

TNO-rapport

GGZ-arbeidshulpverlening werkt

De evaluatie van het zorgproces en de effecten van
behandeling bij cliënten met arbeidsgerelateerde
psychische klachten

J. van Reeuwijk-Werkhorst
M.L. Verlaan
L.E. Spohr

TNO-rapport
Managementversie

TNO Preventie en Gezondheid
PG/K&D/2004.058

GGZ-arbeidshulpverlening werkt

De evaluatie van het zorgproces en de effecten van behandeling bij cliënten met arbeidsgerelateerde psychische klachten

TNO Preventie en Gezondheid draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven en de toename van het aantal gezonde levensjaren van de mens. Het onderzoek en advieswerk richten zich op verbetering van de gezondheidszorg in alle levensfasen.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek TNO

Rapport opgesteld door TNO Preventie en Gezondheid

Auteurs: J. van Reeuwijk-Werkhorst

M.L. Verlaan

L.E. Spohr

Met bijdrage van:

W.E. van der Weide

A. Rijpstra



Opdrachtgever: GGZ Nederland

Maart 2004

TNO-rapport
PG/K&D/2004.058

GGZ-arbeidshulpverlening werkt

De evaluatie van het zorgproces en de effecten van behandeling bij cliënten met arbeidsgerelateerde psychische klachten

TNO Preventie en Gezondheid

Kwaliteit en Doelmatigheid
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Het kwaliteitssysteem van TNO Preventie en Gezondheid voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande 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 onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2004 TNO Preventie en Gezondheid

Publicatienummer van GGZ Nederland 2003-244L

Bestelwijze:

Dit rapport is per fax (030-2894870) of per e-mail (repro@ggz nederland.nl) te bestellen bij GGZ Nederland o.v.v. het publicatienummer

Prijs: € 16

Inhoudsopgave

1	Opdracht	5
1.1	Achtergrond	— 5
1.2	Doelstelling en vraagstellingen	— 5
2	Aanpak	— 7
2.1	Onderzoeksgroep	— 7
2.2	Methode	— 7
3	Resultaten	9
3.1	Kenmerken cliëntengroep	— 9
3.2	Proceskenmerken	— 11
3.3	Effecten behandeling	— 15
4	Conclusies en aanbevelingen	— 19
4.1	Conclusies	— 19
4.2	Aanbevelingen	— 19
5	Literatuur	— 21

1 Opdracht

1.1 Achtergrond

In het kader van het project Arbeid als Speerpunt ontwikkelde GGZ Nederland in samenwerking met een aantal ggz-instellingen in de regio's Arnhem, Haaglanden en Utrecht een hulpverleningsaanbod, het programma Arbeid, voor cliënten met arbeidsgerelateerde psychische klachten (GGZ Nederland, 2001). Hiermee beoogt zij een substantiële bijdrage te leveren aan het terugdringen van arbeidsuitval om psychische redenen, door middel van het verbeteren van de zorgketen en zorg bij arbeidsrelevante problematiek en het ontwikkelen van instrumenten ter bekorting van wachttijden (= beschikbare gelden, snelle intake, kortdurende behandeling).

In de pilotregio's Arnhem, Haaglanden en Utrecht wordt sinds 2000 gewerkt aan deze doelstellingen. Aan het programma Arbeid is een evaluatieonderzoek gekoppeld, dat uit twee delen bestaat. In dit rapport wordt verslag gedaan van het 'cliëntgebonden onderzoek', waarbij het primaire patiëntgebonden zorgproces en de effecten van behandeling in het programma Arbeid worden getoetst en beschreven. Het is een verkorte versie van het uitgebreide onderzoeksverslag dat onder dezelfde titel verscheen (Van Reeuwijk-Werkhorst et al. 2003). Het andere deel betreft het ketenonderzoek, waarbij de samenwerking is geëvalueerd tussen ggz-instellingen en arbodiensten waarover eerder is gerapporteerd (Van der Weide & Duijsters, 2003).

1.2 Doelstelling en vraagstellingen

Met het hier beschreven onderzoek beoogt GGZ Nederland de kenmerken van de cliëntengroep en het primaire cliëntgebonden zorgproces te beschrijven - van aanmelding tot en met beëindiging van de behandeling - alsmede de effecten van de zorgverlening te analyseren. Ook zijn waar mogelijk de verschillen in kenmerken van de cliëntengroep, in proceskenmerken en in de effecten van behandeling tussen de regio's getoetst. De volgende vraagstellingen zijn daarbij beantwoord:

Kenmerken cliëntengroep

1. Welk deel van de cliënten dat wordt aangemeld komt in behandeling (groeps- en individueel) in het programma Arbeid?
2. Welke diagnoses hebben de cliënten die in behandeling worden genomen (DSM IV as 1, 2 en 5 (GAF-score))?
3. Wat is het klachtenniveau van de cliënten bij de intake voor behandeling in het programma Arbeid?
4. Wat is de verzuimsituatie van de cliënten bij de intake voor behandeling in het programma Arbeid?

Proceskenmerken

5. Naar welke soorten behandelingen stromen de cliënten in?
6. Wat zijn de diverse doorstroomtijden van cliënten binnen de ggz-instelling?
7. Wat zijn de informatiestromen tussen een ggz-instelling en een arbodienst (communicatie voorafgaand en tijdens behandeling)?

