

TNO Arbeid

TNO-rapport

018.25117.01.01

**Preventie Psychische Arbeidsongeschiktheid
bij Zelfstandig ondernemers (PPAZ)**

Resultaten van een gecontroleerd effectonderzoek

Datum 23 december 2003

Auteurs R.W.B. Blonk
S.E. Lagerveld

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

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.

© 2003 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Leeswijzer	7
2 Inleiding en achtergrond van het project	9
3 Opzet van het onderzoek	11
3.1 Procedure en participanten.....	11
3.2 Interventies	12
3.2.1 De gecombineerde aanpak (GA).....	12
3.2.2 Cognitieve gedragstherapie.....	13
3.2.3 Controlegroep	13
3.3 Meetinstrumentarium.....	13
3.3.1 Arbeidsongeschiktheid (AO%).....	13
3.3.2 Psychische klachten	13
3.3.3 Demografische variabelen	14
3.3.4 Arbeidsomstandigheden.....	14
3.3.5 Sociale steun	14
3.3.6 Copingstijl.....	14
3.3.7 Screeningsvragenlijst Interpolis AOV	15
3.3.8 Tevredenheid met en ervaren effectiviteit van de begeleiding	15
3.4 Data analyse.....	15
4 Resultaten	17
4.1 Omvang psychische klanten	17
4.2 Non-respons analyse en controle op de randomisatie	17
4.3 Het korte termijn effect van de begeleiding.....	17
4.4 Het lange termijn effect van de begeleiding	19
4.5 Effectiviteit van de interventies op de duur van de arbeidsongeschiktheid	20
4.5.1 Duur tot de eerste werkhervatting	20
4.5.2 Duur tot volledige werkhervatting	21
4.6 Voorspellers van het effect	22
4.6.1 Screeningsvragenlijst	22
4.6.2 Ernst van de klachten	23
4.6.3 Overige voorspellers	23
4.7 Tevredenheid met en ervaren effectiviteit van de begeleiding	24
5 Conclusie en discussie	27
5.1 Opzet van het onderzoek.....	27
5.2 Controle op de interne en externe validiteit	27
5.3 De effectiviteit van de interventies	27
5.4 Voorspellers van het effect	30
5.5 Tevredenheid van de deelnemers met de begeleiders	31
5.6 Voorspellende waarde van de screeningsvragenlijst	31
5.7 Slot.....	32
6 Aanbevelingen	33
7 Literatuur	35

Bijlage 1: Stroomschema PPAZ onderzoek.....	37
Bijlage 2: Grafieken.....	39

Samenvatting

In dit rapport wordt verslag gedaan van een uniek onderzoek naar de effectiviteit van twee interventies voor zelfstandig ondernemers die zijn uitgevallen wegens stress gerelateerde aandoeningen. Eén begeleidingsvorm betrof psychologische begeleiding op basis van cognitieve gedragstherapie. De andere begeleidingsvorm betrof een innovatieve gecombineerde begeleiding waarbij de interventie zowel gericht was op de werksituatie als op het individu. De effectiviteit van de interventies is onderzocht in een random gecontroleerd onderzoek. Als uitkomstmaten werden gehanteerd het arbeidsongeschiktheidspercentage en psychische klachten gemeten met twee zelfrapportage vragenlijsten. Verschillende andere vragenlijsten, alsmede een door Interpolis AOV gehanteerde vragenlijst, zijn eveneens afgenomen om factoren, zoals sociale steun en copingstijl, op te sporen die mogelijk van invloed zijn op het effect van de begeleiding. Uit het onderzoek komt naar voren dat de gecombineerde interventie effectiever is in het reduceren van arbeidsongeschiktheid dan cognitieve gedragstherapie en ‘geen begeleiding’. Op de overige uitkomstmaten werd geen verschil gevonden tussen de gecombineerde interventie, cognitieve gedragstherapie en de controlegroep. De door Interpolis AOV gehanteerde screeningsvragenlijst blijkt geen voorspellende waarde te hebben.

Aanbevolen wordt om kort na uitval eerst de gecombineerde interventie in te zetten en pas bij stagnatie cognitieve gedragstherapie in te zetten. De onderzoeksresultaten zijn alleen van toepassing op zelfstandig ondernemers met relatief milde klachten, een goed onderscheid tussen milde en meer ernstige psychische klachten aan het begin van de uitval is derhalve van groot belang voor een juiste verwijzing.

1 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de achtergrond van het onderzoek beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de opzet van het onderzoek uiteen gezet. De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 3 waarna in hoofdstuk 4 de conclusies worden bediscussieerd. Dit leidt vervolgens tot een aantal aanbevelingen die in hoofdstuk 5 worden beschreven.

2 Inleiding en achtergrond van het project

Dit rapport doet verslag van een uniek project dat in de afgelopen twee en een half jaar is uitgevoerd door TNO Arbeid in samenwerking met Interpolis AOV. In dit project is het effect van twee experimentele begeleidingsvormen onderzocht, afgezet tegen een controlegroep. De begeleidingsvormen zijn gericht op het reïntegreren van zelfstandig ondernemers die beroep doen op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering als gevolg van psychische klachten. Het project Preventie Psychische Arbeidsongeschiktheid bij Zelfstandig ondernemers (PPAZ) is een prachtig voorbeeld waarin een wetenschappelijke vraagstelling wordt gecombineerd met vraagstellingen die in de praktijk leven.

De wetenschappelijke vraagstelling kwam voort uit een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van interventies om stressklachten bij werknemers te reduceren (Blonk & Klink, 1999; Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001). Uit dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat zeer weinig studies zijn gedaan naar de effecten van aanpassingen in de werksituatie bij werknemers die stressklachten hebben ontwikkeld. Dit terwijl in de literatuur, maar ook vanuit gezond verstand geredeneerd, naar voren komt dat werkgerichte interventies een belangrijke invalshoek kunnen zijn om stressklachten bij werknemers te reduceren. Het merendeel van de studies in de literatuur had betrekking op individuerichte interventies, zoals stressmanagement training. Bovendien bleek uit dit literatuuronderzoek dat er vrijwel geen effectonderzoek is uitgevoerd onder werknemers die *verzuimden* wegens psychische klachten. In alle gevallen betrof het effectonderzoek gezien vanuit preventieoogpunt, namelijk vóórdat werknemers uitvallen.

Een van de belangrijkste redenen dat tot op heden werkgerichte interventies, al dan niet gecombineerd met individuerichte interventies, slechts sporadisch zijn onderzocht, is het probleem van de controlegroep. Voor een dergelijk onderzoek dienen alle verschillende verantwoordelijken, zoals de leidinggevenden, de directie, de werknemers en de Arbo-dienst toestemming te geven. Hierdoor is het realiseren van een controlegroep in een bedrijf nagenoeg onmogelijk.

Een mogelijke oplossing voor dit probleem is om onderzoek bij zelfstandig ondernemers uit te voeren. Bij deze groep werkenden hoeft in principe slechts één persoon toestemming te geven; de ondernemer zelf. In het onderzoek bij deze populatie kan op relatief eenvoudige wijze een controlegroep worden geformeerd. Daarbij komt dat de populatie zelfstandig ondernemers tot op heden nauwelijks is betrokken in onderzoek naar de ontwikkeling en behandeling van stressklachten. Op grond van deze overwegingen is bij ZonMw¹ een onderzoeksvoorstel ingediend, met als doel het evalueren van een gecombineerde aanpak waarbij de werksituatie en individuele stressmanagement vaardigheden aan bod komen.

Interpolis AOV was bereid aan dit onderzoek medewerking te verlenen met het verzoek niet alleen de gecombineerde aanpak te evalueren, maar tevens de door Interpolis AOV ingehuurde individuele begeleiding door psychologen.

Deze, door psychologen voorgestane aanpak, behelst cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie wordt op basis van zowel theoretische overwegingen als empirische gegevens door verschillende auteurs als eerst aangewezen behandeling bij stressklachten voorgeschreven (Department of Health, 2001; Klink, Blonk, Schene & van

¹ Een intermediair voor onderzoeksgelden van het ministerie van VWS.

Dijk, 2001; Blonk & Van der Klink, 1999; NVAB, 2000). De empirische onderbouwing voor deze aanpak is echter gering. Het onderzoek dat enige onderbouwing geeft, betreft vrijwel alleen onderzoek naar het effect van preventieve interventies (Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001). Onderzoek bij werkenden die zijn uitgevallen ontbreekt nagenoeg geheel. Alleen het onderzoek van Van der Klink, (2003) betrof werknemers die zich ziek hadden gemeld op grond van psychische klachten. Dit onderzoek liet overigens zien dat een activerende gedragsmatige benadering een grote reductie in verzuimduur tot gevolg had. Door het mee evalueren van de cognitief gedragstherapeutische benadering ontstaat meer kennis over de effectiviteit van verschillende soorten interventies. Hierdoor wordt derhalve nauw aangesloten bij de vragen die vanuit de wetenschap worden gesteld.

Behalve onderzoek naar de effectiviteit van de begeleidingsvormen werd onderzoek uitgevoerd naar een korte screeningsvragenlijst die Interpolis AOV hanteert voor het doorverwijzen van uitgevallen zelfstandig ondernemers naar psychologische begeleiding. Het verzoek van Interpolis AOV was om de voorspellende waarde van deze screeningsvragenlijst in relatie tot de duur van de arbeidsongeschiktheid mede te onderzoeken.

Op deze wijze kwam een effectonderzoek tot stand dat zowel voor de uitvoerende praktijk van Interpolis AOV als voor de wetenschap van belang kon zijn. In dit onderzoek werden derhalve twee experimentele begeleidingsvormen onderzocht op effectiviteit. Deze twee begeleidingsvormen werden afgezet tegen een controlegroep waarin geen begeleiding werd gegeven in de eerste vier maanden. Door de deelnemers door loting aan de verschillende condities toe te voegen ontstond een experimenteel onderzoeksdesign. Een dergelijk onderzoeksdesign is vanuit wetenschappelijk standpunt gezien het meest optimale onderzoeksdesign, maar kan slechts zelden in de uitvoerende praktijk kan worden gehanteerd. Met ander woorden, het voorliggende onderzoek is om meerder redenen uniek te noemen, aangezien het wetenschappelijk onderzoek en uitvoerende praktijk samenbrengt op een wijze die zelden is gezien.

In dit rapport doen wij verslag van de resultaten van dit onderzoek. Wij gaan daarbij in op de twee vragen die Interpolis AOV heeft gesteld namelijk:

1. Wat is het effect van de twee experimentele begeleidingsvormen ten opzichte van de controlegroep? en
2. Wat is de voorspellende waarde van de screeningsvragenlijst in relatie tot het de duur van de arbeidsongeschiktheid?

Het effect van de begeleiding wordt op twee aspecten gemeten, te weten psychische klachten en de mate van arbeidsongeschiktheid.

3 Opzet van het onderzoek

3.1 Procedure en participanten

Door de claimbeoordelaars van een particuliere verzekeraar werden cliënten met minimaal twee weken ziekteverzuim op grond van psychische klachten gevraagd mee te werken aan het onderzoek. In de instroomperiode van 20 maanden meldden 462 cliënten zich ziek met psychische klachten. Hiervan gaven 211 personen bij de claimbeoordelaar geen toestemming om hun gegevens door te laten geven aan de onderzoekers van TNO. De gegevens van de overgebleven 251 cliënten werden wel doorgegeven aan TNO Arbeid. Zij kregen informatie over het onderzoek en een ‘informed consent’ formulier thuisgestuurd. Na het ontvangen van deze informatie hebben 88 cliënten alsnog afgezien van deelname aan het onderzoek. Belangrijke redenen hiervoor waren niet willen afzien van behandeling door een psycholoog of het invullen van vragenlijsten een te hoge belasting vinden.

