

# Psychische klachten, interventies en werkhervatting

De prognosestudie INVENT

psychische klachten, interventies en werkhervatting



I.L.D. Houtman  
C.G. Schoemaker  
B.M. Blatter  
E.M.M. de Vroome  
R. van den Berg  
R.V. Bijl

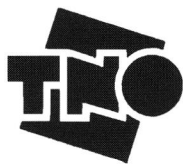


# Psychische klachten, interventies en werkhervatting

De prognosestudie INVENT

Trimbos-  
instituut

*Netherlands Institute  
of Mental Health  
and Addiction*



Nederlandse Organisatie voor toegepast-  
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

I.L.D. Houtman, C.G. Schoemaker, B.M. Blatter,  
E.M.M. de Vroome, R. van den Berg, R.V. Bijl



*Psychische klachten, interventies en werkhervatting  
De prognosestudie INVENT*

**TNO Arbeid**

Polarisavenue 151  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93  
Fax 023 554 93 94  
Website [www.arbeid.tno.nl](http://www.arbeid.tno.nl)

Deze publicatie is te bestellen bij TNO Arbeid.

Fax 023 554 93 94  
E-mail [receptie@arbeid.tno.nl](mailto:receptie@arbeid.tno.nl)  
Prijs EUR 23 excl. BTW

ISBN-nummer 90-6743-905-3  
© 2002 TNO Arbeid

Dit project is uitgevoerd met subsidie van het UWV  
(voorheen Lisv; project 035/1998)

*Auteurs:*

I.L.D. Houtman, TNO Arbeid  
C.G. Schoemaker, Trimbos-instituut  
B.M. Blatter, TNO Arbeid  
E.M.M. de Vroome, TNO Arbeid  
R. van den Berg, TNO Arbeid  
R.V. Bijl, WODC

*Druk:* Plantijn Casparie Heerhugowaard

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.



## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting, conclusies en aanbevelingen</b>	<b>7</b>
Doel van het onderzoek	7
Onderzoekopzet, omvang van het cohort en respons bij follow-up	7
De psychische gezondheidstoestand van de werknemers	8
De psychische gezondheidstoestand: het oordeel van de werknemer, huisarts en bedrijfsarts	9
Interventies en psychische klachten	11
Omvang, aard en voorspellers van volledige werkhervatting	14
Vooraf geformuleerde verwachtingen over werkhervatting	16
Voorspellers van klachtenvermindering	22
Slotconclusies	25
Aanbevelingen	27
 <b>1 Inleiding</b>	 <b>31</b>
1.1 Aanleiding en onderzoeksdoel	31
1.2 Een model, en factoren die het verzuim beïnvloeden	33
1.3 Psychische gezondheid en werkhervatting	35
1.3.1 Aard en ernst van de psychische klachten	35
1.3.2 Comorbiditeit en werkhervatting	36
1.4 De invloed van persoonsgebonden factoren op psychische klachten en werkhervatting	36
1.5 Invloed van werkgebonden factoren op psychische klachten en werkhervatting	38
1.5.1 Oorzaken van psychische klachten en verzuim	38
1.5.2 Toenemende stimulans voor bedrijven tot actieve aanpak en voorkómen van psychische klachten	40
1.6 Interventies, klachtenvermindering en werkhervatting	41
1.6.1 Interventies door huis- en bedrijfsartsen en andere professionals na uitval wegens psychische klachten	41
1.6.2 Samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts, (psychische) klachten en werkhervatting	42
1.7 Samenvatting van de besproken literatuur en enkele hypothesen	42
1.8 Opbouw van het rapport	43
 <b>2 Methode</b>	 <b>45</b>
2.1 Onderzoekspopulatie	45
2.2 Onderzoeksprocedure	46
2.3 Analyses	49



