling van werkgerelateerde klachten [1-5]	3.90 (sd=.88)	3.24 (sd=1.16)	F= 17.98, p<.01
Kennis van de richtlijn [1-5]	2.56 (sd=1.23)	2.06 (sd=1.13)	F= 10.18, p<.01
Gebruik van de richtlijn [1-5]	2.33 (sd=1.14)	1.63 (sd=.94)	F= 26.56, p<.01
Attitude ten opzichte van richtlijn [1-5]	3.80 (sd=.41)	3.66 (sd=.49)	F= 4.47, p<.05

### 8.3 Bijlage C. Responsanalyse cliënten

	Wel deelna- me N=155	Geen deel- name N=139	Significantie
Geslacht			
Man	45.2 %	42.6%	$\chi^2= 1.87$
Vrouw	54.8%	57.4%	df=1, p>.10
Leeftijd	48.43 (sd=10.24)	M= 50.07 (sd=9.14)	F= 2.03, p>.10
Diagnose			
Aanpassingsproblemen	29.0%	18.9%	$\chi^2= 5.52$
Stemmingsproblemen	13.5%	15.1%	df= 5, p>.10
Overspanningproblemen	34.2%	34.0%	
Co-morbiditeit*	1.9%	1.9%	
Angstproblemen	11.0%	12.3%	
Overige**	10.3%	17.9%	

\* Onder co-morbiditeit vallen alle combinaties van verschillende problemen/stoornissen die niet onder de eerste 3 categorieën vallen.

\*\* Onder overige vallen alle 'enkele' problemen/stoornissen die niet onder de eerste 3 categorieën vallen of problemen die niet als stoornissen gediagnosticeerd kunnen worden, zoals perfectionisme of subassertiviteit.

#### 8.4 Bijlage D. Overzicht van prestatie-indicatoren gebruik richtlijn 'Werk en psychische klachten'

	<b>Ja</b>	
1	Wist u of de cliënt betaald werk had bij aanvang van de behandeling?	100%
2	Heeft u gesproken over de motivatie van de cliënt om werk te hervatten?	95.5%
3	<b>Heeft u het werkverleden van de cliënt besproken?</b>	<b>83.9%</b>
4	Weet u wat de datum van ziekmelding is van deze cliënt?	76.8%
5	Wist u of de cliënt verzuimde bij aanvang van de behandeling?	98.7%
6	Wist u voor hoeveel uur / percentage de cliënt verzuimde bij aanvang behandeling?	95.5 %
7	<b>Heeft u het verzuimverleden van uw cliënt besproken?</b>	<b>69.7%</b>
8	Weet u of de cliënt aan het einde van de behandeling het werk (deels) hervat heeft?	98.7%
9	Heeft u het gehad over welke factoren in het werk het herstel van functioneren van de cliënt belemmeren?	94.8%
10	<b>Heeft u het gehad over welke factoren in het werk het herstel van functioneren van de cliënt bevorderen?</b>	<b>89.0%</b>
11	<b>Heeft u het gehad over welke factoren in het werk de klachten van de cliënt verminderen?</b>	<b>80.0%</b>
12	<b>Heeft u het gehad over welke factoren in het werk de klachten van de cliënt verergeren?</b>	<b>90.3%</b>
13	Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een belemmerende rol spelen/ hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?	98.7%
14	Heeft u het gehad over overige factoren buiten het werk die een bevorderende rol spelen/ hebben gespeeld bij het herstel van functioneren?	95.5%
15	Weet u of de cliënt contact met het werksysteem heeft onderhouden na de ziekmelding?	96.1%
16	<b>Heeft uzelf, in overleg met de cliënt, contact onderhouden met het werksysteem van de cliënt?</b>	<b>80.6%</b>
17	Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsinhoud van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?	94.2%
18	Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsverhoudingen van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?	93.5%
19	<b>Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsomstandigheden waaronder deze cliënt zijn werk moest doen voorafgaand aan het verzuim?</b>	<b>80.6%</b>
20	<b>Heeft u met de cliënt gesproken over de arbeidsvoorwaarden van het werk van deze cliënt voorafgaand aan het verzuim?</b>	<b>43.2%</b>
21	<b>Weet u of er een plan van aanpak over werkhervatting in kader van WVP is opgesteld?</b>	<b>71.0%</b>
22	<b>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?</b>	<b>21.3%</b>
23	<b>Heeft u interventies geadviseerd of ingezet waarin werkaspecten werden betrokken?</b>	<b>78.7%</b>
24	Zijn er andere behandelaars/begeleiders betrokken bij de begeleiding van de cliënt?	98.1%
25	Heeft u zelf, in overleg met de cliënt, contact gehad met deze andere behandelaars/ begeleiders?	80.6%
26	Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot klachtenherstel geëvalueerd?	95.5%
27	<b>Heeft u de voortgang van de behandeling van deze cliënt met betrekking tot werkhervatting geëvalueerd?</b>	<b>84.5%</b>
28	<b>Heeft u met de cliënt besproken hoe terugval kan worden voorkomen?</b>	<b>80.6%</b>