Bij de overige 163 potentiële deelnemers werd na toestemming, middels een gestructureerd telefonisch screeningsinterview (verkorte versie van de CIDI), bepaald of zij aan de inclusiecriteria voldeden. Er moest sprake zijn van een stressgerelateerde stoornis (SGS) en minimaal twee weken uitval als gevolg van deze klachten. Voor de definitie van SGS wordt de definitie gehanteerd zoals die is weergegeven in de richtlijn ‘sociaal medisch handelen bij psychische klachten’ van de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde. In deze richtlijn wordt de SGS onderscheiden van de depressieve stoornis, de angststoornis en overige psychiatrische ziektebeelden. De stressgerelateerde stoornis heeft een klachtenpatroon bestaande uit een aantal van de volgende klachten o.a. vermoeidheid, piekeren, huilbuien, prikkelbaarheid, slaapproblemen, concentratieproblemen, gedrukte stemming. Er worden drie varianten onderscheiden: spanningsklachten, overspannenheid en burnout.

Exclusie volgde bij (ernstige) psychopathologie. Ook mochten de deelnemers geen andere GGZ-behandeling ontvangen gedurende de eerste vier maanden na uitval. Na deze vier maanden waren alle deelnemers vrij om behandeling naar keuze te ontvangen. Op grond van een diagnose psychopathologie werden 41 cliënten geëxcludeerd. Van de mensen die werden geëxcludeerd had 24% een depressieve stoornis en 14% een angst- of paniekstoornis. Bij 30 % werd wel een stressgerelateerde stoornis vastgesteld, maar wilde de cliënt een behandeling via de curatieve sector (b.v. psycholoog) niet opschorten voor de duur van het onderzoek.

In totaal zijn 122 personen ingestroomd en door het lot verdeeld over één van de drie condities: de ‘gecombineerde aanpak’ (GA), een cognitief- gedragstherapeutische begeleiding (CGT) en een controlegroep. Bij alle deelnemers werd telefonisch ook de screeningsvragenlijst van Interpolis AOV afgenomen. Van de 122 gerandomiseerde deelnemers belandden 40 in de CGT-conditie, 40 in de GA-conditie en 42 in de controle conditie. Direct na de randomisatie kregen de deelnemers de eerste vragenlijst (T0) thuisgestuurd. De andere twee lijsten ontvingen zij vier maanden (T1) en tien maanden (T2) na aanvang van de interventie. Alle interventies zijn binnen 4 weken na uitval van start zijn gegaan.

De deelnemers aan dit onderzoek waren 122 zelfstandig ondernemers met een stressgerelateerde stoornis (overspannen, burnout). Overeenkomstig het beeld bij de populatie

Nederlandse zelfstandig ondernemers lag het percentage mannen op zo'n 80 procent. De gemiddelde leeftijd was 42 jaar ($SD=7,9$). De meeste deelnemers hadden een duurzame relatie (82%) en één of meer kinderen (88%). Het opleidingsniveau van de meeste deelnemers was middelbaar; 48% had MBO, HAVO of VWO afgerond. Van de overige deelnemers was 33% lager geschoold (Lager onderwijs, LBO of MAVO) en 19 procent hoger opgeleid (HBO of WO).

De meeste deelnemers (39%) waren werkzaam in de agrarische sector (inclusief visserij en winning van delfstoffen). De overige deelnemers werkten in de bouwnijverheid (12%), zakelijke dienstverlening (11%), handel (8%), gezondheidszorg (8%), overige dienstverlening (7%), horeca (5%), industrie (3%) of andere branches (7%). In deze onderzoekspopulatie was de agrarische sector oververtegenwoordigd, en de (detail)handel en zakelijke dienstverlening enigszins ondervertegenwoordigd. Landelijk ligt het aandeel van deze branches respectievelijk op 17, 23 en 20 % (bij bedrijven met maximaal zes werknemers).

Het gemiddeld aantal bestaansjaren van de onderneming lag op 13,7 jaar ($SD=8,49$). Er zaten dus relatief weinig startende ondernemers in de onderzoekspopulatie. Zelf werkten de ondernemers gemiddeld 57 uur ($SD=15,9$) per week in hun bedrijf. Meer dan de helft van de deelnemers had daarnaast één of meer personeelsleden in dienst (59,3%). De rechtsvorm van de bedrijven varieerde: 32 procent werkte in een eenmanszaak, 26 procent in een V.O.F., 23 procent in een maatschap en 17 procent in een B.V.

3.2 Interventies

3.2.1 *De gecombineerde aanpak (GA)*

De GA interventie bestond uit vijf á zes tweewekelijkse gesprekken tussen een arbeidsdeskundige van Interpolis AOV en de uitgevallen zelfstandig ondernemer. Deze gesprekken vonden plaats bij de deelnemer thuis en waren gericht op enerzijds het versterken van de stressmanagement vaardigheden van de ondernemer en anderzijds op aanpassingen in de werksituatie. De inhoud van de gesprekken kende een specifieke volgorde. Het eerste gesprek was vooral gericht op uitleg geven over stressklachten, perspectief bieden en een start maken met het inventariseren van de stressoren. Het tweede gesprek was gericht op het verder inventariseren van de stressoren en een plan van aanpak. Het derde gesprek was gericht op cognitieve herstructurering. De overige gesprekken waren enerzijds gericht op het uitdiepen van eerdere onderwerpen van gesprek en anderzijds op de eventuele veranderingen in de werkprocessen. Aan het eind van elk gesprek werd een huiswerkopdracht gegeven. Deze kon variëren van het inventariseren van stressvolle situaties in het werk, tot het lezen van een boekje over cognitieve herstructurering, tot het afspreken van stappen in het kader van werkaanpassingen.

Het uitvoeren van de GA interventie staat voor een deel op gespannen voet met het vaststellen van het arbeidsongeschiktheidspercentage, aangezien dit ook door de arbeidsdeskundige gebeurt². Het arbeidsongeschiktheidspercentage heeft direct gevolgen voor de uit te keren vergoeding, en is daarmee in enigermate strijdig met het ontwikkelen van een noodzakelijke therapeutische relatie. Dit dilemma vraagt sterke

² De vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage zal verder aan bod komen bij de beschrijving van het meet instrumentarium.

communicatieve vaardigheden van de arbeidsdeskundige. Deze aspecten zijn zowel in de training als in de intervisie herhaaldelijk aan bod gekomen.

De kwaliteit en consistentie van de gecombineerde aanpak werd zoveel mogelijk gewaarborgd door eerst een training in de methodiek te verzorgen en vervolgens zeswekelijkse intervisie bijeenkomsten te houden gedurende het project. In deze bijeenkomsten werden individuele cases besproken. Vanwege de beperkte intervisie tijd (2 uur per bijeenkomst) werden niet alle cases besproken, maar ongeveer de helft.

3.2.2 *Cognitieve gedragstherapie*

Deze begeleidingsvorm werd uitgevoerd volgens een strak protocol. De eerste zes gesprekken werden wekelijks gehouden en richten zich vooral op het inventariseren van stressoren, en het beginnen met cognitieve herstructurering. Afhankelijk van de uitkomsten van deze activiteiten werd na deze zes gesprekken een volgende module gestart van 4-6 gesprekken veelal op twee wekelijkse basis. Deze modules konden bestaan uit verdieping op de cognitieve herstructurering, time management technieken, planning van de werkhervatting etc. De begeleidingsvorm had een lengte van ongeveer vier maanden waarin twee modules werden ingezet.

3.2.3 *Controlegroep*

In de controlegroep werd gedurende vier maanden geen interventie uitgevoerd. Kort na de ziekmelding was er een controlerend gesprek met de adviserend arts. Na vier maanden volgde een gesprek met een arbeidsdeskundige van Interpolis AOV.

3.3 Meetinstrumentarium

Het effect van de interventies is in dit onderzoek vastgesteld op zowel het arbeidsongeschiktheidspercentage als op verschillende soorten psychische klachten. Deze effectmaten werden op alle drie de tijdstippen gemeten.

3.3.1 *Arbeidsongeschiktheid (AO%)*

Het arbeidsongeschiktheidspercentage werd door arbeidsdeskundigen, adviserend artsen of door telefonische behandelaars van de verzekeraar vastgesteld. Het vaststellen gebeurt altijd in overleg met de verzekerde zelf, maar uiteindelijk is het de arbeidsdeskundige die bepaalt. Dit betekent dat er te allen tijde argumenten moeten zijn die het arbeidsongeschiktheidspercentage onderbouwen. Desalniettemin is onduidelijk wat de betrouwbaarheid is van deze oordeelsvorming. Vandaar dat het in overleg vast stellen, om daarmee beroepsprocedures te vermijden, de wijze van handelen domineert.

3.3.2 *Psychische klachten*

De psychische klachten zijn uitgevraagd in de vragenlijst door middel van de Nederlandse versie van de DASS (Depression Anxiety Stress Scale) en de UBOS (Utrechtse BurnOut Schaal).

De DASS is een vragenlijst van 42 items voor het meten van algemene depressie-, angst- en stressklachten in de afgelopen week (Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001). De drie subschalen omvatten ieder 14 items. Een voorbeeld item uit de stress schaal is "Ik was erg opgefokt". De antwoordcategorieën lopen van 0 (helemaal niet of nooit van toepassing) tot 3 (meestal van toepassing). De score per subschaal werd berekend door middel van somming. In onderhavig onderzoek werd voor iedere subschaal een hoge betrouwbaarheid (Cronbachs alpha) gevonden van respectievelijk .94 .90 en .93 voor de depressie-, angst- en stressschaal.

De UBOS is een vragenlijst van 15 items voor het meten van de mate van burnout. Het concept burnout bestaat uit drie componenten: emotionele uitputting, distantie en com-

petentie beleving (Schaufeli & Dierendonck, 2000). Ieder van deze componenten beslaat een subschaal. Een voorbeeld item uit de distantie-schaal is “Ik merk dat ik teveel afstand heb gekregen van mijn werk”. De 7 antwoordmogelijkheden met een score van 0 tot 6 variëren van ‘nooit’ tot ‘altijd/dagelijks’. De schaalscore per subschaal bestaat uit een gemiddelde. Ook de betrouwbaarheid van deze subschalen was ruim voldoende; Chronbach’s α ’s waren respectievelijk .90, .76 en .73 voor de emotionele uitputting-, distantie- en competentieschaal.

Naast deze effectmaten zijn in de vragenlijst verschillende mogelijke predictoren en/of moderatoren opgenomen. Deze variabelen omvatten enkele demografische kenmerken, de arbeidsomstandigheden, sociale steun en copingstijl. Daarnaast is als mogelijke predictor/ moderator een screeningslijst van Interpolis AOV meegenomen. Met uitzondering van de copingvragenlijst werden deze vragenlijsten alleen bij de eerste meting afgenomen.

3.3.3 *Demografische variabelen*

De demografische kenmerken die werden nagevraagd waren: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aantal kinderen, opleidingsniveau en ervaren financiële situatie. Ook kwamen een aantal kenmerken van het bedrijf/ de bedrijfsvoering aan bod: de bestaansjaren, het aantal werkuren, de rechtsvorm, branche en het aantal personeelsleden.