<b>3</b>	<b>Respons van het cohort en follow-up</b>	<b>51</b>
3.1	Respons	51
3.2	Follow-up: respons op de tweede meting	53
3.3	Samenvatting en conclusies ten aanzien van de respons van het cohort	54
<b>4</b>	<b>Psychische klachten en oorzaken van verzuim</b>	<b>57</b>
4.1	Oorzaken van ziekmelding	57
4.2	Aard en ernst van de psychische klachten	59
4.3	Somatische comorbiditeit	64
4.4	Aard van klachten en oorzaak van de ziekmelding	65
4.4	Samenvatting en conclusies ten aanzien van de psychische klachten en oorzaken van ziekmelding	67
<b>5</b>	<b>Oordelen van werknemers, huisartsen en bedrijfsartsen onderling vergeleken.</b>	<b>71</b>
5.1	Inleiding	71
5.2	Opzet deelonderzoek	72
5.3	Respons en achtergrondgegevens van de artsen	73
5.4	Vergelijking van de rapportages van werknemers en artsen over hun contacten.	74
5.4.1	Tijdstip van contact tussen werknemers en artsen	75
5.4.2	Inhoud van de contacten met de huis- en bedrijfsarts	76
5.5	Vergelijking van de rapportages van werknemers en artsen over de aard van de psychische klachten.	77
5.5.1	Een psychisch of lichamelijke aandoening volgens de artsen	78
5.5.2	Overeenstemming over aard van de psychische klachten	78
5.6	Vergelijking van diagnoses tussen huisartsen en bedrijfsartsen	81
5.7	Verwijsmogelijkheden en verwijzing door huisartsen en bedrijfsartsen	83
5.8	Samenvatting resultaten	86
<b>6</b>	<b>Activiteiten van artsen, behandelaars, werkgevers en werknemers vanuit het perspectief van de werknemers</b>	<b>91</b>
6.1	Contacten met huis- en bedrijfsartsen tijdens de twee laatste maanden vóór de ziekmelding	91
6.2	Interventies en behandelingen tijdens die laatste twee maanden voor de ziekmelding	93
6.3	Contacten in de eerste vier weken na de ziekmelding	94
6.4	Interventie en behandeling in de eerste vier weken na ziekmelding	95
6.5	Contacten vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding	97
6.6	Interventies en behandeling vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding	98



6.7	Relatie tussen vroegtijdig contact, oorzaak van ziekmelding en comorbide psychische klachten	100
6.8	Contacten met huis- en bedrijfsarts vanaf 4 tot 5 maanden na de ziekmelding tot einde eerste ziektejaar of een eerdere volledige werkhervatting	102
6.9	Interventies en behandeling vanaf 4-5 maanden na de ziekmelding	103
6.10	Tevredenheid met de artsen, hulpverleners en werkgever over de periode van 2 maanden voor tot en met maximaal 1 jaar na de ziekmelding	106
6.11	Samenvatting en conclusies	106
<b>7</b>	<b>Aard en voorspellers van volledige werkhervatting</b>	<b>113</b>
7.1	Inleiding	113
7.2	Respons en werkhervatting	114
7.3	Werkgerelateerde kenmerken van de hervatters	115
7.4	Kenmerken van de niet-hervatters	116
7.5	Univariate verschillen tussen wel en geen volledige werkhervatting	118
7.5.1	Demografische kenmerken en werkhervatting	118
7.5.2	Kwaliteit van de arbeid en werkhervatting	119
7.5.3	Gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting en werkhervatting einde eerste ziektejaar	120
7.5.4	Gezondheid en werkhervatting	121
7.5.5	Oorzaken van ziekmelding en werkhervatting	123
7.5.6	Interventies tot 4/5 maanden na ziekmelding en werkhervatting	125
7.5.7	Interventies vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding en werkhervatting	126
7.6	De belangrijkste voorspellers voor werkhervatting	128
7.7	Voorspellers van werkhervatting en sekseverschillen	133
7.8	Toetsing van de aanvullende hypothesen	134
7.9	Conclusies ten aanzien van volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar	139
<b>8</b>	<b>Voorspellers van reductie in psychische klachten</b>	<b>145</b>
8.1	Inleiding	145
8.2	Klachtenvermindering	145
8.3	Univariate verschillen tussen wel en geen daling in psychische klachten	147
8.4	De belangrijkste voorspellers van reductie in psychische klachten	156
8.5	Toetsing van de aanvullende hypothesen	161
8.6	Conclusies ten aanzien van determinanten van klachtenvermindering	162