Effecten behandeling

8. Wat is het verschil in klachten tussen de voor- en nameting bij de groep cliënten die een behandeling hebben doorlopen in het programma Arbeid?
9. Wat zijn de resultaten ten aanzien van werkhervatting, toename inzicht in problematiek, verandering cognities en verbetering van vaardigheden?
10. Wat is de tevredenheid van de cliënten aan het einde van de behandeling?

2 Aanpak

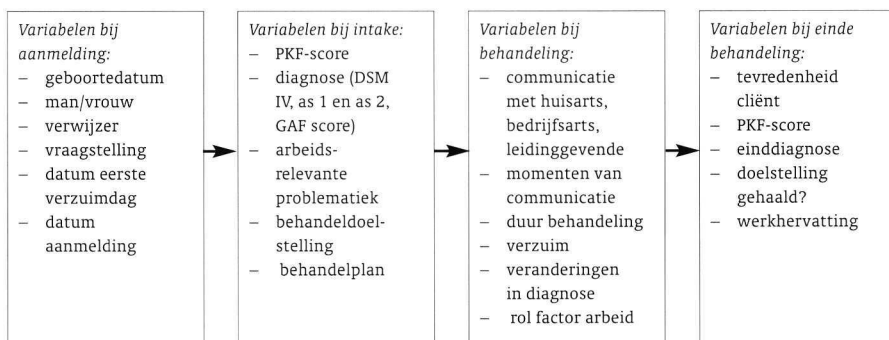
2.1 Onderzoeksgroep

De onderzoekspopulatie bestond uit mensen die vanwege psychische problemen arbeidsongeschikt dreigden te worden of die hierdoor van hun werk (dreigden te) verzuimen. Het ging om cliënten uit de regio's Arnhem, Haaglanden en Utrecht bij wie sprake was van milde tot matig ernstige arbeidsrelevante psychische problematiek. Ook betrof het vrijwel uitsluitend cliënten die voor behandeling zijn verwezen door de bedrijfsarts van een arbodienst die een contract heeft met een ggz-instelling. Een uitzondering hierop vormde de regio Haaglanden waar ook cliënten die door een ander type verwijzer dan de bedrijfsarts werden verwezen in het onderzoek werden betrokken. In de beide andere regio's waren ook enkele cliënten door een andere verwijzer verwezen dan de bedrijfsarts. De evaluatieperiode liep van maart 2002 tot en met september 2003.

2.2 Methode

Per cliënt is tijdens de verschillende fasen voorafgaand aan en bij afsluiting van de behandeling bij de ggz-instelling schriftelijk een aantal gegevens verzameld, vanaf het moment van aanmelding voor het programma Arbeid tot aan het einde van de behandeling (figuur 1). Zowel de hulpverlener als de cliënt zelf vulden hiervoor een aantal vragenlijsten in. Voor de hulpverleners zijn hiervoor vier registratieformulieren ontwikkeld (aanmelding en verwijzing, intake, behandeling, einde behandeling). Voor de cliënten is gebruik gemaakt van de GGZ Thermometer (Trimbos-Instituut/GGZ Nederland, 2001) en de samengestelde vragenlijst Psychische Klachten en Functioneren (PKF) (SKB, 2002), die de mate van psychische klachten en functioneren meet aan de hand van de schalen: vier dimensionale klachtenlijst (4DKL), de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) (schaal herstelbehoefte) en de Checklist Individual Strength (CIS-20).

Figuur 1 Onderzoeksmodel



3 Resultaten

In de volgende paragrafen worden per onderdeel de belangrijkste resultaten beschreven aan de hand van de vraagstellingen van het onderzoek.

3.1 Kenmerken cliëntengroep

1. Welk deel van de cliënten dat wordt aangemeld komt in behandeling (groeps- en individueel) in het programma Arbeid?

Gedurende de pilotperiode werden 395 cliënten aangemeld die mogelijk in aanmerking kwamen voor deelname aan het programma Arbeid. Na het intake gesprek kon om verschillende redenen blijken dat een cliënt niet deel zou nemen aan het programma Arbeid. Redenen waren bijvoorbeeld dat de cliënt hiervoor toch geen indicatie had, of dat de cliënt ondanks een geschikte indicatie niet kwam opdagen of vroegtijdig besloot te stoppen met de behandeling. 277 cliënten stemden in met deelname aan het onderzoek en 30 cliënten gaven aan hier niet of slechts deels aan mee te willen werken.

Van 82 cliënten zijn alle gewenste gegevens verzameld. Van nog eens 81 cliënten zijn op een paar vragenlijsten na, die door de cliënten zelf ingevuld moesten worden, alle gegevens verzameld. Daarnaast zijn van 119 cliënten alleen gegevens via de hulpverlener verzameld.

De gemiddelde leeftijd van de totale cliëntengroep is 41,8 jaar en iets meer dan de helft van de cliënten is vrouw. De cliënten uit de regio Arnhem zijn gemiddeld wat jonger dan cliënten uit de beide andere regio's. Opvallend is dat 41% van de cliënten hoog is opgeleid. Een vijfde van de cliënten heeft een leidinggevende functie.