3.3.4 *Arbeidsomstandigheden*

Om de arbeidsomstandigheden in kaart te brengen werd een, op de situatie van zelfstandigen aangepaste en aangevulde, versie van de Job Content Questionnaire afgenomen (JCQ, Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers & Amick, 1998). Deze lijst bestaat uit de subschalen psychologische werkeisen (9 items), regelmogelijkheden (9 items), emotionele belasting (5 items), lichamelijke belasting (5 items), verzuimgelegenheid (1 item) en toekomstonzekerheid (1 item). De betrouwbaarheden van deze subschalen met meer dan één item waren respectievelijk: .66, .63, .71 en .81. Een voorbeeld item uit de schaal regelmogelijkheden is “Mijn werk biedt me de ruimte veel beslissingen zelf te nemen”. Alle items hadden vier antwoordcategorieën lopend van ‘helmaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. De schaalscore werd gevormd door een gewogen som-score.

3.3.5 *Sociale steun*

Sociale steun werd gemeten met een aangepaste sociale steun lijst van Abbey (Abbey, 1985) bestaande uit 8 items, met ieder 5 antwoordmogelijkheden lopend van ‘nooit’ tot ‘vaak’. In onderhavig onderzoek zijn de 8 items twee maal gesteld, eerst over sociale steun met betrekking tot de thuissituatie en daarna over steun met betrekking tot de werksituatie. De schaalscores waren een gemiddelde score. Een voorbeeld items is: “Hoe vaak luistert iemand die belangrijk voor u is, naar u, wanneer u behoefte heeft om te praten?”. Beide schalen had een hoge betrouwbaarheid, van respectievelijk .93 voor sociale steun thuis en .94 voor sociale steun op het werk.

3.3.6 *Copingstijl*

Voor het meten van copingstijl werd de Utrechtse Coping Lijst gebruikt (UCL; Scheurs et al, 1988). Deze vragenlijst meet hoe mensen omgaan met problemen, waarbij het zowel gaat om life-events als stressvolle situaties in het dagelijkse leven. De schaal bestaat uit 29 items en vier subschalen: actieve coping, passieve coping, vermijdende coping en steun zoeken. De betrouwbaarheden van deze subschalen waren respectievelijk .83, .74, .67 en .86. Ieder item heeft vier antwoordcategorieën lopend van ‘zelden/nooit’ tot ‘zeer vaak’. Een voorbeeld item uit de subschaal vermijdende coping

is: “Hoe vaak reageert u op de volgende wijze bij problemen: Proberen je te onttrekken aan een situatie”.

3.3.7 *Screeningsvragenlijst Interpolis AOV*

Deze vragenlijst is opgezet door het bedrijf dat de cognitieve gedragstherapie heeft uitgevoerd in dit onderzoek. De lijst werd voor de aanvang van het onderzoek reeds door Interpolis AOV gebruikt om mensen met een hoog risico op langdurige of ernstige psychische klachten (bij een score van 7 of hoger volgens de screeningslijst) door te verwijzen naar cognitieve gedragstherapie. In dit onderzoek is de lijst op verzoek van Interpolis AOV als voorspeller meegenomen, en heeft dus geen rol gespeeld in de toewijzing van deelnemers aan een conditie.

De lijst bestond uit een negental vragen. Er werd gevraagd naar de leeftijd, het geslacht, eerdere arbeidsongeschiktheid op grond van psychische klachten, de mate van financiële problemen, de mate van familieproblemen, het soort beroep, de werkdruk/het werktempo, de werksfeer, en de mogelijkheid in het werk om zelf problemen op te lossen. De drie verschillende antwoordcategorieën bij ieder aspect leverde 0, één of twee punten op, deze werden gesommeerd tot een totaal score. Een voorbeeld van de antwoordcategorieën was bij de vraag naar leeftijd: jonger dan 24 (0 punten), ouder dan 44 (1 punt) en tussen de 24 en 44 (2 punten).

3.3.8 *Tevredenheid met en ervaren effectiviteit van de begeleiding*

Tot slot is zowel bij de tweede als de derde vragenlijst gevraagd naar de tevredenheid met de ontvangen begeleiding. Tevredenheid werd gemeten met twee vragen over respectievelijk vorm en inhoud van de begeleiding. Een voorbeeld vraag is; “Hoe tevreden bent u over de inhoud (zoals de besproken onderwerpen) van de gekregen begeleiding binnen het PPAZ-onderzoek?”, waarbij de vijf antwoordcategorieën liepen van zeer ontevreden tot zeer tevreden.

De ervaren effectiviteit is eveneens met twee vragen gemeten, namelijk of de interventie heeft bijgedragen aan daling van de klachten en beginnen met de werkhervatting. Een voorbeeld hiervan is “In welke mate heeft de gekregen begeleiding bijgedragen aan de vermindering van uw klachten?”. Ook bij deze vragen waren vijf antwoordmogelijkheden lopen van ‘niet’ tot ‘zeer veel’.

3.4 **Data analyse**

Om de effectiviteit van de interventies en de verschillen tussen de interventies vast te stellen, zijn variantie analyses uitgevoerd met herhaalde metingen, afzonderlijk voor de korte en de lange termijn en de drie uitkomstmaten (AO%, UBOS en DASS). De interactie tussen mogelijke moderatoren en de behandelwijze (differentiële effectiviteit) werd getoetst met covariantie analyse waarbij de score op de voorgaande meting als covariaat werd meegenomen.

Daarnaast is met behulp van survival analyses onderzocht in hoeverre de tijd tot gedeeltelijke en volledige werkhervatting verschillend was per conditie

4 Resultaten

4.1 Omvang psychische klanten

Uit gegevens van de verzekeraar blijkt de omvang van arbeidsrelevante psychische klachten bij zelfstandig ondernemers op 0,7 procent te liggen. Van de totaal 40.000 cliënten van de verzekeraar zijn op jaarbasis 277 nieuwe meldingen van psychische klachten binnengekomen. In de totale instroomperiode van 20 maanden bedroeg dit aantal 462.

4.2 Non-respons analyse en controle op de randomisatie

Voorafgaand aan de effectanalyses is een non-respons analyse gedaan en bekeken of de randomisatie over de drie condities (begeleidingsvormen) heeft geleid tot vergelijkbare groepen. Van de mensen die toestemming weigerden bij de claimbeoordelaar zijn alleen het arbeidsongeschiktheidspercentage, de leeftijd en het geslacht bekend. Op deze variabelen verschilden de weigeraars niet van de mensen uit de drie condities. Er is dus geen reden om aan te nemen dat er selectieve uitval heeft plaatsgevonden.

Van de deelnemers die in de loop van het onderzoek zijn uitgevallen zijn meer gegevens bekend. Onderzocht is of deze non-repons groep afweek van de overige deelnemers op demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, aantal (thuiswonende) kinderen), ervaren financiële situatie, ondernemingsvorm en branche, maar ook op arbeidsomstandigheden, sociale steun en copingstijl. De analyses lieten zien dat deze 'non-respons groep' op geen van de variabelen significant afwijkt van de andere deelnemers.

4.3 Het korte termijn effect van de begeleiding

Het effect op korte termijn is in het kader van dit onderzoek het meest belangrijk omdat over deze periode de controlegroep als zuivere controlegroep fungeert. Zuiver betekent in dit verband dat er in die periode geen behandelingen werden gegeven aan deelnemers in de controlegroep. Na vier maanden waren deelnemers vrij om een andere begeleidingsvorm te kiezen. Voor de analyse van de korte termijn effecten is eerst onderzocht of er een verandering in de tijd is, in het bijzonder of er een daling optreedt in arbeidsongeschiktheidspercentage en in klachten.

In Tabel 1 zijn de gemiddelden op de verschillende variabelen per meetmoment weergegeven, alsmede de resultaten van de analyses. Hieruit blijkt dat er in vrijwel alle condities tussen het eerste (T0) en tweede meetmoment (T1) een daling optreedt op zowel arbeidsongeschiktheidspercentage als op psychische klachten, uitgezonderd de subschalen distantie en competentiebeleving. Deze twee laatste subschalen van de UBOS verwijzen echter niet zozeer naar psychische klachten maar veel meer naar respectievelijk betrokkenheid bij het werk en ervaren professionaliteit. Bovendien blijkt uit de gemiddelden op deze subschalen dat zij nauwelijks afwijken van populaties zonder klachten (Blonk, 2002). Emotionele uitputting daarentegen verwijst direct naar klachten, is ook gecorreleerd met andere klachtschalen. Op deze subschaal wordt dan ook wel een daling gevonden.

Van groter belang is of er verschil is in effectiviteit tussen de condities, in het bijzonder van de experimentele condities ten opzichte van de controlegroep. Uit Tabel 1 blijkt dat ten aanzien van het arbeidsongeschiktheidspercentage (AO%), de deelnemers die de gecombineerde aanpak (GA) hebben gekregen, gemiddeld een significant grotere daling laten zien dan de deelnemers in zowel de cognitieve gedragstherapie (CGT) als de controlegroep (CG). Opmerkelijk is dat er geen verschil in effectiviteit is gevonden tussen de CGT conditie en de controle conditie.

Wat betreft de daling in psychische klachten is er geen verschil in effectiviteit gevonden tussen de drie condities.

Tabel 1: Gemiddelden en SD van de afhankelijke variabelen per conditie, effecten per conditie en verschillen tussen condities op de korte termijn

Afhankelijke variabelen	Conditie	T0		T1		Verschil in de tijd		Verschil tussen de condities			
		Gem.	SD	Gem.	SD	T0 – T1		CGT		GA	
						F	p	F	p	F	p
AO%	CGT	82.31	24.68	55.50	35.87	20.09	.00				
	GA	82.86	24.56	27.14	34.67	86.69	.00	11.67	.00		
	CG	83.57	26.47	48.86	38.50	38.97	.00	0.93	ns	6.61	.01
Depressie	CGT	19.03	8.95	13.30	8.88	10.74	.00				
	GA	15.56	9.53	11.19	9.12	7.70	.01	0.33	ns		
	CG	20.56	10.35	14.16	9.91	18.29	.00	0.09	ns	0.87	ns
Angst	CGT	11.42	7.67	8.79	7.11	7.31	.01				
	GA	9.72	7.09	7.72	6.46	3.72	.06	0.48	ns		
	CG	10.38	7.17	8.91	6.72	2.17	ns	1.11	ns	0.14	ns
Stress	CGT	20.67	7.56	16.24	8.77	9.37	.00				
	GA	19.06	7.78	14.41	8.11	14.5	.00	0.02	ns		
	CG	19.16	9.24	17.03	8.45	3.01	.09	1.46	ns	2.14	ns
Emotionele uitputting	CGT	4.26	1.31	3.77	1.32	1.82	ns				
	GA	3.90	1.37	3.03	1.58	16.18	.00	0.79	ns		
	CG	4.03	1.46	3.49	1.62	4.81	.04	0.01	ns	0.97	ns
Distantie	CGT	2.92	1.33	2.70	1.23	1.46	ns				
	GA	2.65	1.29	2.37	1.45	2.00	ns	0.06	ns		
	CG	2.67	1.43	2.36	1.52	1.80	ns	1.00	ns	0.01	ns
Competentie-beleving	CGT	3.84	1.19	3.60	1.15	1.05	ns				
	GA	3.85	.86	3.99	1.04	.44	ns	1.46	ns		
	CG	3.90	.94	3.91	1.32	.00	ns	0.64	ns	0.19	ns

CGT = cognitieve gedragstherapie, GA = gecombineerde aanpak, CG = controlegroep

4.4 Het lange termijn effect van de begeleiding

Voor de analyse van de gegevens op lange termijn kunnen twee methoden worden gehanteerd. De gegevens kunnen worden vergeleken tussen tijdstip T0 en T2. Daarnaast kunnen de gegevens worden vergeleken tussen T1 en T2. Bij deze laatste analyses betreft het meer het bekijken van de effecten die zijn gevonden na T1.