<b>9</b>	<b>Literatuur</b>	<b>167</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>De screeningsvragenlijst</b>	<b>175</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Toelichting op de gemeten variabelen en de gebruikte vragenlijsten voor het vaststellen van psychische klachten</b>	<b>183</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Kenmerken van het cohort en het selectieproces</b>	<b>191</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Karakterisering follow-up en uitval in de tweede meting</b>	<b>199</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Karakterisering van de stijgers, dalers en gelijkblijvers op de vragenlijst depressie</b>	<b>201</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Interventies tot 4/5 maanden na de ziekmelding en werkhervatting</b>	<b>203</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Interventies vanaf 4/5 maanden na ziekmelding en werkhervatting</b>	<b>207</b>
<b>Bijlage 8</b>	<b>Multivariablele regressie voor werkhervatting, exclusief contact bedrijfsarts eerste 4 weken na ziekmelding</b>	<b>211</b>

Dit project is uitgevoerd met subsidie van het UWV (voorheen Lisv; project 035/1998).

### **Samenstelling begeleidingscommissie INVENT**

De heer J. Beuse, bedrijfsarts, eind 2001 vervangen door de heer  
D. Veldhorst, bedrijfsarts, namens de NVAB  
De heer H. Bruinsma, namens het UWV (voorheen Lisv)  
De heer M.T.L.W. Boersma, medisch adviseur USZO  
Mevrouw J. Gill, medio 2001 vervangen door de heer drs.  
J.J. van Zorge, beleidsmedewerker Ministerie van VWS  
Mevrouw drs. J. Harmsen (tot medio 2001) en de heer drs.  
W. Sprenger namens het GAK  
Mevrouw L. van Rossum du Chattel, beleidsmedewerker Directie SV,  
Ministerie SZW  
De heer E. Sietsma, namens de LHV  
De heer J.H. Wijers, namens de NVVG  
Prof. Dr. J.H.B.M. Willems, TNO-PG (voorzitter)  
De heer J.A. de Wolff, Cadans





## Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

### **Doel van het onderzoek**

Psychische aandoeningen vormen de meest omvangrijke diagnosegroep onder de WAO-intreders. Diverse onderzoeken laten zien dat wanneer werknemers eenmaal verzuimen vanwege psychische klachten, de kans groot is dat zij ook langdurig verzuimen en uiteindelijk in de WAO terecht komen.

De maatschappelijke discussie rond de WAO-instroom lijkt zich vooral te richten op de financiële consequenties hiervan. Het achterliggende probleem is uiteraard de vraag waarom werknemers die uitvallen in verband met psychische klachten het werk na verloop van tijd niet hervatten.

Onderzoek naar deze vraag is zeer schaars. Dat was ook de reden waarom TNO Arbeid in samenwerking met het Trimbos-instituut in 1998 een cohortonderzoek startte om werknemers die 12-20 weken verzuimden als gevolg van psychische klachten of psychosociale problemen een jaar te volgen.

Doel van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in:

1. de aard van de psychische klachten op verschillende momenten na de ziekmelding;
2. wie op welke momenten interventies uitvoert gericht op vermindering van klachten terugkeer naar het werk;
3. de voorspellende waarde van de interventies voor vermindering van klachten en werkhervatting.

In de literatuur zijn diverse specifieke factoren genoemd die voorspellend zouden zijn voor vermindering van klachten of werkhervatting. Deze zijn zoveel mogelijk meegenomen in dit onderzoek. Bij de bespreking van de voorspellende waarde van interventies zal tevens aan de orde komen of deze factoren inderdaad de effecten te zien geven die op grond van de literatuur verwacht mochten worden.

### **Onderzoeksopzet, omvang van het cohort en respons bij follow-up**

Bij de start van het onderzoek is een cohort werknemers samengesteld dat bestaat uit werknemers die in het kader van de 13e-weeks ziekmelding door hun werkgever zijn gemeld bij de drie grote Uvi's: GAK, Cadans en USZO.

Alle werknemers die in een periode van ongeveer een maand bij deze Uvi's zijn gemeld, kregen een screeningsvragenlijst toegestuurd.