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van cliënten in het programma Arbeid

Kenmerken	Arnhem (n=29)	Haaglanden (n=116)	Utrecht (n=53)	Totale groep (n=198)
GEMIDDELDE				
LEEFTIJD IN JAREN (SD)	37,1 (10,1)	43 (9,6)	41,8 (9,2)	41,8 (9,8)
GESLACHT				
man	38%	51%	43%	47%
vrouw	62%	49%	57%	53%
OPLEIDING				
Basisonderwijs	-	7%	8%	6%
MAVO	7%	13%	10%	11%
Voorbereidend beroepsonderwijs	10%	4%	14%	7%
HAVO/VWO	8%	11%	7%	10%

Kenmerken	Arnhem (n=29)	Haaglanden (n=116)	Utrecht (n=53)	Totale groep (n=198)
MBO	45%	21%	22%	25%
HBO/WO	31%	44%	40%	41%
LEIDINGGEVENDE FUNCTIE	14%	22%	23%	21%

De vraag van de verwijzers bestond grotendeels uit de vraag om behandeling (89%). Bij 9% van de verwijzingen ging het om de vraag voor aanvullende diagnostiek. In Arnhem is in verhouding meer dan in de regio Utrecht en Haaglanden verwezen met de vraag voor aanvullende diagnostiek en in mindere mate voor behandeling.

Tabel 2 Vragen van de verwijzers

Vraag verwijzer	Arnhem (n=37)	Haaglanden (n=126)	Utrecht (n=95)	Totale groep (n=258)
Aanvullende diagnostiek	24%	8%	4%	9%
Behandeling	68%	90%	95%	89%
Second opinion	-	1%	-	-
Anders	8%	1%	1%	2%

In overeenstemming met de opzet van het onderzoek bleek het merendeel van de cliënten te zijn verwezen door de bedrijfsarts (83%). In de regio Haaglanden was daarnaast, volgens afspraak, ook door andere disciplines verwezen, maar ook in de regio Arnhem bleek een, weliswaar klein, deel van de cliënten via een andere verwijzer dan de bedrijfsarts te zijn verwezen.

2. Welke diagnoses hebben de cliënten die in behandeling worden genomen (DSM IV as 1, 2 en 5 (GAF-score))?

Volgens de DSM IV as I classificatie bleek de grootste groep cliënten aanpassingsstoornissen (37%) of stemmingsstoornissen (29%) te hebben. Ruim driekwart van de cliënten is niet geclassificeerd met behulp van as II van de DSM IV. Bij navraag bij deskundigen bleek dat het niet gebruikelijk is het toestandsbeeld van de cliënt bij intake of aanvang van de behandeling in kaart te brengen met behulp van de tweede as van de DSM IV. Gebruikelijk is om dit pas na langere tijd te doen. De gemiddelde GAF-score bedroeg 61,6 (sd=8,4).

Tussen de regio's bestond geen significant verschil in de gemiddelde GAF-scores en de verdeling van de aard van de klachten bij cliënten volgens de DSM IV as I en II classificatie. Voor de regio Haaglanden kon, vanwege de te kleine aantallen, per soort verwijzer geen verschil worden aangetoond in de gemiddelde leeftijd, de gemiddelde GAF-scores en de aard van de klachten (DSM IV as I en II) bij cliënten.

3. *Wat is het klachtenniveau van de cliënten bij de intake voor behandeling in het programma Arbeid?*

In tabel 6 staan de door cliënten gerapporteerde gemiddelde scores, die voorafgaand aan behandeling zijn gemeten, op verschillende dimensies van psychisch functioneren (4DKL, VBBA, schaal herstelbehoefte en CIS-20).

Vergelijking van deze gemiddelde scores met referentiewaarden van ander onderzoek is beperkt mogelijk, omdat de vragenlijsten in dit onderzoek deels zijn ingekort en voor een deel tekstueel zijn gewijzigd ten opzichte van de oorspronkelijke versies.

De scores op de verkorte versie van de 4DKL kunnen ter illustratie naast de gemiddelden van de volledige 4DKL worden gelegd, maar zijn om genoemde redenen niet zonder meer te vergelijken.

De gemiddelde scores op de subschalen uit de voormeting van dit onderzoek (tabel 6) komen redelijk overeen met de gemiddelde scores van cliënten uit een ander onderzoek die een door de huisarts onderkend psychosociaal probleem hadden (n=665) (distress: 14,8 (sd 9,1), depressie: 2,3 (sd 3,5), angst: 4,4 (sd 5,2), somatisatie: 11,3 (sd 6,7) (Terluin, 1998). Op de subschalen depressie en disstress scoort de hier bestudeerde groep hoger.

4. *Wat is de verzuimsituatie van de cliënten bij de intake voor behandeling in het programma Arbeid?*

Het grootste deel van de cliënten (81%) verzuimde van zijn werk ten tijde van de verwijzing naar het programma Arbeid, waarbij geen verschil was aan te tonen tussen de regio's.