De analyses over T0 en T2 laten dezelfde resultaten zien als de analyses over het korte termijn effect (T0 en T1). Dit betekent dat op alle variabelen, met uitzondering van de UBOS-schalen distantie en competentie beleving, een significante daling in de tijd is te zien. Echter, alleen op de variabele arbeidsongeschiktheidspercentage werd een verschil gevonden tussen de drie condities. In de GA conditie is de daling van het percentage significant groter dan in de andere condities. Er werd geen verschil in daling gevonden tussen de CGT conditie en de CG conditie.

Tabel 2: Gemiddelden en SD van de afhankelijke variabelen per conditie, effecten per conditie en verschillen tussen condities op de lange termijn

Afhankelijke variabelen	Conditie	T1				T2				Verschil in de tijd		Verschil tussen de condities			
		T1		T2		T1 – T2		CGT		GA					
		Gem.	SD	Gem.	SD	F	p	F	p	F	p				
Arbeitsongeschiktheid	CGT	55.50	35.87	33.66	39.95	19.07	.00								
	GA	27.14	34.67	11.91	28.55	10.67	.00	1.34	ns						
	CG	48.86	38.50	28.94	37.89	7.37	.01	0.43	ns	0.12	ns				
Depressie	CGT	13.30	8.88	11.69	8.99	2.15	.15								
	GA	11.19	9.12	9.24	8.85	0.57	.45	0.06	ns						
	CG	14.16	9.91	13.29	10.81	0.44	.51	0.11	ns	0.01	ns				
Angst	CGT	8.79	7.11	8.55	7.31	0.23	.63								
	GA	7.72	6.46	6.62	6.57	1.14	.30	0.34	ns						
	CG	8.91	6.72	7.00	7.06	2.80	.11	1.11	ns	0.15	ns				
Stress	CGT	16.24	8.77	15.21	9.52	1.70	.20								
	GA	14.41	8.11	13.31	7.40	0.37	.55	0.07	ns						
	CG	17.03	8.45	14.00	8.95	6.22	.02	0.57	ns	0.76	ns				
Emotionele uitputting	CGT	3.77	1.32	3.45	1.53	2.93	.10								
	GA	3.03	1.58	2.87	1.51	0.24	.63	0.76	ns						
	CG	3.49	1.62	2.96	1.82	3.89	.06	0.36	ns	1.74	ns				
Distantie	CGT	2.70	1.23	2.68	1.27	0.10	.75								
	GA	2.37	1.45	1.94	1.36	1.52	.23	1.17	ns						
	CG	2.36	1.52	2.31	1.58	0.01	.95	0.07	ns	0.51	ns				
Competentie beleving	CGT	3.60	1.15	3.81	1.28	2.35	.14								
	GA	3.99	1.04	4.28	1.02	1.58	.22	.36	ns						
	CG	3.91	1.32	3.99	1.38	0.08	.77	.43	ns	.07	ns				

CGT = cognitieve gedragstherapie, GA = gecombineerde aanpak, CG = controlegroep

De gemiddelden en de resultaten van de analyses over de meetmomenten T1 en T2 zijn weergegeven in Tabel 2. Uit Tabel 2 blijkt dat er op de variabele arbeidsongeschikt-

heid een verdere daling is opgetreden in elk van de drie condities. Deze daling is echter in elk van de condities even groot. Dit betekent dat over het geheel genomen (T0-T1-T2) de GA conditie een significant grotere daling in het arbeidsongeschiktheidspercentage te zien geeft, en dat die daling vooral wordt gerealiseerd tussen T0 en T1. Opvallend is verder het lage gemiddelde arbeidsongeschiktheidspercentage in de GA conditie. Gezien de hoogte van dit percentage moet vrijwel iedereen in deze conditie na tien maanden weer volledig aan het werk zijn, in tegenstelling tot de andere condities.

Op psychische klachten werd geen significante daling gevonden tussen T1 en T2, uitgezonderd de subschalen stressklachten en emotionele uitputting. Inspectie van de gemiddelden in Tabel 2 laat zien dat het bij deze twee subschalen om een kleine daling gaat, waarbij bovendien geen verschillen in de daling met de andere condities werd gevonden.

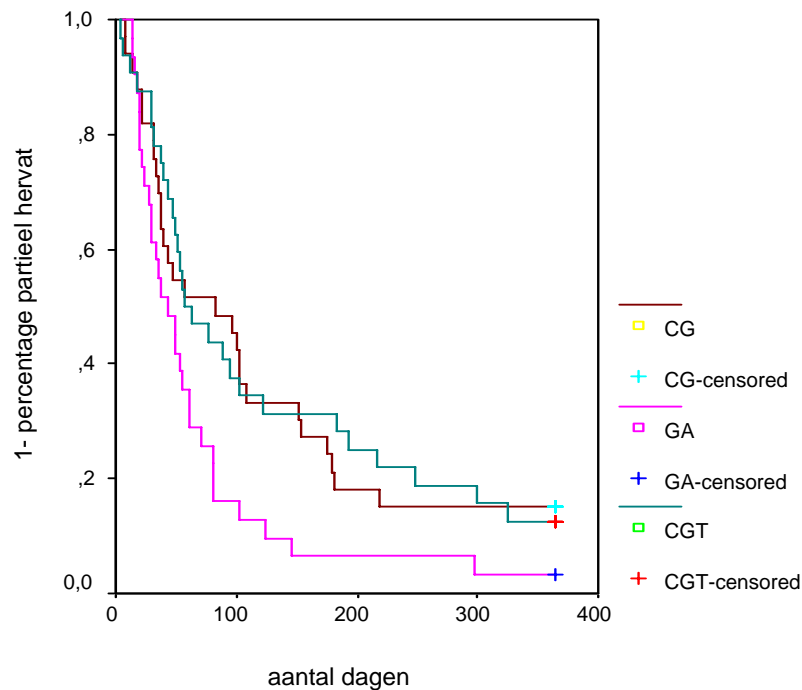
De effecten op de verschillende variabelen zijn voor zowel de korte termijn als de lange termijn tevens in grafiekvorm weergegeven in de bijlage aan het eind van dit rapport.

4.5 Effectiviteit van de interventies op de duur van de arbeidsongeschiktheid

Naast het effect op de verschillende uitkomstvariabelen is ook onderzocht wat het effect is van de interventies op de duur van het verzuim. Ten aanzien van de duur van het verzuim zijn variabelen onderscheiden, te weten, de duur tot de eerste werkhervatting en de duur tot de volledig werkhervatting. De analyses zijn uitgevoerd met survival analyses. Inzake het verschil in effectiviteit tussen de interventies is gebruik gemaakt van Kaplan-Meier. Voor de analyses inzake de voorspellende waarde van de screeningslijst op de duur van het verzuim is gebruik gemaakt van Cox regression.

4.5.1 Duur tot de eerste werkhervatting

De eerste werkhervatting van zelfstandigen, zoals ook bijwerknemers het geval is, is in de meeste gevallen een partiële werkhervatting. In de onderstaande Figuur 1 zijn de overlevingscurves per interventie weergegeven.



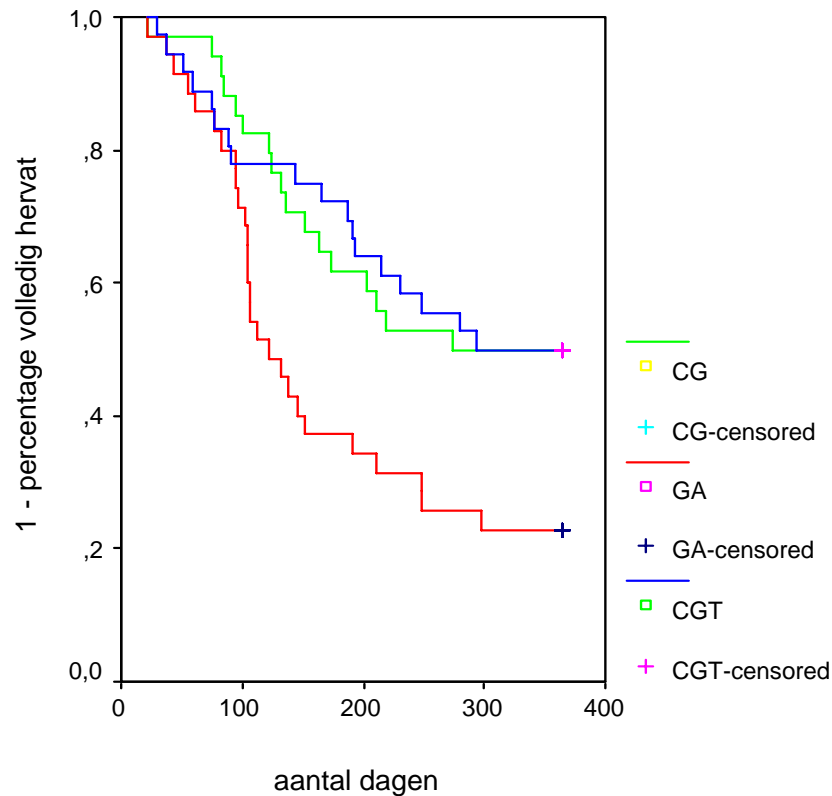
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 1. Overlevingscurven voor partiële werkhervatting per interventie

Uit de figuur blijkt dat bijna alle participanten in het onderzoek partieel hervatten in het eerste ziektejaar. Tien deelnemers zijn niet binnen de onderzoeksperiode partieel hervat. Dat was één persoon in de GA groep, 4 personen in de CGT groep en vijf personen in de CG groep. Tussen de overlevingscurven werd een significant verschil gevonden ten gunste van de GA groep (Log Rank (2) = 6.97, $p < .03$). Dit blijkt ook uit de mediaan en het gemiddelde het aantal dagen tot volledige werkhervatting. - De mediaan van het aantal dagen is het aantal dagen waarop 50% van de deelnemers partieel is hervat. De mediaan is een zuiverder schatter dan het gemiddelde als de data scheef zijn verdeeld, zoals vaak het geval is met verzuimduur. - De mediaan in de GA groep is 43 dagen (gemiddeld 67). In de CGT groep is dat 57 dagen (gemiddeld 126) en in de CG groep 82 dagen (gemiddeld 120). Dit betekent dat de snelheid waarmee deelnemers partieel hervatten significant groter is in de GA groep in vergelijking met de CGT en de CG groep.

4.5.2 Duur tot volledige werkhervatting

Naast partiële werkhervatting is volledige hervatting een zeer belangrijke variabele aangezien de duur tot volledige werkhervatting een indicator is voor de kosten die gaan met de uitval. In Figuur 2 staan overlevingscurven per interventie weergegeven.



CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 2. Overlevingscurven voor volledige werkhervatting per interventie

Het eerste dat opvalt aan de curven is dat in zowel de CG groep als de CGT groep relatief veel deelnemers niet volledig hervatten, namelijk 17 in de CG groep en 18 in de CGT groep terwijl er slechts acht niet volledig hervatten in de GA groep. Gegeven deze verschillen is het niet verwonderlijk dat er een significant verschil tussen de overlevingscurven werd gevonden ten gunste van gecombineerde aanpak (Log Rank (2) = 9.34, $p < .01$). Dit betekent dat de snelheid waarmee mensen volledig hervatten significant groter is in de GA groep in vergelijking met zowel de CGT als de CG groep, In de GA groep is de mediaan 122 dagen (gemiddeld 177) terwijl dit in de CGT groep 294 (gemiddeld 256) bedraagt en in de controle groep (CG) bedraagt de mediaan 274 dagen (gemiddeld 252).