Werknemers zijn opgenomen in het cohort wanneer ze: (1) bereid waren mee te werken aan het telefonische (vervolg)onderzoek, (2) 12-20 weken verzuimden, en (3) aan minimaal één van de volgende criteria voldeden:

- ‘psychische klachten’ waren geheel of gedeeltelijk de oorzaak van de ziekmelding;
- de score op de ‘General Health Questionnaire’ (GHQ-12), een vragenlijst die psychisch en fysiek onwelbevinden meet, was hoger dan 5. Deze vragenlijst wordt in de literatuur veelvuldig gebruikt als screener van de geestelijke gezondheidstoestand;
- werkomstandigheden of conflicten op het werk waren de belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding;
- omstandigheden buiten het werk, inclusief de privé-situatie waren de belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding.

De ruime inclusiecriteria resulteerden uiteindelijk in een cohort van 555 werknemers met een breed scala aan psychische klachten. De toepassing van de GHQ leidde ook tot het insluiten van werknemers die, volgens de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten, geen psychische klachten hadden. In totaal ging het daarbij om 18% van de werknemers. In de meeste gevallen waren zij ingesloten op grond van een ongunstige score op de vragen over gevolgen van lichamelijk onwelbevinden in de GHQ.

De werknemers zijn op twee momenten uitgebreid telefonisch geïnterviewd, circa 4 of 5 maanden na de ziekmelding en circa 16 tot 18 maanden na de ziekmelding.

Het eerste interview is bij 555 werknemers afgenomen en het tweede bij 436 werknemers (79% respons). Vrouwen deden vaker dan mannen aan het tweede interview mee. Afgezien daarvan waren er geen verschillen tussen diegenen die wel en niet aan het tweede interview deelnamen, ook niet in de ernst van de psychische klachten zoals gemeten tijdens de eerste meting.

## **De psychische gezondheidstoestand van de werknemers**

Naar aard en ernst van de psychische gezondheidsproblematiek kunnen vier groepen werknemers worden onderscheiden: één met een grote mate van angst en depressieve<sup>1</sup> klachten (36%), één met een ernstige mate van burnout (13%), één met alleen sterke gevoelens van onwelbevinden (33%), en een groep zonder psychische klachten (18%). De werknemers in de eerste groep hadden vaak ook last van

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek hadden diegenen met veel angstklachten ook veel depressieve klachten.



burnout. Verondersteld mag worden dat werknemers met meer ernstige psychische problematiek in deze groep zitten.

Wanneer werknemers zelf aangaven dat er sprake was van ‘psychische klachten’, blijkt dit meer samen te hangen met de aanwezigheid van burnoutklachten, angst en depressieve klachten, en minder met gevoelens van onwelbevinden zoals gemeten met de GHQ-12.

### **De psychische gezondheidstoestand: het oordeel van de werknemer, huisarts en bedrijfsarts**

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe werknemers zelf oordelen over hun psychische gezondheid en contacten met huisartsen, bedrijfsartsen en andere hulpverleners. De vraag die zich dan voordoet is in hoeverre die oordelen overeenkomen met de oordelen van hun huis- en bedrijfsartsen. Om hier meer zicht op te krijgen zijn de huisartsen en bedrijfsartsen van een willekeurige steekproef uit het cohort benaderd.

De vragen van dit deelonderzoek zijn:

- is er overeenstemming tussen werknemers en artsen over het aantal en de inhoud van de contacten?
- is er overeenstemming tussen de klachten van de werknemers, vastgesteld met gevalideerde klachtenlijsten, en de diagnose van de artsen?
- is er overeenstemming tussen artsen onderling met betrekking tot de diagnosestelling?

In het totaal zijn 98 interviews gehouden met de huis- en bedrijfsartsen van 72 werknemers. Van 26 werknemers zijn zowel de huisarts als de bedrijfsarts geïnterviewd. Aan de huis- en bedrijfsartsen is gevraagd om tijdens de interviews de dossiers over de patiënten bij de hand te houden en zo nodig te raadplegen.

De antwoorden van de werknemers op de vraag of er gedurende een bepaalde verzuimperiode contact is geweest met de arts komen redelijk overeen met die van de artsen zelf. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er geen reden is om te twijfelen aan de betrouwbaarheid en validiteit van de antwoorden van de werknemers over het feitelijke hulpzoekgedrag.