Tabel 3 *Verzuim van arbeid ten tijde van verwijzing*

Verzuim van arbeid	Arnhem (n=37)	Haaglanden (n=126)	Utrecht (n=93)	Totale groep (n=256)
Ja	73%	82%	82%	81%
Nee	27%	18%	18%	19%

3.2 **Proceskenmerken**

5. *Wat zijn de diverse doorstroomtijden van cliënten binnen de ggz-instelling?*

Hierbij is gekeken naar de doorstroomtijden: eerste ziektedag tot aanmelding, datum van verwijzing tot aanmelding, datum van aanmelding tot intake, intake tot start behandeling, start behandeling tot einde behandeling, totale behandelduur en het aantal gesprekken. Bij alle gemeten doorstroomtijden is een grote spreiding in waar-

den waargenomen. De drie regio's verschilden niet beduidend in het gemiddelde aantal dagen dat bij de verschillende doorstroomtijden werd gemeten, behalve voor wat betreft het gemiddelde aantal dagen tussen aanmelding en intake. Deze periode was in Arnhem beduidend hoger dan in de regio Haaglanden. De regio Utrecht heeft hierbij een tussenpositie.

In de regio Haaglanden is specifiek gekeken in hoeverre er verschillen waren in de doorstroomtijden per soort verwijzer. Vanwege het kleine aantal cliënten dat via de huisarts en de eerstelijnspsycholoog was verwezen, bleek toetsing op eventuele verschillen in doorstroomtijd tussen verwijzers niet mogelijk.

De snelheid van de intake - periode tussen aanmelding en intake - is idealiter zo kort mogelijk, zodat cliënten zo snel mogelijk kunnen beginnen met de gewenste behandeling. In de regio Haaglanden hebben de arbodiensten met de ggz-instellingen afgesproken dat de intake binnen twee weken plaatsvindt. De gemiddelde intaketijd bleek voor Haaglanden exact twee weken te zijn. Voor de andere regio's lag deze hoger, namelijk 23 dagen voor de regio Arnhem en 18 dagen voor de regio Utrecht. Voor de drie regio's gezamenlijk is het gemiddelde aantal dagen tussen aanmelding en intake 17 (sd = 25,7), met een spreiding die ligt tussen de 0 en de 325 dagen. Het verdient aanbeveling te kijken of verbetering mogelijk is in de snelheid van het traject tussen aanmelding en intake. Het grootste deel van de cliënten (69%) heeft binnen twintig dagen na aanmelding de intake, maar bij een ander deel van de cliënten is het tijdsbestek tussen aanmelding en intake veel groter, namelijk bij 50 cliënten (25%) is dit tussen de 20 en 40 dagen en bij 11 cliënten (6%) zelfs meer dan 40 dagen.

Tabel 4 Doorstroomtijden van cliënten voor het programma Arbeid voor verschillende periodes in het zorgproces

Periode in zorgproces	Arnhem N (%)	Haaglanden N (%)	Utrecht N (%)	Totaal N (%)
AANTAL DAGEN TUSSEN EERSTE ZIEKTEDAG EN AANMELDING				
minder of gelijk aan 20 dagen	2 (8%)	14 (19%)	8 (13%)	24 (15%)
tussen 21 en 40 dagen	2 (8%)	11 (15%)	13 (21%)	26 (17%)
tussen 41 en 60 dagen	6 (25%)	9 (13%)	10 (16%)	25 (16%)
langer dan 60 dagen	14 (58%)	38 (53%)	30 (49%)	82 (52%)
AANTAL DAGEN TUSSEN VERWIJZING EN AANMELDING				
minder of gelijk aan 20 dagen	31 (100%)	81 (87%)	73 (96%)	186 (93%)
langer dan 20 dagen	-	12 (13%)	3 (4%)	14 (7%)
AANTAL DAGEN TUSSEN AANMELDING EN INTAKE				
minder of gelijk aan 20 dagen	18 (53%)	72 (69%)	46 (75%)	138 (69%)
tussen de 21 en 40 dagen	14 (41%)	27 (26%)	10 (16%)	50 (25%)
meer dan 40 dagen	2 (6%)	5 (5%)	5 (8%)	11 (6%)
AANTAL DAGEN TUSSEN INTAKE EN START VAN EERSTE BEHANDELING				
minder of gelijk aan 20 dagen	4 (17%)	10 (32%)	12 (38%)	26 (30%)
tussen 21 en 40 dagen	14 (61%)	10 (32%)	10 (31%)	34 (40%)
meer dan 40 dagen	5 (22%)	11 (35%)	10 (31%)	26 (30%)

6. Naar welke soorten behandelingen stromen de cliënten in?

In de regio Arnhem volgde het merendeel van de cliënten (84%) een 'kortdurende arbeidshulpverlening', waarbij de gemiddelde tijd tussen de intake en de start van de behandeling 26 dagen was, de gemiddelde behandelduur 122 dagen en het gemiddelde aantal gesprekken 5. Opvallend was, dat in de regio Haaglanden de grootste groep cliënten (42%) een behandeling volgde in de categorie 'overige behandelingen'*. De gemiddelde tijd tussen de intake en start van de categorie 'overige' behandeling was 55 dagen, de gemiddelde behandelduur 175 dagen en het gemiddelde aantal gesprekken 7. De andere drie behandelingen waaraan een groot aantal cliënten uit de regio Haaglanden deelnam waren de 'algemene groep arbeid', de 'assertiviteitstraining' en de 'burn-out groep'.