4.6 Voorspellers van het effect

Behalve het korte en lange termijn effect is van belang te onderzoeken of er mogelijke voorspellers van deze effecten gevonden kunnen worden, waarmee beter onderbouwd wordt welke interventie voor wie, en mogelijk ook wanneer, het meest geschikt is. Verschillende analyses zijn hiervoor uitgevoerd.

4.6.1 Screeningsvragenlijst

Het doel van de screeningsvragenlijst is het juist doorverwijzen van bepaalde personen naar cognitieve gedragstherapie. Verondersteld werd dat een score 7 op hoger op deze lijst een groter risico op langdurige uitval met zich meedraagt. Mensen met een dergelijke score zouden dan, vanwege de kans op langdurige uitval, eerder voor CGT in

aanmerking komen dan mensen met een lagere score. Deze aannames zijn op twee wijzen getoetst. Ten eerste, omdat in huidig onderzoek deze screeningslijst geen invloed had op de toewijzing aan de begeleidingsvorm, kon de voorspellende waarde van de lijst op de effectiviteit van de verschillende interventies worden onderzocht. Dit is uitgevoerd met behulp van covariantie analyse. Uit de analyses bleek geen voorspellende waarde wat betreft het effect van de interventies.

Ten tweede is onderzocht of deze screeningslijst voorspellend is voor de duur van de uitval. Verwacht werd dat mensen met een hoge score op de screeningslijst langer arbeidsongeschikt zullen blijven dan met een lagere score. Deze hypothese is onderzocht met behulp van survival analyses. In deze survival analyses is gecorrigeerd voor het effect van de interventie. De score op de screeningslijst bleek geen verband te hebben met de duur van de arbeidsongeschiktheid.

4.6.2 *Ernst van de klachten*

Ten tweede is onderzocht of deelnemers met een zeer hoog klachtenniveau (op zowel de DASS als emotionele uitputting) verschillend reageren op de verschillende begeleidingsvormen. Verondersteld werd dat naarmate de klachten ernstiger zijn een meer uitgebreide begeleiding, zoals CGT, een groter effect zich zou geven. De analyses ondersteunen de aanname niet.

4.6.3 *Overige voorspellers*

Ten derde zijn meer exploratieve analyses uitgevoerd. Vanwege allerlei methodologische en statistische aspecten leveren exploratieve analyses niet zozeer harde bewijzen maar veeleer indicaties op. Voor deze analyses zijn eerst veranderingsscores (linear regression residuals) voor zowel korte als lange termijn berekend op de uitkomstmaten arbeidsongeschiktheidspercentage, DASS en UBOS. Deze veranderingsscores zijn vervolgens gecorreleerd met verschillende werk- en persoonskenmerken van de deelnemers. De analyses zijn afzonderlijk gedaan voor beide experimentele condities (CGT en GA). In ogenschouw moet worden genomen dat bij dit soort subgroepanalyses de aantallen klein worden waardoor de kans op toevallige bevindingen toeneemt. Tegelijkertijd neemt de kans af om eventueel aanwezige verbanden ook daadwerkelijk te vinden. Bovendien wordt er soms op de ene variabele wel iets gevonden terwijl dat op de andere variabele niet wordt ondersteund. Dit maakt de interpretatie van deze resultaten complex. Hier zullen alleen de resultaten worden gepresenteerd van variabelen waarvan ook op theoretische grond een effect verwacht kan worden (zoals copingstijl, sociale steun, en belasting) en/of waarvan op begeleidingsinhoudelijke gronden een aannemelijke verklaring gegeven kan worden.

De kenmerken die gecorreleerd zijn met veranderingsscores kunnen verdeeld worden in twee groepen (1) psychologische kenmerken van de persoon en (2) kenmerken van het werk. Het eerste dat opvalt is dat de significante verbanden vrijwel alleen gevonden werden voor de uitkomsten op lange termijn en niet voor de uitkomsten op korte termijn.

Wat betreft persoonskenmerken werden wel enkele verbanden gevonden tussen copingstijl en verschillende subschalen van de DASS en de UBOS. Een palliatieve copingstijl (populair gezegd: alleen 'symptoom bestrijden en geen oorzaken aanpakken') is op de korte termijn positief gecorreleerd met vermindering van emotionele uitputting in de GA groep. Wat betreft de afname van emotionele uitputting, hebben mensen die een sterke palliatieve copingstijl hebben, dus meer baat bij de GA aanpak dan mensen die een weinig palliatieve stijl hebben. Tegelijkertijd werd in de CGT groep op korte termijn een negatief verband gevonden tussen een vermijdende copingstijl (populair gezegd: doen alsof er geen probleem is) en daling van klachten gemeten met de

UBOS. Wat betreft de afname van emotionele uitputting hebben mensen met een weinig vermijdende copingstijl meer baat bij de CTG dan mensen met een sterk vermijdende copingstijl.

Verder bleek in de GA groep een verband tussen lichamelijke belasting en arbeidsongeschiktheidspercentage. Naarmate de lichamelijke belasting hoger is, is de daling in arbeidsongeschiktheidspercentage groter ($r = -.37$). Dit verband werd niet gevonden in de CGT groep. In deze groep vinden we een tendentie voor het tegendeel ($r = .06$). Wel bleek lichamenlijk belasting een negatieve invloed te hebben op de daling van depressieve symptomen op de langere termijn in de GA groep ($r = .39$). Voor mensen met een hogere lichamenlijke belasting heeft de GA groep dus wel een voordeel met betrekking tot werkhervatting, maar juist niet met betrekking tot depressieve klachten. Tegelijkertijd worden er significante verbanden binnen de GA groep gevonden tussen de mate van emotionele belasting en enkele subschalen van de DASS en de UBOS op korte termijn ($r = .36 - r = .55$). Dit verband moet negatief worden geïnterpreteerd, dat wil zeggen dat hoe hoger de emotionele belasting des te minder daling van de psychische klachten. Dit negatieve verband werd niet gevonden in de CGT groep.

Verder bleek dat sociale steun zowel thuis als op het werk een positieve bijdrage te hebben op daling in arbeidsongeschiktheidspercentage op respectievelijk korte en lange termijn in de GA groep en op daling in depressieve- en angstklachten op de lange termijn in de CGT groep ($r = -.43 - r = -.49$). In de GA-groep hebben mensen die veel sociale steun ontvangen met betrekking tot werkhervatting meer baat bij deze begeleiding dan mensen die weinig sociale steun ontvangen. Mensen die veel sociale steun ontvangen in de CGT groep hebben meer baat bij deze begeleiding wat betreft depressie en angst, vergeleken met mensen die weinig sociale steun ontvangen.

4.7 Tevredenheid met en ervaren effectiviteit van de begeleiding

Naast de effectiviteit van de begeleiding op meer objectieve maten is tevens de tevredenheid van de deelnemers met de interventies en de ervaren effectiviteit gemeten. In Tabel 3 staan de gemiddelden en standaarddeviaties op deze vragen weergegeven.

Tabel 3. Gemiddelden op tevredenheid met en ervaren effectiviteit van de interventies op korte en lang termijn.

	CGT		GA		CG	
	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem.	SD
Korte termijn						
Tevredenheid vorm	3.65	1.14	3.46	.88	2.83	1.04
Tevredenheid inhoud	3.45	1.00	3.33	.89	2.89	1.02
Bijdrage aan daling klachten	2.42	1.02	2.07	.92	1.95	1.13
Bijdrage aan werkhervatting	2.53	1.26	2.00	.88	1.83	1.04
Lange termijn						
Tevredenheid vorm	3.93	.68	3.10	.94	2.48	1.08
Tevredenheid inhoud	3.89	.75	3.21	.83	2.78	1.00
Bijdrage aan daling klachten	3.22	.97	1.93	.81	1.59	.85
Bijdrage aan werkhervatting	3.07	1.00	2.04	.88	1.86	1.04

Analyses van de gegevens op korte termijn leverde alleen een marginaal significant effect op tevredenheid met de vorm ($F(2,48) = 3.08, p < .06$). Opgemerkt moet worden dat slechts de helft van de participanten deze vragen hadden ingevuld op de meting na vier maanden, waardoor de kans op significantie sterk verkleint.

Analyses van de gegevens op lange termijn resulteerde in significante verschillen op alle variabelen waarbij CGT significant hoger scoort dan GA en GA hoger dan CG. Variantie-analyse met herhaalde metingen onderbouwt dit beeld. Hierbij werd een stijging in tevredenheid en ervaring gevonden in de CGT groep en een daling in de CG groep, terwijl de GA groep min of meer constant bleef. Ook hier past terughoudendheid met het interpreteren van de resultaten vanwege het grote aantal ontbrekende gegevens.

5 Conclusie en discussie

In het onderhavige onderzoek stonden twee vragen centraal. Ten eerste: wat is het effect op korte en lange termijn van twee experimentele begeleidingsvormen ten opzichte van een controlegroep, bij zelfstandig ondernemers die een beroep doen op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering, als gevolg van milde psychische klachten. Het onderzoek betreft niet de effectiviteit van de begeleidingsvormen bij psychische klachten in het algemeen maar uitsluitend voor klachten die getypeerd kunnen worden als overspannen en/of burnout.

Ten tweede; wat is de voorspellende waarde van een door Interpolis AOV gehanteerd screeningslijst voor verwijzing naar psychologische begeleiding in relatie tot het effect van deze begeleiding. Naast deze twee vragen is in exploratieve zin gezocht naar voorspellers, die de indicatiestelling van uitgevallen ondernemers in de praktijk voor Interpolis AOV kunnen verbeteren.

5.1 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is opgezet als een random gecontroleerd onderzoek. Dit onderzoeksdesign is het meest sterke design inzake therapie effectonderzoek. Dat een dergelijk onderzoek is uitgevoerd binnen de reguliere praktijk is zeer uitzonderlijk. Veelal wordt door praktische overwegingen noodgedwongen gekozen voor een minder sterk design en daarmee ook voor minder krachtige uitspraken. Zo niet in het voorliggende onderzoek, hetgeen als een compliment kan worden beschouwd voor de uitvoerende organisatie, in dit geval Interpolis AOV.

5.2 Controle op de interne en externe validiteit

Vooraleerst de genoemde vragen werden beantwoord is nagegaan of het onderzoek als representatief is voor de gehele populatie zelfstandig ondernemers en daarmee als intern valide kan worden beschouwd. Zo is onder andere nagegaan of de verhouding van branches in de steekproef overeenkomt met de verdeling over heel Nederland, of uitval gedurende het onderzoek selectief is geweest en of de interventie in de gecombineerde aanpak is uitgevoerd conform het protocol. Uit de analyses bleek dat het onderzoek zowel intern (integriteit van de begeleiding) als extern (representativiteit) valide kan worden beschouwd. Hierbij dient wel de aantekening gemaakt te worden dat in dit onderzoek alleen deelnemers met milde psychische klachten zijn ingestroomd. De resultaten in dit onderzoek zijn derhalve niet generaliseerbaar naar zelfstandig ondernemers met meer ernstige psychische klachten zoals, depressie, angststoornissen en overige psychiatrie (NVAB, 2000).