Als het gaat om de onderwerpen die tijdens de gesprekken aan de orde zijn geweest, blijkt er echter weinig overeenstemming te zijn tussen de werknemers en hun huis- en bedrijfsartsen. Uitzondering is het gespreksonderwerp ‘gezondheidsklachten’. Beiden zijn het er over eens dat gezondheidsklachten vrijwel altijd onderwerp van gesprek zijn

geweest. Er is echter nauwelijks overeenstemming over de vraag of onderwerpen zoals medicatie en verwijzen aan de orde kwamen. Als er volgens de arts sprake was van een therapiesessie ontging dat de werknemers. Deze bevindingen betekenen dat de antwoorden van de werknemers op vragen over de inhoud van het contact met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Over het algemeen zijn de artsen van oordeel dat er bij de werknemers in het cohort sprake is van psychische aandoeningen (bij 75% de hoofddiagnose en bij 80 % de hoofd- of nevendiagnose). Om de diagnoses van de artsen te vergelijken met de uitkomsten op de gevalideerde vragenlijsten, beperken we ons tot de 36 werknemers uit het deelcohort bij wie de arts een psychische aandoening als hoofd- of nevenaandoening had vastgesteld.

De huisarts koos in driekwart van de gevallen voor de diagnose depressie (28%) of overspannenheid (50%). Er is echter weinig overeenstemming met de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. Van de tien werknemers die volgens de huisarts depressief zijn, scoren er maar drie hoog op de SCL-90 depressieschaal. Van de tien werknemers die op deze schaal hoog scoren zijn er volgens de huisarts zes overspannen.

Ook de oordelen van de bedrijfsarts over de aard van de psychische klachten komen slechts zeer gedeeltelijk overeen met de antwoorden van de werknemers op de vragenlijsten. Van de achttien werknemers met een hoge score op de depressievragenlijst zijn er volgens de bedrijfsarts negen overspannen.

Wat betekent dit voor de praktijk, nu blijkt dat de scores op de vragenlijsten vrijwel los staan van de eerstelijnsdiagnoses door de huis- en bedrijfsarts? Moeten we concluderen dat de huis- en bedrijfsartsen niet goed in staat zijn om psychische klachten te diagnosticeren? Of zijn de gebruikte (gevalideerde) vragenlijsten niet geschikt voor het bepalen van de eerstelijns diagnose? Over deze vraag wordt in de wetenschappelijke literatuur regelmatig gediscussieerd; een helder antwoord is nog niet geformuleerd. Dit onderzoek laat echter wel zien dat er een grote discrepantie lijkt te bestaan tussen het begrip 'depressie' zoals dat door psychologen wordt gehanteerd en de eerstelijns diagnose van de huis- of bedrijfsarts.

In hoeverre komt het oordeel van de huis- en bedrijfsarts overeen? Zoals aangegeven kon van 26 werknemers zowel de huis- als bedrijfsarts worden geïnterviewd. Wanneer we kijken naar hoofd- of nevendiagnose samen, dan zijn de huis- en bedrijfsarts het in 73% van de

gevallen volledig met elkaar eens. Bij zes werknemers (23%) waren ze het gedeeltelijk eens: een van beiden noemde twee diagnosecategorieën en de andere één. In vrijwel alle gevallen noemden beiden ten minste éénmaal dezelfde diagnosecategorie. Opgemerkt moet worden dat het hier gaat om ‘grove’ diagnosecategorieën.

Over de meer specifieke aard van de psychische klachten zijn de artsen het veel minder met elkaar eens. Een nadere analyses van de gegevens van twintig werknemers uit het deelcohort bij wie zowel de huisarts als de bedrijfsarts een psychische aandoening had vastgesteld leert het volgende. De huisarts kiest vooral voor de diagnose overspanning (elf van de twintig gevallen), de bedrijfsarts vooral voor depressie (negen van de twintig). Bij vier van deze laatste negen werknemers is echter volgens de huisarts sprake van overspannenheid. Gezien deze verschillen in interpretatie en de mogelijke consequenties hiervan voor de verdere begeleiding is het zeer gewenst de communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts te verbeteren. Zeker gezien het feit dat slechts 3% van de werknemers kon melden dat er sprake was geweest van contact tussen de huisarts en bedrijfsarts. Mogelijk ligt hier één van de verklaringen voor de gesignaleerde stijging van depressieve klachten tijdens en na het eerste ziektejaar bij een deel van de werknemers.