In de regio Utrecht is het meeste gebruik gemaakt van de arbeidsgerelateerde behandeling 'individuele behandeling met maximaal 15 gesprekken', waarbij de gemiddelde tijd tussen de intake en de start van de behandeling 55 dagen was, de gemiddelde behandelduur 209 dagen en het gemiddelde aantal gesprekken 12. Daarnaast nam een groot aantal cliënten deel aan 'diagnostiek en advies' en de 'individuele behandeling 5-7 gesprekken'.

* Van negen cliënten is bekend dat dit een individuele behandeling betrof. Van de overige cliënten uit die categorie zijn geen gegevens voorhanden. Aangenomen wordt dat ook zij een individuele behandeling hebben gekregen.

In tabel 5 staat in de eerste kolom het aantal cliënten dat een bepaalde behandeling heeft gevolgd. De gegevens in de andere kolommen zijn niet van alle cliënten bekend die de betreffende behandeling volgden. Als voetnoot is aangegeven op welk aantal cliënten de gegevens betrekking heeft.

Tabel 5 Doorstroomtijd en aantal gesprekken per behandeling in de drie regio's

Soort behandeling	Gemiddelde duur intake tot start behandeling (sd)	Gemiddelde duur van behandeling in dagen (sd)	Gemiddeld aantal gesprekken (sd)
Arnhem			
Kortdurende arbeidshulpverlening (n=32) ¹	26 (24)	122 (50)	5 (2)
Training terugkeer naar het werk (n=2) ²	77	77	10
Overig (n=2) ³	29	49	4
Haaglanden			
Algemene groep arbeid (n=31) ⁴	53 (32)	141 (61)	10 (3)
Assertiviteitstraining (n=20) ⁴	51 (33)	136	9 (2)
Burn-out groep (n=15) ⁵	30 (44)	122 (15)	9 (2)
Cognitieve training (n=4) ⁶	4 (6)	186 (47)	8 (2)
PMT interactiegericht (n=1)	5	215	8
Ontspanningsgroep (n=1)	-	-	10
Fysiotraining (n=1)	-	-	8
Overig (n=53) ⁷	55 (99)	175 (80)	7 (3)
Utrecht			
Diagnostiek en advies (n=20) ⁸	38 (30)	142 (86)	9 (5)
Individuele behandeling max. 15 gesprekken (n=35) ⁹	55 (107)	209 (106)	12 (8)
Individuele behandeling 5-7 gesprekken (n=17) ¹⁰	7 (6)	87 (77)	6 (2)
Arbeid en psyche in balans (n=9) ¹¹	146 (163)	137	17 (15)
Terugkeer naar het werk (n=2) ³	37	-	10
Stress de baas (n=1)	5	4	2

¹ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 29, 26 en 29 cliënten.

² de cijfers in de tabel zijn afkomstig van 1 cliënt.

³ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 11, 5 en 15 cliënten.

⁴ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 6, 1 en 9 cliënten.

⁵ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 4, 3 en 13 cliënten.

⁶ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 2, 2 en 3 cliënten.

⁷ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 11, 6 en 28 cliënten.

⁸ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 7, 5 en 6 cliënten.

⁹ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 24, 14 en 25 cliënten.

¹⁰ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 6, 6 en 7 cliënten.

¹¹ de cijfers in de tabel zijn afkomstig van respectievelijk 3, 1 en 2 cliënten.

7. *Wat zijn de informatiestromen tussen ggz-instelling en een arbodienst (communicatie voorafgaand en tijdens behandeling)?*

In alle regio's zijn afspraken gemaakt over de cliëntgebonden communicatie tussen de arbodienst en de ggz-hulpverlener. De afspraak is dat zowel na de intake, halverwege het behandeltraject en bij het einde van de behandeling wordt afgestemd over de behandeling. Dit geldt niet voor kortdurende trajecten. In de periode *voorafgaand* aan de behandeling is bij een aanzienlijk deel van de cliënten (34%) geen afstemming geweest. Bij 37% van de cliënten stemde de hulpverlener *voorafgaand* aan de behandeling niet af met de bedrijfsarts en bij 70% is door de hulpverlener niet afgestemd met de huisarts.

Tijdens de behandel fase heeft over alle cliënten afstemming plaatsgevonden. Dit vond plaats met de bedrijfsarts en/of de huisarts. Bij 18% van de cliënten is niet afgestemd met de bedrijfsarts en bij 69% van de cliënten is niet met de huisarts afgestemd tijdens de behandel fase.

In de regio Haaglanden (44%) werd significant vaker dan in de regio Utrecht (25%) en Arnhem (20%) geen contact opgenomen met de huisarts en/of de bedrijfsarts *voorafgaand* aan de behandeling. Een mogelijke verklaring voor het hogere percentage in Haaglanden is dat hier meer cliënten zijn verwezen door een andere verwijzer dan de huisarts en de bedrijfsarts.

Verder bleek dat in de regio Utrecht door de hulpverlener uit de ggz-instelling zowel *voorafgaand* aan als tijdens de behandeling gemiddeld minder vaak contact werd opgenomen met de huisarts dan in de regio's Haaglanden en Arnhem.

Gezien het feit dat de huisarts een belangrijke rol heeft als informatieverstrekker naar anderen in de zorgketen is het aan te bevelen deze wel te informeren over de intake en de behandeling van een cliënt. Dat geldt vooral voor cliënten die een multidisciplinaire behandeling krijgen, waarbij afstemming en kennisuitwisseling tussen de verschillende disciplines de doelmatigheid van het traject kunnen vergroten. Ook laten de resultaten van dit onderzoek zien dat binnen de drie onderzochte regio's de arbo-curatieve samenwerking nog niet structureel plaatsvindt.