5.3 De effectiviteit van de interventies

Wat betreft het effect van de begeleidingsvormen zijn er verschillende resultaten die opvallend zijn. Ten eerste wordt ongeacht de interventie een daling gevonden wat betreft psychische klachten op de korte termijn, die beklijft op de lange termijn. Psychische klachten zijn in dit onderzoek gemeten met twee vragenlijsten, de DASS en de UBOS. De DASS meet depressieve-, angst- en stressklachten. De UBOS is ontwikkeld

voor het meten van burnout en meet gevoelens van uitputting, betrokkenheid bij het werk en competentiebeleving. Van deze drie subschalen van UBOS is vooral de subschaal 'uitputting' de schaal die gerelateerd is aan psychische klachten, terwijl de subschalen die betrokkenheid en competentiebeleving meten veel meer gerelateerd zijn aan hoe mensen in hun werk staan. Op deze twee laatste subschalen werd geen verandering gevonden.

Op alle subschalen van de DASS en de subschaal 'uitputting' van de UBOS werd op de korte termijn wel een significante daling gevonden, maar deze daling was niet verschillend per conditie. Dat betekent, dat ook in de periode dat de deelnemers in van de controlegroep geen begeleiding ontvingen, zij tussen de eerste en tweede meting significant daalden in mate van psychische klachten³. Met andere woorden ten aanzien van zelfgerapporteerde milde psychische klachten is er sprake van spontaan herstel op de korte termijn. Wel blijkt dat de gemiddelde scores op deze subschalen ook na 10 maanden nog altijd significant hoger te zijn dan de scores van de gemiddelde bevolking. Gezien het hoge klachtenniveau zou onderzoek naar de ontwikkeling van deze klachten verder aandacht behoeven. Met name de kans op recidieven lijkt door het relatief hoge klachtenniveau groter te zijn. Een wetenschappelijk onderbouwing van dit vermoeden ontbreekt evenwel. De kans op recidieven is ook geopperd door de uitvoerders van de cognitieve gedragstherapie, in die zin dat zij aannemen dat door meer uitgebreide en gedegen begeleiding de kans op recidieven kleiner is. Ook voor deze aanname is tot op heden geen wetenschappelijke onderbouwing, maar kan met de huidige steekproef en het registratiesysteem bij Interpolis AOV relatief eenvoudig worden uitgezocht.

Op de uitkomstvariabele arbeidsongeschiktheidspercentage werd naast een daling in alle condities, wél een verschil tussen de condities gevonden, dit in tegenstelling tot de daling bij psychische klachten. Deelnemers die door de arbeidsdeskundigen werden begeleid daalden significant sneller in arbeidsongeschiktheidspercentage dan de deelnemers in de andere twee condities. Tevens is opmerkelijk hier dat de daling bij deelnemers die cognitieve gedragstherapie (CGT) kregen niet verschilde van de daling bij de deelnemers in de controlegroep. Dat wil zeggen dat op alle uitkomstmaten de CGT conditie niet verschilde van de controlegroep.

Wel dient opgemerkt te worden dat er mogelijk sprake is van een bias op de uitkomstmaat arbeidsongeschiktheidspercentage. De arbeidsdeskundigen voerden niet alleen de interventie in de GA groep uit, maar bepaalden tevens het arbeidsongeschiktheidspercentage. Een grotere daling in dit percentage kan erop wijzen dat de GA beter resultaat heeft dan de andere groepen. Hier kan de arbeidsdeskundige mee gebaat zijn omdat het zijn/haar positie binnen Interpolis AOV versterkt. Aan de andere kant is er, zoals eerder aangegeven, ook sprake van een spanningsveld tussen beoordelen en begeleiden. Als de beoordeling van het arbeidsongeschiktheidspercentage niet door de deelnemer geaccepteerd zou worden, kan dat negatieve consequenties hebben voor op de klachtontwikkeling; deze zouden kunnen verergeren. Er zijn geen aanwijzingen in het onderzoek dat dit het geval is geweest. Bovendien zou een 'oneigenlijk' lage inschatting van het arbeidsongeschiktheidspercentage tot recidieven of terugval op langere termijn kunnen leiden, omdat deelnemers te snel gedwongen het werk weer hebben hervat. Ook hiervoor werd in dit onderzoek geen aanwijzing gevonden, zodat in dit onderzoek

³ Op de lange termijn daalt de controle groep ook op stress en emotionele uitputting, terwijl de daling tussen T1 en T2 bij de experimentele condities niet meer significant is.

ervan uit wordt gegaan dat de beoordeling van het arbeidsongeschiktheidspercentage betrouwbaar en valide is uitgevoerd.

Een voor Interpolis AOV belangrijke uitkomstmaat is de duur van de uitval. De duur van de uitval is direct gekoppeld aan het uit te keren bedrag. De duur tot werkhervatting is op twee manieren onderzocht. Ten eerste is onderzocht of er verschillen zijn tussen de condities wat betreft het moment tot de eerste (partiele) werkhervatting. Ten tweede is onderzocht of er verschillen zijn tussen de condities in de duur tot volledig werkhervatting. Uit de analyses bleek, hetgeen uiteraard overeenkomt met de analyses op de arbeidsongeschiktheidspercentages, dat zowel op de duur tot partiële werkhervatting als op de duur tot volledige werkhervatting de deelnemers in de GA groep significant eerder hervatten dan de deelnemers in de andere condities. In vrijwel alle gevallen is er sprake geweest van partiële werkhervatting, veelal tussen de 25 en 50 procent. Echter het aantal deelnemers dat volledig is hervat was in de GA groep 75% terwijl dit in de twee andere groepen slechts 50% betrof. Dit percentage is ook in recent ander onderzoek gevonden (Houtman et al, 2002). In dit onderzoek is een cohort van 600 langdurig verzuimende werknemers met psychische klachten gevolgd. Ongeveer 50% van dit cohort was binnen één jaar weer volledig aan het werk.

Ook de gemiddelde duur tot volledige werkhervatting was aanzienlijk en verschilde ongeveer 200 dagen in het voordeel van de GA groep. Aangezien het gemiddeld arbeidsongeschiktheidspercentage in de periode 100 tot 300 dagen in de CG en CGT groep ongeveer 50% bedroeg betekent de inzet van arbeidsdeskundigen zoals uitgevoerd in dit onderzoek een zeer omvangrijke kostenbesparing. Uitgaande van 300 gevallen op jaarbasis, bij een gemiddelde uitkering (op basis van 50% AO) van 1000 euro per maand kan een besparing worden gerealiseerd van rond de 1.8 miljoen euro.

Wat betreft de GA begeleiding zien we dat deze begeleiding, zoals eerder vermeld, superieur is op het gebied van daling van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Het feit dat mensen uit de GA conditie een sterkere daling in arbeidsongeschiktheidspercentage hebben, gaat echter niet hand in hand met een soortgelijke sterkere daling van psychische klachten. Het gegeven van een verschil in effect tussen enerzijds arbeidsongeschiktheid en anderzijds klachtenniveau is niet nieuw. Eerder onderzoek onder werknemers liet eveneens een verschil in verzuimduur zien, maar geen verschil tussen klachten (Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2003; Nieuwenhuijsen, de Boer, Verbeek, Blonk & Van Dijk, 2003). Verzuimduur, of bij zelfstandig ondernemers, arbeidsongeschiktheidspercentage, is niet alleen gerelateerd aan klachten. Er zijn tal van andere factoren die van invloed zijn op uitval en werkhervatting. Zo werd in het huidige onderzoek een verband gevonden tussen de daling in arbeidsongeschiktheidspercentage op korte termijn en sociale steun in de thuissituatie. Bovendien vonden we een verband tussen de daling in arbeidsongeschiktheidspercentage op lange termijn en sociale steun in de werksituatie. Met andere woorden werkhervatting lijkt voor een deel gepaard te gaan met een ondersteunende thuissituatie. Op langere termijn lijkt ondersteuning in het werk door anderen juist bij te dragen aan het oppakken van het werk.

Het blijft opmerkelijk dat zowel een enigszins globale, overigens op de gedragstherapie gestoelde, advisering op het terrein van stressmanagement door de arbeidsdeskundige, als een meer diepgaande stressmanagement benadering in de cognitieve gedragstherapie geen significant effect te zien geven op psychische klachten ten opzichte van de controlegroep. Het is opmerkelijk omdat vanuit verschillende overwegingen cognitieve gedragstherapie als eerst aangewezen begeleidingsvorm bij stress of milde psychische klachten wordt geadviseerd.

Dit advies is op tenminste twee overwegingen gestoeld. De eerste overweging betreft een onderzoek naar preventieve stressmanagement trainingen (Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2001) waaruit bleek dat cognitief gedragstherapeutisch georiënteerde trainingen het grootste effect geven op klachtenreductie. Op verzuimduur werden overigens geen effecten gevonden van deze preventieve stressmanagement trainingen. De tweede overweging is van meer theoretische aard. Mensen die uitvallen met milde psychische klachten rapporteren deels dezelfde klachten als mensen met een depressie en/of angststoornis. Wetenschappelijk onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat cognitieve gedragstherapie de eerst aangewezen behandeling is voor mensen die lijden aan een depressie en/of een angststoornis. Als voor deze aandoeningen CGT geïndiceerd is, is het aannemelijk dat dit type interventie ook geïndiceerd is bij vergelijkbare maar mildere klachten. Echter, zowel in dit onderzoek als in het onderzoek bij werknemers door Van der Klink et al (2003) wordt geen significant sterkere daling in klachten gevonden bij een cognitieve gedragstherapie groep ten opzichte van een controlegroep.

Het is mogelijk dat mildere psychische klachten eigenlijk vanzelf zonder behandeling verminderen, zoals ook blijkt uit de daling in klachten in de controlegroep. Dit betekent voor wat betreft puur klachtenreductie, dat de in dit onderzoek ingezette interventies, niet direct ingezet zouden hoeven worden. Wat wel blijkt is dat mensen minder snel terugkeren naar hun werk als niet geïntervenieerd wordt. Het zou dus zo kunnen zijn dat, indien er geen directieve begeleiding wordt in gezet, mensen geneigd zijn om vooral gericht te zijn op hun klachten en daardoor niet teruggaan naar het werk. Nader onderzoek, met name naar werkhervatting en de rol die dit kan hebben bij het herstel van de klachten, zal meer inzicht moeten verschaffen in het optimaliseren van de begeleiding van mensen met milde psychische klachten.

5.4 Voorspellers van het effect

Het gegeven dat er geen verschil in effectiviteit werd gevonden op klachtreductie tussen de condities kan ook het gevolg zijn van dat verschillende subgroepen anders reageren op de verschillende begeleidingsvormen. Om te onderzoeken of en welke subgroepen mogelijk meer of minder baat hebben bij CGT of GA zijn verschillende analyses uitgevoerd. De resultaten van deze analyses geven een gemêleerd beeld. Op de ene uitkomstvariabele, bijvoorbeeld het arbeidsongeschiktheidspercentage, worden andere factoren gevonden dan op de andere uitkomstvariabele zoals de DASS. Zelfs tussen beide klachtenmaten (de DASS en de UBOS) worden verschillende resultaten gevonden. Bij de interpretatie van deze resultaten moet dus de nodige voorzichtigheid worden betracht.