Daarnaast bevestigt deze uitkomst het belang van de ontwikkeling van gezamenlijke richtlijnen voor huis- en bedrijfsartsen op het gebied van verzuim vanwege psychische redenen, en het implementeren hiervan in de praktijk.

## **Interventies en psychische klachten**

Aan alle werknemers in het cohort zijn vragen gesteld over hun contacten met de huisarts, bedrijfsarts en andere hulpverleners. De vragen hadden betrekking op verschillende periodes voorafgaand aan en na de ziekmelding. Op basis van de resultaten van het deelonderzoek onder huis- en bedrijfsartsen kan vastgesteld worden dat een goed beeld is verkregen van het aantal contacten met deze hulpverleners. Afhankelijk van het onderwerp zullen de werknemers over de inhoud van de contacten met de huis- en bedrijfsartsen echter een minder goed beeld kunnen geven.

In onderstaande tabel (tabel A.1) is het aantal contacten met huisartsen, bedrijfsartsen en andere hulpverleners in de verschillende perioden samengevat.



Tabel A.1 Het percentage werknemers dat contacten heeft gehad met artsen en andere hulpverleners over de vier perioden waarover informatie is verzameld. Het percentage is het aantal contacten per type arts/hulpverlener ten opzichte van het totaal aantal werknemers (n=555; n=436 vanaf 4/5 mnd).

Contact met arts/ hulpverlener (%)	Periode 2 mnd voor ziekmelding	Eerste 4 weken na de ziekmelding	5 weken tot 4/ 5 maan- den na ziek- melding	Vanaf 4/ 5 mnd tot einde eerste ziek- tejaar of volledige werkhervatting hiervoor
	N=555	N=555	N=555	N=436
Huisarts	43,2	73,8	58,5	58,0
Bedrijfsarts	10,8	69,2	88,8	79,8
Andere hulpverlener, namelijk:	20,0	38,0	46,7	50,7
... behandelaar psychische klachten	4,9	10,3	15,7	20,0
... behandelaar bew. appa- raat- klachten	4,1	6,1	9,7	11,2
... medisch specialist (excl. psychiater, orthopedist, sportarts)	7,9	15,7	15,7	20,0
... alternatieve hulpverlener	3,1	4,5	7,0	7,6
anders...	1,6	2,7	7,4	7,1

Tabel A.1 laat zien dat in de laatste twee maanden voor de ziekmelding 43% van de werknemers contact heeft gehad met de huisarts, en 11% met de bedrijfsarts. Het aantal werknemers dat contact heeft met de bedrijfsarts neemt na de ziekmelding snel toe tot 69% in de eerste vier weken na de ziekmelding. Bijna driekwart heeft in die eerste vier weken na de ziekmelding de huisarts gezien. Iedereen heeft in de totale periode tot 4/5 maanden na de ziekmelding wel een huisarts of bedrijfsarts gezien, maar slechts een deel lukt dat in de eerste vier weken. Een groot deel van het cohort werknemers blijft contact houden met de huisarts en de bedrijfsarts in het hele eerste ziektejaar. Opvallend is dat ruim 30% van de uiteindelijk langdurig zieke werknemers in de eerste vier weken geen bedrijfsarts heeft gezien.

Het percentage werknemers dat in de eerste vier weken na de ziekmelding contact heeft met de huisarts ligt in de buurt van het percentage dat in het Nemesis-onderzoek is gevonden bij werkenden die uitsluitend om psychische redenen verzuimen (61,2%; Laitinen en Bijl,

2002). Dit ondanks het feit dat het in Nemesis ging over werknemers die in een periode van 12 maanden voorafgaand aan het interview hebben verzuimd, en de operationalisatie van ‘verzuim om psychische redenen’ verschilt van die in INVENT. In Nemesis ging het om ‘hulpzoeken vanwege psychische of verslavingsproblemen’.

Na de ziekmelding hebben veel werknemers contact hebben met zowel de huisarts als de bedrijfsarts. Des te opvallender is het dat slechts 3% van de werknemers aangeeft dat de huis- en bedrijfsarts onderling contact hebben gehad. Wellicht zijn er ook informele contacten tussen huisarts en bedrijfsarts geweest waarover de werknemer niet is geïnformeerd. Maar het lijkt er sterk op dat ook uit dit onderzoek blijkt dat zeer weinig wordt gecommuniceerd tussen huisarts en bedrijfsarts. Op de noodzaak van overleg tussen huis- en bedrijfsarts is hierboven al gewezen bij de verschillen in diagnosestelling en de mogelijk daaruit voortvloeiende verschillen in begeleiding en behandeling.