3.3 Effecten behandeling

8. *Wat is het verschil in klachten tussen de voor- en nameting bij de groep cliënten die een behandeling hebben doorlopen in het programma Arbeid?*

Met uitzondering van een aantal subdimensies is een significante afname te zien in psychische klachten van cliënten uit alle regio's. De behandelingen in de regio Arnhem hebben niet geleid tot een significante vermindering van depressieklachten bij cliënten, zoals bleek uit de door de cliënten zelf gerapporteerde gegevens.

Arbeidshulpverlening bij depressie viel in de regio Arnhem echter buiten het onderzoek. In de regio was men ten tijde van het onderzoek bezig hiervoor een aparte behandeling te ontwikkelen. De behandelingen in de regio Utrecht hebben niet geleid tot een significante vermindering van angst- en somatiseringsklachten, zoals bleek uit de door de cliënten zelf gerapporteerde gegevens. Dit zou aanleiding kunnen zijn om de verschillende behandelingen hierop te beoordelen.

De gemiddelde scores op de CIS-20 van cliënten na behandeling zijn vergeleken met de gemiddelde scores van een groep van 53 gezonde controlepersonen (Vercoulen, 1999). In het onderzoek van Vercoulen zijn de gemiddelde scores op de subschalen en de totaalscore: subjectieve moeheid 17,3 (sd 10,1), lichamelijke activiteit 6,6 (sd 4,5), motivatie 7,9 (sd 4,1), concentratie 9,5 (sd 5,0) en totaalscore 41,5 (sd 19,8). Deze gemiddelden zijn alle vijf een stuk lager dan de gemiddelden uit ons onderzoek. Het kan dus zo zijn, dat de cliënten uit ons onderzoek na afloop van het behandeltraject weliswaar beduidend lager scoren op de CIS-20, maar gemiddeld hoger scoren dan mensen die geen psychosociale problemen hebben gehad.

Tabel 6 Mate van psychische klachten in de regio's voor en na behandeling

Onderdelen	Arnhem (n=20)		Haaglanden (n=39)		Utrecht (n=31)	
PKF-vragenlijst*						
vragenlijst*						
4DKL	voor	na	voor	na	voor	na
Distress	16,8	9	18,6	9,5	21,5	13,9
Somatisatie	13	8	11,5	9,1	12,2	10,4
Depressie	6	3,8	4,6	2,8	6,9	4,5
Angst	5,3	3,2	4,3	2,5	5,9	4,9
VBBA, schaal herstelbehoefte	50,6	35	53,8	39,5	59	43,6
CIS-20						
Subjectieve moeheid	36,2	26,2	37	26,6	39,7	31,1
Motivatie	17,9	11,4	18,3	13	20,9	16,7
Concentratie	20,7	14,7	25	19	27,6	20,6
Lichamelijke activiteit	12,3	8,5	15,3	9,8	15	10,9
Totaalscore CIS	87,1	60,8	95,6	68,3	103,2	79,4

* Bij de gemarkeerde schalen verschilden de voor- en nameting niet significant.

9. Wat zijn de resultaten ten aanzien van werkhervatting, toename inzicht in problematiek, verandering cognities en verbetering van vaardigheden?

De meerderheid van de cliënten heeft de vier doelstellingen (hervatten van werk, vergroten van inzicht in stressbronnen op het werk, veranderen van cognities, verbeteren van assertieve/sociale vaardigheden) geheel of gedeeltelijk behaald (tabel 7). De drie regio's verschilden niet van elkaar in de mate waarin de cliënten de vier doelstellingen hebben behaald. Bijna driekwart (74%) van de cliënten werkt weer geheel of gedeeltelijk na afronding van de behandeling(en). In de regio Haaglanden zijn naar verhouding meer cliënten aan het einde van de behandeling volledig aan het werk dan in de regio Arnhem en Utrecht (tabel 8).

Tabel 7 Mate waarin de behandeldoelstellingen zijn behaald

Behalen behandeldoelstellingen	Arnhem (n=29)	Haaglanden (n=53)	Utrecht (n=27)	Totale groep (n=109)
Werkhervatting				
Ja	59%	50%	30%	47%
Deels	14%	32%	44%	30%
Vergroten inzicht in stressbronnen op het werk				
Ja	75%	76%	45%	68%
Deels	18%	12%	33%	19%
Veranderen cognities m.b.t. de arbeidssituatie				
Ja	45%	56%	22%	44%
Deels	42%	26%	56%	38%
Verbeteren assertieve/sociale vaardigheden				
Ja	45%	41%	22%	37%
Deels	48%	39%	52%	45%

Tabel 8 Verzuimsituatie aan het einde van de behandeling

Verzuimsituatie einde behandeling	Arnhem (n=29)	Haaglanden (n=47)	Utrecht (n=24)	Totale groep (n=100)
Geen verzuim	52%	62%	21%	49%
Partieel verzuim	17%	26%	33%	25%
Volledig verzuim	14%	4%	25%	12%
Werkt op arbeids- therapeutische basis	17%	8%	21%	14%