Om gezien de kleine aantallen echter niet het risico te lopen 'het kind met het badwater weg te gooien' staan derhalve in de resultaten sectie wel de verschillende uitkomsten beschreven. In de discussie focussen we op een trend in de gegevens die op inhoudelijke gronden goed te verklaren is en bruikbaar kan zijn in de praktijk. Deze trend heeft betrekking op de factoren lichamelijke en emotionele belasting. Uit eerdere analyses is gebleken dat de GA betere effecten weet te behalen dan de twee andere begeleidingsvormen, uit deze aanvullende analyses is gebleken dat dit met name het geval is voor mensen met een lage emotionele belasting en een hoge lichamelijke belasting. Aanvullend vinden we een trend in de gegevens dat deelnemers met een lage lichamelijke belasting en/of een hoge emotionele belasting in het werk meer baat hebben bij de CGT begeleiding.

Een mogelijk verklaring voor dit verschil is dat de deelnemers met een hoge lichamelijke belasting vooral in de agrarische sector werkzaam zijn. De arbeidsdeskundigen in dit onderzoek zijn goed op de hoogte van de situatie in de agrarische sector en soms zelf afkomstig uit die sector, zodat adviezen die gegeven worden eerder worden aangenomen dan van een psycholoog die weinig van de specifieke omstandigheden kennis heeft. Andersom zullen mensen met een hoge emotionele belasting in het werk mogelijk meer en makkelijker de adviezen van de psycholoog aannemen dan van een arbeidsdeskundige. Het is een bekend fenomeen dat gedragsverandering groter is naarmate er meer gezag wordt toegeschreven aan de begeleider. De resultaten in dit onderzoek lijken daarom een beleid te ondersteunen waarbij rekening wordt gehouden met de 'match' tussen de begeleider en zelfstandig ondernemer.

Verder is onderzocht of CGT bij mensen met een relatief hoog klachtenniveau een groter effect heeft dan de andere begeleidingsvormen. Verondersteld werd dat mensen met een hoog klachtenniveau ook een meer intensieve begeleiding als CGT nodig hebben. De resultaten ondersteunen deze aanname niet. Blijkbaar is het verschil tussen een hoog en een laag klachtenniveau binnen de groep milde psychische klachten onvoldoende onderscheidend. Onderzoek onder werknemers liet wel een verschil zien tussen mensen met milde psychische klachten en mensen met een depressie of angststoornis (Nieuwenhuijsen, de Boer, Verbeek, Blonk & Van Dijk, 2003). In het huidige onderzoek zijn zelfstandig ondernemers met ernstige psychische klachten echter uitgesloten van deelname, zodat hier ten aanzien van dit aspect geen uitspraak kan worden gedaan.

5.5 Tevredenheid van de deelnemers met de begeleiders

Hoewel uit het onderzoek blijkt dat deelnemers in de GA conditie gemiddeld een grotere daling in arbeidsongeschiktheidspercentage laten zien dan in de CGT conditie, is de bijdrage van deze begeleidingsvorm aan de werkhervatting in de beleving van de deelnemers significant geringer dan bij de deelnemers in de CGT conditie. In het huidige onderzoek is aan de deelnemers gevraagd of zij tevreden waren over de vorm en inhoud van de begeleiding en of de begeleiding heeft bijgedragen aan klachtreductie en werkhervatting. Op korte termijn, na vier maanden begeleiding, was er geen significant verschil tussen de condities. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat er veel ontbrekende gegevens waren op deze items, waardoor verschillen niet meer significant werden. Wel is het gemiddelde in de CGT groep hoger dan in de GA groep, die op haar beurt weer hoger is dan in de controlegroep. Op de lange termijn, na tien maanden zijn deze verschillen wel significant. Dit komt vooral doordat er daar minder ontbrekende gegevens waren.

Klanttevredenheid is een belangrijke variabele voor organisaties die producten en diensten verkopen. In dit onderzoek worden wat betreft klanttevredenheid tegenstrijdige resultaten gevonden. Gemiddeld lijken de deelnemers in de CGT conditie het meest tevreden, gevolgd door respectievelijk de GA groep en de controlegroep. Op de lange termijn lijken de resultaten een ander beeld op te leveren, echter door ontbrekende gegevens is geen eenduidige uitspraak te doen over klanttevredenheid.

5.6 Voorspellende waarde van de screeningsvragenlijst

De tweede vraag in dit onderzoek betrof de voorspellende waarde van een screeningsvragenlijst. Verondersteld werd dat deelnemers met een score op deze lijst boven een bepaald criterium een groter risico hebben op langdurige uitval en daardoor meer baat zouden hebben bij CGT dan bij andere begeleidingsvormen. De resultaten in dit onder-

zoek ondersteunen deze veronderstellingen niet. Dit is op zich niet verrassend aangezien zowel de theoretische als de empirische onderbouwing van deze screeningslijst zeer mager is, dan wel ontbreekt. De items van deze lijst zijn afgeleid uit het literatuuronderzoek dat bureau Astri heeft uitgevoerd voor de commissie Donner over psychische arbeidsongeschiktheid. Uit dit literatuuronderzoek kwamen een aantal factoren naar voren die verband hielden met WAO intrede op psychische gronden. Onduidelijk is echter (1) of er een causale relatie is tussen deze factoren en WAO intrede, (2) of deze factoren ook gelden voor zelfstandig ondernemers en (3) of deze factoren ook verband houden met uitval in een beginstadium i.p.v. langdurige uitval zoals bij WAO intrede.

Recent is onderzoek uitgevoerd onder verzuimende werknemers met psychische klachten dat meer empirische onderbouwing geeft van voorspellende factoren. In dit prognostische cohort onderzoek (Nieuwenhuijsen, de Boer, Verbeek, Blonk & Van Dijk, 2003) kwamen vier factoren naar voren die verband houden met een langere uitval, te weten (1) ouder dan 50 jaar, (2) de verwachting van de werknemer dat het verzuim langer dan drie maanden gaat duren, (3) een hoger dan gemiddeld opleidingsniveau en (4) een diagnose depressie of angststoornis. Hoe en op welke wijze deze factoren ook gelden voor zelfstandig ondernemers zal nieuw onderzoek moeten uitwijzen.

5.7 Slot

Het huidige onderzoek is het eerste random gecontroleerde onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapie en een innovatieve gecombineerde aanpak bij mensen met milde arbeidsgerelateerde psychische klachten. Opmerkelijk is dat op alle uitkomstmaten de door veel wetenschappers en therapeuten geïndiceerde cognitieve gedragstherapie niet beter scoort dan een controlegroep waarin geen begeleiding werd gegeven. Een kortdurende begeleiding door arbeidsdeskundigen die getraind zijn in stress management technieken bleek wel effectiever dan de controlegroep, echter alleen op de uitkomstvariabele arbeidsongeschiktheidspercentage. Daarnaast lijkt er een trend te zijn waarbij ondernemers met een hoge fysieke belasting meer baat hebben de gecombineerde aanpak uitgevoerd door de arbeidsdeskundigen en ondernemers met een hoge emotionele belasting in het werk meer baat hebben bij de CGT uitgevoerd door psychologen. Het klachtenniveau van de deelnemers was ook tien maanden na aanvang van de begeleiding nog significant hoger dan de open bevolking. Dit kan betekenen dat deze mensen een verhoogd risico hebben op recidieven. Toekomstig onderzoek zal dit uit moeten wijzen.

6 Aanbevelingen

- Dit onderzoek onderbouwt de inzet van in stress management technieken getrainde arbeidsdeskundigen in een vroeg stadium van uitval. De inzet van intensievere psychologische begeleiding lijkt pas zinvol nadat een de arbeidsdeskundige begeleiding geen effect heeft. Hoewel een tijds criterium hierin moeilijk is aan te geven lijkt een periode van twee tot drie maanden voldoende om in te schatten of de arbeidsdeskundige begeleiding voldoende effect zal hebben.
- De ‘match’ tussen de arbeidsdeskundige en de zelfstandig ondernemer lijkt van belang voor de effectiviteit de begeleiding. Overwogen kan worden niet alleen een regionale verdeling te hanteren voor de arbeidsdeskundigen maar ook naar branche.
- Het gebruik van de screeningsvragenlijst voor de verwijzing naar intensievere psychologische begeleiding wordt afgeraden. Bij gebrek aan onderzoek onder zelfstandig ondernemers ligt het voor de hand de criteria die zijn gevonden bij werknemers te hanteren als indicatie voor verwijzing naar intensievere begeleiding. Hoger opgeleid, een verwachting dat werkhervatting langer dan drie maanden gaat duren, meer ernstige psychische klachten en een hoger leeftijd zijn dan de criteria die gehanteerd kunnen worden.
- Inzet van psychologische begeleiding bij meer ernstige psychische klachten zoals depressie en angststoornissen ligt voor de hand maar vereist wel een goede diagnostiek aan het begin van de uitval. Het wordt daarom aanbevolen adviserend artsen in te zetten die voldoende geschoold zijn in de diagnostiek van psychische klachten.
- Verdere ondersteuning ten behoeve van een verdere professionalisering van zowel arbeidsdeskundigen als claimbehandelaars op het gebied van diagnostiek en begeleiding is van belang om de gevonden effecten ook in de toekomst te realiseren.
- Vervolgonderzoek zou zich op twee aspecten kunnen richten. Een belangrijk bevinding is dat de score van de deelnemers op de klachten relatief hoog is ten opzichte van de normgegevens. Onderzoek naar recidieven licht derhalve voor de hand. Een tweede aspect betreft de groep zelfstandigen met ernstigere psychische klachten, in het bijzonder Angststoornissen en Depressie. Onderzoek naar de optimale afstemming van arbeidsdeskundig handelen en therapeutische begeleiding kan mogelijk een bijdrage leveren aan en sneller herstel in termen van zowel klachtreductie als werkhervatting.

7 Literatuur

ABBEY A & ABRAMIS D.J. (1985). Effects of Different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6 (2), 111-129.

BEURS E de, DYCK R van, MARQUENIE L, LANGE A & BLONK RWB (2001). De DASS: een instrument voor het meten van depressie, angst en stress, *Gedragstherapie*, 34, 35-51.

BLONK RWB (2002). Normscores voor de DASS: Intern rapport. Hoofddorp: TNO Arbeid.

BLONK RWB & KLINK JJL van der (1999). De effectiviteit van stressmanagement: een literatuur overzicht. *Gedrag en Organisatie*, 6,326-334.

DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment choice in psychological therapies and counselling (2001). London, HMSO.

HOUTMAN ILD, SCHOEMAKER CG, BLATTER BM, VROOME EMM, van de BERG R & BIJL RV. (2002). Psychische klachten, interventies en werkhervatting.. Hoofddorp: TNO Arbeid.

KARASEK R., BRISSON C., KAWAKAMI N., HOUTMAN I & BONGERS P. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 322- 355.

KLINK JJL vd, BLONK RWB, SCHENE AH, DIJK FJH v. (2003). The effectiveness of an activating intervention for adjustment disorders with occupational dysfunctioning. *Occupational and Environmental Medicine* 2003.

KLINK JJL vd, BLONK RWB, SCHENE AH, DIJK FJH v. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health* 2001;91:270-6.