Verder is opvallend dat naar verhouding zo weinig werknemers die langdurig verzuimen om psychische redenen contact hebben met een hulpverlener die is gespecialiseerd in de behandeling van psychische klachten (psycholoog, psychiater, RIAGG/GGZ-instelling of (bedrijfs)maatschappelijk werker). Het aantal werknemers dat contact heeft met een behandelaar van psychische klachten neemt wel toe in de loop van het eerste ziektejaar, maar na 4/5 maanden verzuim ontvangt maximaal één op de vijf werknemers een specifieke behandeling. In dit verband is het ook veelzeggend dat contacten die door de huisarts en bedrijfsarts als therapeutisch worden geduid, door de werknemers niet als zodanig worden onderkend. In het deelonderzoek gaven huisartsen en bedrijfsartsen aan dat er bij 13 respectievelijk 21 van de 32 werknemers sprake was van een therapieessessie in de eerste maand na de verzuimmelding. In alle gevallen is dat de werknemer ontgaan.

Vanaf vijf weken na de ziekmelding melden werknemers dat hun werkgever activiteiten gaat ontplooiën om de werkhervatting te bevorderen. Het aantal werkgevers dat dit doet stijgt enigszins naarmate de verzuimtermijn vordert. Het gaat dan steeds om het veranderen of verminderen van het takenpakket en korter werken. De helft van de werknemers vindt na 4/5 maanden verzuim echter dat de werkgever veel te weinig doet om werkhervatting te bevorderen.

## **Omvang, aard en voorspellers van volledige werkherhervatting**

Een jaar na de ziekmelding is 51% van de werknemers die aan de tweede meting hebben meegedaan weer volledig aan het werk. Mannen en vrouwen hebben een even grote kans op volledige werkherhervatting. Van de groep die aan het einde van het eerste ziektejaar is hervat, is slechts 9% een half jaar later weer ziek geworden. Van de groep die niet volledig is hervat aan het einde van het eerste ziektejaar, heeft een half jaar later een kwart het werk alsnog volledig hervat, en ruim 40% gedeeltelijk. Indien we veronderstellen dat de groep werknemers die niet aan de tweede meting heeft meegedaan, qua werkherhervatting niet sterk afwijkt van de groep die wel gevolgd kon worden, dan is er sprake van een opmerkelijk hoog hervattingspercentage voor een cohort dat minimaal 12-20 weken verzuimde in verband met psychische klachten. Deze cijfers stemmen gunstiger dan de aannames over de kans op chronisch verzuim in de rapportages van de Commissie Donner (2001), dat onder andere is gebaseerd op de rapportage over 'psychische arbeidsongeschiktheid' door Veerman e.a. (2001). Veerman e.a. maken wel de kanttekening dat de beschikbare onderzoeken uitgevoerd zijn vóór de invoering van Wulbz en gedeeltelijk vóór TBA. Verwacht wordt dat er sindsdien feitelijk meer activiteiten vanuit de bedrijven zijn ondernomen met het doel werknemers uit de WAO te houden. De resultaten van het huidige onderzoek laten een optimistischer beeld zien. Dat geldt ook ten aanzien van werkherhervatting een half jaar na afloop van het eerste ziektejaar. Tabel A.2 laat de werkherhervattingspercentages van dit onderzoek aan het einde van het eerste ziektejaar zien, in vergelijking met de cijfers zoals gerapporteerd door Veerman e.a. (2001, p. 88) en voorzover vergelijkbaar met Schroer (1993).

Het percentage van volledig hervattende werknemers van Schroer (1993) lijkt redelijk overeen te komen met de cijfers uit het onderhavige onderzoek, al heeft Schroer niet van alle werknemers tot deze gegevens tot en met het einde van het eerste ziektejaar. Hoewel het niet duidelijk is of het daar volledige werkherhervatting betreft heeft aan het einde van het eerste ziektejaar meer dan 50% het werk bij de eigen of een andere werkgever hervat.