Tabel 9 Inschatting door de hulpverlener van termijn volledige werkherleving voor de cliënten die aan het einde van de behandeling nog van arbeid verzuimen

Termijn volledige werkherleving	Arnhem (n = 14)	Haaglanden (n = 16)	Utrecht (n = 17)	Totale groep (n = 47)
< 3 maanden	22%	25%	41%	30%
3-6 maanden	14%	31%	11%	19%
6-12 maanden	14%	6%	24%	15%
> 12 maanden	-	6%	-	2%
hervat eigen werk niet	14%	13%	24%	17%
hulpverlener weet het niet	36%	19%	-	17%

10. Wat is de tevredenheid van de cliënten aan het einde van de behandeling?

De tevredenheid van de cliënten is eenmalig aan het eind van de behandeling gemeten met behulp van de GGZ Thermometer. Hiermee werd de waardering over de geboden zorg op vier dimensies gemeten, namelijk de verstrekte informatie, de mogelijkheid van inspraak, de hulpverlener en het resultaat van de behandeling. Ook werd aan de cliënten gevraagd een rapportcijfer te geven voor de totale behandeling of begeleiding.

Van de vier dimensies scoorde de waardering over de informatie het hoogst (2.5). De andere drie dimensies hadden een gemiddelde score van 2. De scores lopen van 1 tot 3, waarbij 1 een lage waardering betekent en 3 een hoge waardering.

Regio Utrecht scoorde op de schaal 'waardering resultaat' significant hoger dan de regio Arnhem en Haaglanden, hoewel het hier ging om een klein verschil, namelijk 2,1 versus 1,9 en 2,0.

Het gemiddelde overall rapportcijfer bedroeg een 7,6. Het rapportcijfer van cliënten uit de regio Utrecht (7,1) bleek gemiddeld wat lager te zijn dan die uit de regio Haaglanden (7,9). De mogelijke redenen hiervan zijn niet bekend. Het rapportcijfer dat cliënten uit de regio Arnhem gaven voor de totale behandeling of begeleiding bedroeg een 7,7. Het landelijk gemiddelde voor cliënttevredenheid over behandelingen in ggz-instellingen lag in 2002 op 7,2 (GGZ Nederland, 2002).

4 Conclusies en aanbevelingen

De resultaten hebben geleid tot de volgende conclusies en aanbevelingen.

4.1 Conclusies

Kenmerken cliëntengroep

Tweederde van de cliënten heeft volgens de DSM IV as I classificatie aanpassings- of stemmingsstoornissen. 81% van de cliënten verzuimde van zijn werk ten tijde van de verwijzing naar het programma Arbeid. Er bestaat slechts een beperkt inzicht in de non-respons groep. In veel gevallen bleken de redenen niet bekend waarom cliënten niet meer aan het onderzoek en/of aan de behandeling deelnamen. Het is niet bekend in hoeverre deze groep in kenmerken afwijkt van de groep die aan het onderzoek deelnam. De conclusies uit het onderzoek dienen in dit licht te worden beoordeeld.

Proceskenmerken

De periode tussen aanmelding en intake is bij 31% van de cliënten langer dan 20 dagen. Verder is bij alle verschillende gemeten doorstroomtijden een grote spreiding in waarden te zien, hoewel dit geldt voor een relatief kleine groep cliënten.

Afstemming met de bedrijfsarts en/of de huisarts voorafgaand aan de behandeling vindt niet bij alle cliënten plaats. Tijdens behandeling wordt wel bij alle cliënten afgestemd met de huisarts en/of de bedrijfsarts.

Effecten behandeling

Met uitzondering van een aantal subdimensies is een significante afname te zien in psychische klachten van cliënten uit alle regio's. De meerderheid van de cliënten heeft de vier doelstellingen (hervatten van werk, vergroten van inzicht in stressbronnen op het werk, veranderen van cognities, verbeteren van assertieve/sociale vaardigheden) geheel of gedeeltelijk behaald. De cliënten zijn over het algemeen tevreden over de behandeling.

4.2 Aanbevelingen

- De ggz moet zeker doorgaan met het aanbieden van een specifiek hulpverleningsaanbod bij arbeidsgerelateerde klachten. In dit onderzoek bleken de geboden onderdelen van het programma Arbeid effectief voor vermindering van de psychische klachten. De cliënten die deelnamen aan dit onderzoek bleken bovendien over het algemeen tevreden over de hen geboden behandeling.

Het is aanbevelenswaardig om vervolgonderzoek uit te voeren naar:

- de effecten van arbeidsgerelateerde behandelingen ten opzichte van andere gangbare behandelingen voor cliënten met arbeidsgerelateerde problemen
 - de kosteneffectiviteit van arbeidsgerelateerde behandelingen
 - onderzoek naar de specifieke factoren in arbeidsgerelateerde behandelingen die bijdragen aan de effecten van de behandeling, zodat deze behandelingen verder kunnen worden geoptimaliseerd.
- Het is belangrijk voor de onderzochte regio's om na te gaan waarom cliënten voorafgaand aan, of tijdens de behandeling in, een dergelijk programma afhaken. Dit is relevant om het aantal cliënten dat een behandeling voltooit, te verhogen.
 - In de regio Arnhem bleken de behandelingen die in het onderzoek zijn betrokken geen verschil te geven in de depressieve klachten van cliënten. In de regio was men echter al bezig hiervoor een aparte behandeling te ontwikkelen. Gezien de resultaten uit dit onderzoek is dit een goede ontwikkeling.
 - In de regio Utrecht zou men het arbeidsspecifieke zorgaanbod moeten toetsen op de mate waarin de behandelingen aandacht schenken aan angst- en somatiseringsklachten van cliënten. Uit het onderzoek kwam naar voren, dat op deze dimensie geen verschil kon worden aangetoond bij de onderzochte cliënten.
 - Hoewel een goede communicatie en samenwerking tussen arbocuratieve diensten en ggz-instellingen als belangrijk voor het resultaat en voor de kwaliteit van de behandeling wordt onderkend, vindt afstemming nog onvoldoende plaats. Ggz-instellingen wordt geadviseerd de communicatie met de huisarts en de bedrijfsarts structureel in hun werkwijze in te bedden (op voorwaarde dat de cliënt toestemming verleent). Hoewel in dit onderzoek geen effecten van afstemming op de uitkomsten van behandeling konden worden aangetoond, is, in eerder onderzoek, al meerdere keren aangetoond dat deze uitwisseling van gegevens leidt tot een verbetering van de kwaliteit van het zorgproces. Dit mede door de rol van de huisarts als informatieverstrekker in de zorgketen, dat vooral relevant is bij multidisciplinaire zorgverlening. Voor de bedrijfsarts is terugkoppeling ook relevant, bijvoorbeeld in verband met specifiek werkgerelateerde zaken die van belang zijn voor de terugkeer van de cliënt en voor de kennis van de bedrijfsarts over arbeidsgerelateerde zaken in het algemeen.
 - Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de spreiding in de verschillende doorstroomtijden groot is. Voor de - weliswaar relatief kleine - groep cliënten die dit betreft zouden de oorzaken voor de vrij lange wachttijd tussen verwijzing en aanmelding, tussen aanmelding en intake en tussen intake en start behandeling per regio in kaart gebracht dienen te worden.

5 Literatuur

- GGZ Nederland. Handboek Arbeid als speerpunt in de GGZ. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- GGZ Nederland. Landelijke resultaten van de thermometer cliëntwaardering met gegevens van 12 instellingen (www.ggzkennisnet.nl). 2002.
- Reeuwijk-Werkhorst J van, Verlaan M, Spohr L. GGZ Arbeidshulpverlening werkt. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003.
- SKB, Expertisecentrum voor Arbeid en Gezondheid. Vragenlijst PKF. Amsterdam, januari 2002.
- Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst in de huisartspraktijk. De Psycholoog 1998;33:18-24.
- Trimbos-Instituut, GGZ Nederland, m.m.v. Cliëntenbond en LPR. Handleiding bij 'de Thermometer' voor de volwassenenzorg, Utrecht, 2001.
- Vercoulen JHMM, Alberts M, Bleijenberg G. De checklist individuele spankracht (CIS). Gedragstherapie 1999;32:131-136.
- Weide W van der, Duijsters MJG (2003). Kwaliteit in de keten tussen arbodienst en ggz-instellingen. TNO Preventie en Gezondheid, 2003.

Arbeidsuitval vanwege psychische klachten is een omvangrijk maatschappelijk probleem. Zeker dertig procent van de mensen die zich aanmelden bij een (ambulante) instelling voor geestelijke gezondheidszorg heeft een arbeidsrelevante psychische aandoening.

GGZ Nederland ontwikkelde in samenwerking met ggz-instellingen in de regio's Arnhem, Haaglanden en Utrecht een hulpverleningsaanbod - het programma Arbeid - voor cliënten met arbeidsgerelateerde psychische klachten. Het programma Arbeid had als doelen een substantiële bijdrage te leveren aan het terugdringen van arbeidsuitval om psychische redenen, door middel van het verbeteren van de zorg(keten) bij arbeidsrelevante problematiek en het ontwikkelen van instrumenten ter bekorting van wachttijden in de ggz.

TNO Preventie en Gezondheid evalueerde voor GGZ Nederland de kenmerken van het zorgproces voor cliënten - van aanmelding tot en met beëindiging van de behandeling - en de effecten van behandeling in het programma Arbeid.

Uit de evaluatie blijkt dat de behandelingen in het programma Arbeid een positief effect hebben op de afname van psychische klachten bij cliënten. De cliënten zijn over het algemeen tevreden over de behandeling en begeleiding door de ggz-instellingen. Een hulpverleningsaanbod dat specifiek is gericht op arbeidsgerelateerde psychische klachten kan in een behoefte voorzien.

In de communicatie tussen de arbocuratieve diensten, huisartsen en ggz-instellingen is verbetering mogelijk. Bij een aanzienlijk deel van de cliënten vindt voorafgaand aan de behandeling geen afstemming plaats met de bedrijfsarts en/of huisarts. Ggz-instellingen wordt geadviseerd de communicatie met de huisarts en bedrijfsarts structureel in hun werkwijze in te bedden.

De toegangs- en doorlooptijden voor de arbeidshulpverlening wisselen sterk. Voor een kleine groep cliënten is de toegangs- en doorlooptijd te lang. Aandacht is nodig voor de oorzaken van deze lange wachttijden.