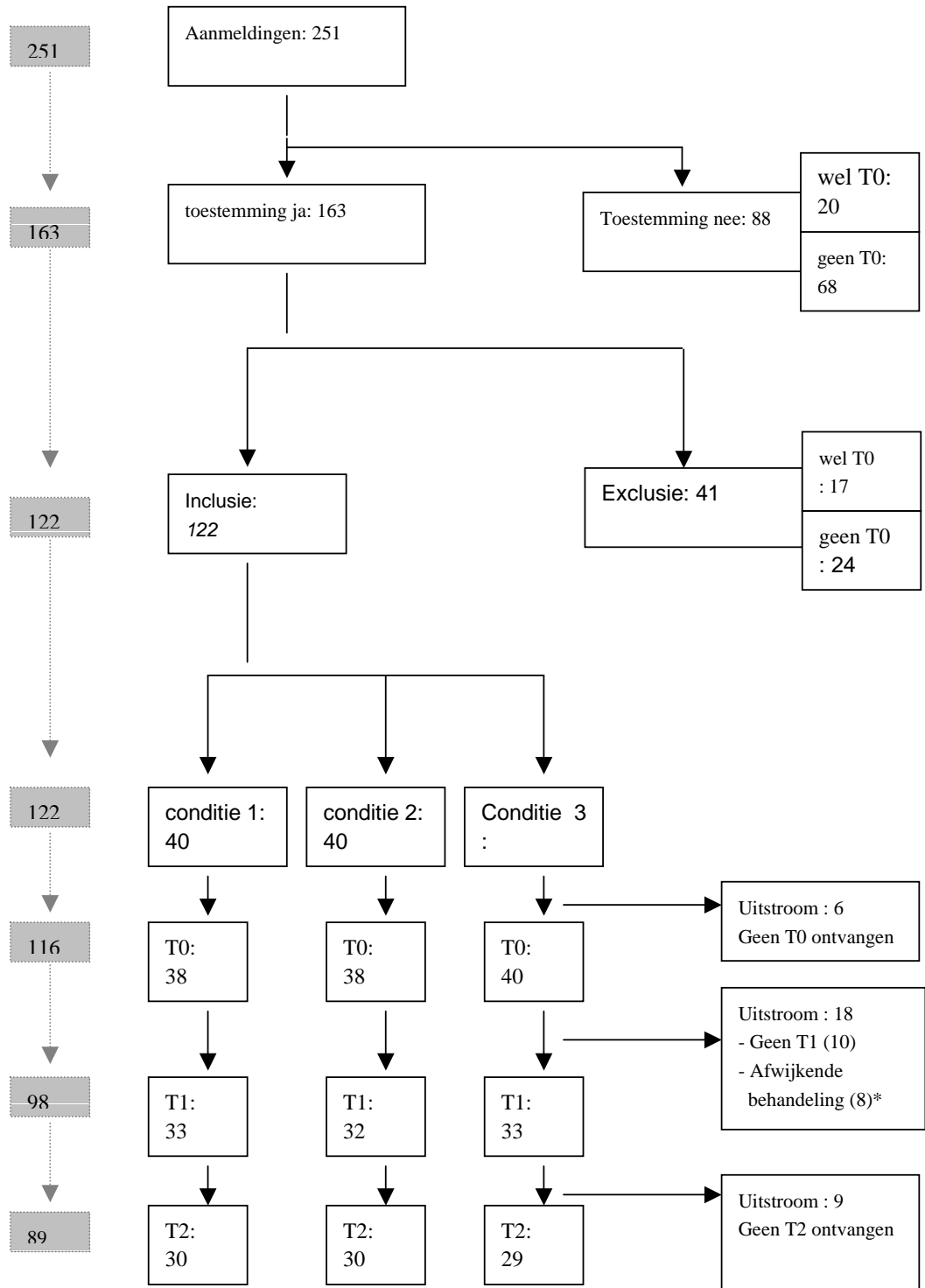
KLINK JJL (2002). Back in balance. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ARBEID- EN BEDRIJFSGENEESKUNDE. (2000). Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Amsterdam: NVAB.

NIEUWENHUIJSEN K, BOER AGEM de, VERBEEK JHAM, BLONK RWB & DIJK FJH van (2003). Predicting return to work in patients with common mental disorders in occupational health care (submitted).

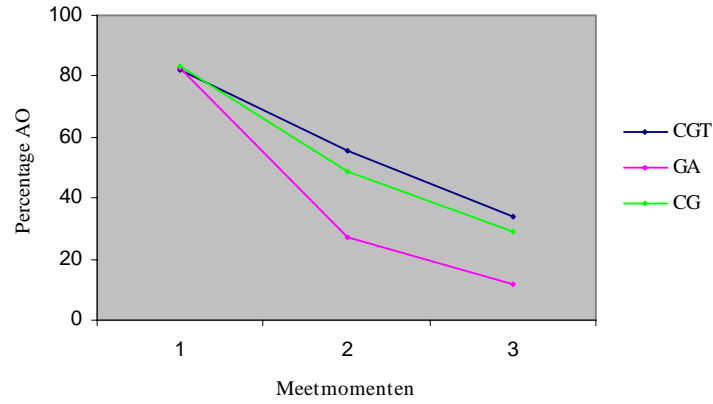
SCHAUFELI WB & DIERENDONCK D (2000). UBOS -- Utrechtse Burnout Schaal. Handleiding. Lisse: Swets Test Services.

Bijlage 1: Stroomschema PPAZ onderzoek



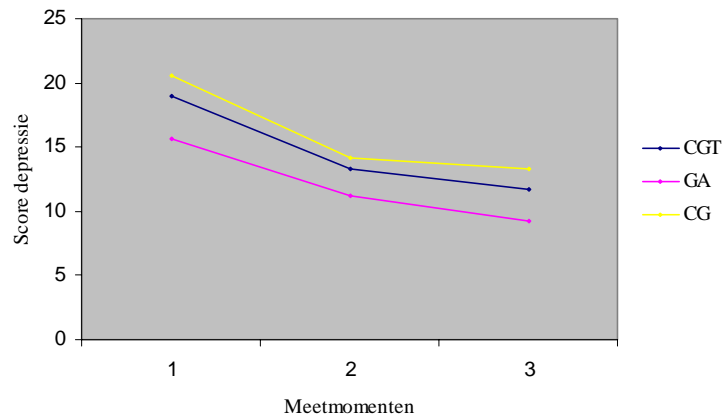
* Een aantal (8) deelnemers is uit de analyses weggelaten, aangezien hun behandeling afweek van de conditie waarin ze ingedeeld waren (Deze mensen hadden bijvoorbeeld HSK begeleiding ontvangen, terwijl ze in de controlegroep ingedeeld waren).

Bijlage 2: Grafieken



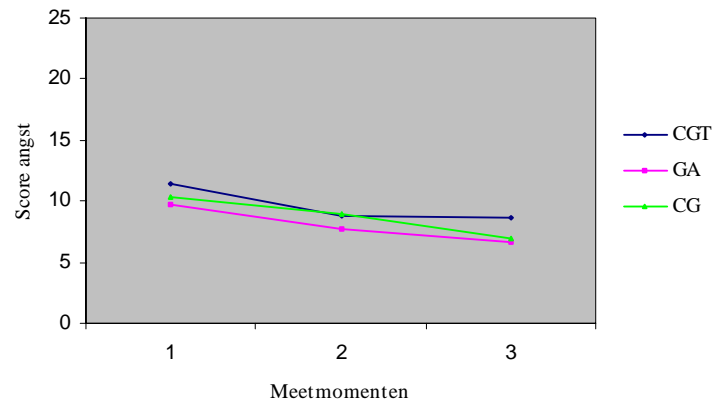
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 3. Grafische weergave van het verloop van het arbeidsongeschiktheidspercentage op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



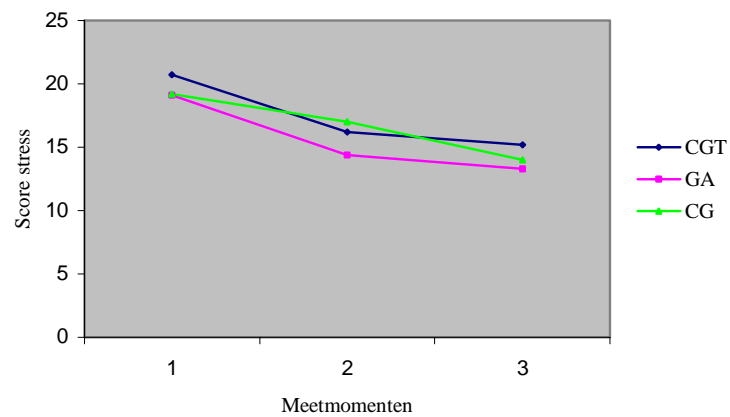
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 4. Grafische weergave van het verloop van depressieve symptomen op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



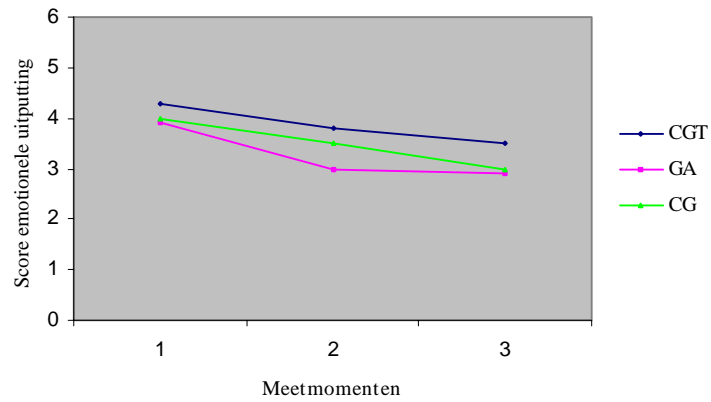
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 5. Grafische weergave van het verloop van angst symptomen op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



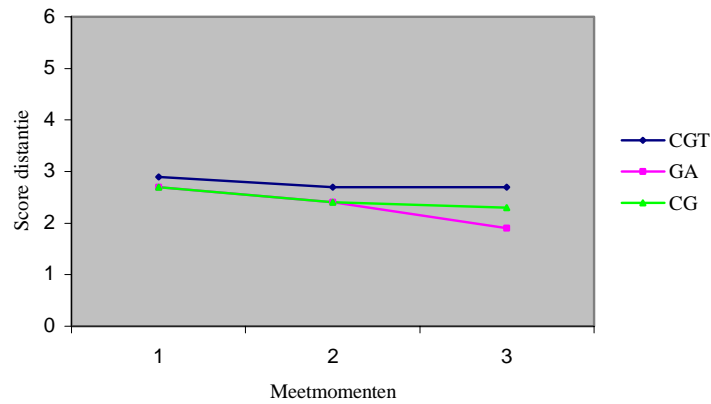
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 6. Grafische weergave van het verloop van stress symptomen op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



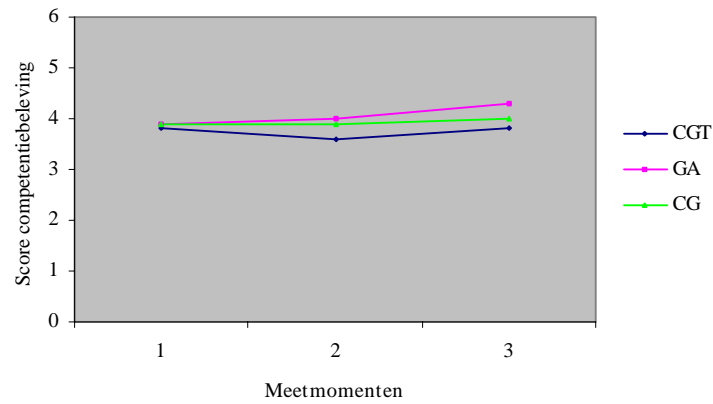
CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 7. Grafische weergave van het verloop op de subschaal emotionele uitputting op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 8. Grafische weergave van het verloop op de subschaal distantie op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities



CGT = Cognitieve gedragstherapie, GA = Gecombineerde aanpak, CG = Controle groep

Figuur 9. Grafische weergave van het verloop op de subschaal competentiebeleving op 0, 4 en 10 maanden voor de drie condities.