# vetgedrukte items vormen tezamen het meetinstrument 'het gebruik van de richtlijn' (volgens de psycholoog).

### 8.5 Bijlage E. Overzicht gemiddelden variabelen en significante verschillen tussen metingen.

Variabele (range)	Gem (sd) T1	N	Gem (sd) T2	N	Gem (sd) T3	N	Gem (sd) T4	N
<b>BSI (0-4)</b>		155		152		151		155
Totaal	1.08 (.64)		.62 (.60)*		.52 (.57)#		.42 (.55)^	
<b>Werkhervatting (0-100)</b>		155		152		151		155
% mensen volledig hervat	0 (0.0)		32.2 (.47)*		58.9 (.49)#		77.4 (.42)^	
<b>Persoonlijke gegevens (1-5)</b>		155		152		149		155
Privé omstandigheden	1.49 (.52)						1.41 (.46)^	
<b>Werk (1-5)</b>		155				131		133
Werkomstandigheden								
<i>Werkdruk</i>	3.28 (.87)				2.60 (.98)#		2.65 (.91)	
<i>Autonomie</i>	3.16 (.88)				3.22 (.95)		3.32 (.98)	
<i>Mentale taakeisen</i>	3.91 (.60)				3.65 (.86)#		3.61 (.73)	
<i>Emotionele taakeisen</i>	2.42 (.88)				2.17 (.93)#		2.06 (.86)^	
<i>Conflicten</i>	1.72 (.61)				1.44 (.50)#		1.39 (.47)	
<i>Sociale steun collega's</i>	3.00 (1.13)				3.25 (1.13)#		3.30 (1.19)	
<i>Sociale steun leidinggevende</i>	3.21 (1.04)				3.59 (.94)#		3.60 (.93)	
Mening over werk	4.08 (.54)	155					4.23 (.62)^	155
<b>Persoonlijkheid</b>		155		152		149		155
Self-efficacy (1-6)	3.38 (1.22)		4.05 (1.16)*		4.37 (.98)#		4.61 (.93)^	
Coping (3-13)								
<i>Actief aanpakken</i>	8.64 (1.93)		8.64 (1.83)				8.57 (1.79)	
<i>Vermijden</i>	6.38 (2.27)		6.25 (2.17)				5.47 (1.81)^	
<i>Sociale steun zoeken</i>	6.76 (2.13)		6.80 (2.05)				6.90 (2.01)	
<b>Oordeel psycholoog</b>				148		148		
Tevredenheid psycholoog (1-5)			4.25 (.63)		4.22 (.59)			
Richtlijngebruik volgens cliënt (1-15)			10.43 (3.19)		10.72 (3.30)			

\*significant verschil tussen T2 en meting daarvoor

# significant verschil tussen T3 en meting daarvoor

^ significant verschil tussen T4 en meting daarvoor

**8.6 Bijlage F. Effecten op wel of geen volledige werkhervatting na 1 jaar met de mate waarin de richtlijn gevolgd wordt volgens de cliënt (logistische regressie-analyse, ongestandaardiseerde b-coëfficiënten)**

	Model 1	Model 2	Model 3
<i>Gebruik van de richtlijn</i>			
Mate van volgen van de richtlijn volgens de cliënt op T2	0.164***	0.193***	0.203**
<i>Kenmerken cliënt</i>			
Geslacht (ref=vrouw)		-0.432	-0.652
Leeftijd		-0.034	-0.046
Opleiding		0.073	0.125
Kostwinnerschap (ref=niet)		-0.402	-0.507
Gezondheidsklachten (totaalscore BSI) (T1)		-0.823**	-0.101
Gezondheidsklachten (verschilscore BSI T1-T4)		1.247***	0.686
Self-efficacy totaalschaal (T1)			1.184***
Self-efficacy totaalschaal (verschilscore T4-T1)			0.482
<i>Kenmerk psycholoog</i>			
Leeftijd psycholoog			-0.028
Constante	-0.382	1.278	-1.674
N	152	151	147
Nagelkerke pseudo R-kwadraat	0.070	0.198	0.342

\* sig ≤0.10 \*\* sig ≤0.05 \*\*\* sig ≤0.01



**8.7 Bijlage G. Effecten op duur tot volledige werkhervatting met de mate waarin de richtlijn gevolgd wordt volgens de cliënt (cox regressie-analyse, ongestandaardiseerde b-coëfficiënten)**

	Model 1	Model 2	Model 3
<i>Gebruik van de richtlijn</i>			
Mate van volgen van de richtlijn volgens de cliënt op T2	0.075**	0.076**	0.093***
<i>Kenmerken cliënt</i>			
Geslacht (ref=vrouw)		0.029	0.294
Leeftijd		-0.023**	-0.036***
Opleiding		0.051	0.061
Kostwinnerschap (ref=niet)		-0.438**	-0.565**
Gezondheidsklachten (totaalscore BSI) (T1)		-0.360	0.187
Gezondheidsklachten (verschilscore BSI T1-T4)		0.521**	0.093
Percentage werkhervatting T1		0.009***	0.006
Copingstijl (actief aanpassen) (T1)			-0.075
Self-efficacy totaalschaal (T1)			0.629***
Self-efficacy totaalschaal (verschilscore T4-T1)			0.408**
Duur van de behandeling			0.000*
Diagnose (burnout = ref)			
aanpassingsproblematiek			0.401
Stemmingsproblematiek			0.278
Angstproblematiek			0.699*
co-morbiditeit			0.242
overige problematiek			0.929**
N	148	147	140

\* sig ≤0.10 \*\* sig ≤0.05 \*\*\* sig ≤0.01