Tabel A2. Een overzicht van de kans op werkhervatting op basis van onderhavig onderzoek, als ook Veerman e.a. (2001) een half jaar na afloop van het ziektejaar. De vergelijking met Schroër (1993) betreft één jaar na de ziekmelding.

	Dit onderzoek: Verzuim om psy- chische redenen met 12-20 weken	Veerman e.a. (2001) Diagnose psy- chisch	Schroër (1993): Overspannen werk- nemer
% ja	N=436	N=285 (niet duidelijk is of 'werkzaam' hier volledig werkzaam betreft)	N=103 (n=114 bij verzuimbeëindiging)
Volledig werkzaam aan het einde van het eerste ziektejaar	51% volledig hervat	-	39% hervat a.g.v. terugkeer oude werk- gever, 23% hervat elders (incl. gedeelte- lijke hervatting)  50% hervat <b>volledig</b> in eigen werk bij ver- zuimbeëindiging, niet noodzakelijk gevold tot einde eerste ziek- tejaar (n=114)
Werkzaam half jaar na afloop eerste ziektejaar	59% (volledig)	40% (volledig + gedeeltelijk?)	-
Niet werkzaam bij einde eerste ziektejaar en niet werkzaam ½ jaar later	37%	58%	-
Werkzaam bij einde ziektejaar en niet werkzaam een half jaar later	9%	3%	-
Zowel bij het einde eerste ziektejaar als een half jaar later werkzaam	47%	27%	-
Niet werkzaam bij einde ziek- tejaar en ook niet half jaar later	12%	12%	-

In dit recente rapport over de 12-maands-zieken van Veerman e.a. (2001; p. 88) blijkt o.a. 40% nog gedeeltelijk of volledig werkzaam een half jaar na het einde van het eerste ziektejaar. In dit onderzoek is 59% volledig hervat. Dit gunstiger beeld wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat de werknemersgroep in onderhavig onderzoek vanaf een eerder moment in het ziektejaar werd gevolgd. Het cohort

12-maands-zieken uit het onderzoek van Veerman e.a. (2001) zal gemiddeld genomen “ernstiger” problematiek hebben dan het cohort van de werkgroep in dit huidige onderzoek wordt gerapporteerd. Anderzijds kan het er sterk op dat daar waar in het onderhavige onderzoek gesproken wordt over ‘werkzaam’, dit meestal op volledige werkhervatting duidt. Dit is waarschijnlijk niet het geval in de cijfers die door Veerman e.a. (2001) over de 12-maands zieken worden gerapporteerd. Volgens de criteria van Veerman e.a. (2001) zijn de hervattingspercentages zoals vermeld in tabel A.2 in een cohort van werknemers die met een diagnose psychische aandoeningen langdurig verzuimen niet verschillend van werknemers die met een andere diagnose in dat cohort verzuimen.

In dit onderzoek blijken de meeste werknemers (81%) bij hun eigen werkgever te hervatten. Hun arbeidsomstandigheden veranderen nauwelijks. Voor diegenen die bij een andere werkgever gaan werken verandert er daarentegen wel iets. De psychische en fysieke werkbelasting wordt minder in de nieuwe werksituatie. Het is echter niet altijd zo dat men na werkhervatting bij een nieuwe werkgever ook structureel korter gaat werken. Een aantal werknemers doet dat inderdaad, maar een groot aantal gaat juist langer werken.

### **Vooraf geformuleerde verwachtingen over werkhervatting**

Het beantwoorden van de vraag welke interventies werkhervatting voorspellen is één van de hoofddoelen van dit onderzoek. Op basis van de schaarse literatuur naar determinanten van werkhervatting na uitval vanwege psychische klachten, zijn de volgende verwachtingen geformuleerd.

1. Vermindering van psychische klachten hangt samen met een grotere kans om aan het einde van het eerste ziektejaar volledig hervat te zijn.
2. Werknemers met verschillende klachten zullen, vooral wanneer ook sprake is van psychische klachten, minder snel hervatten dan werknemers met een enkele gezondheidsklacht.
3. Samenwerking tussen de huisarts en bedrijfsarts vermindert de klachten en bevordert werkhervatting.
4. Persoonsskenmerken zijn mede bepalend voor werkhervatting. Verwacht wordt dat vrouwen en ouderen een minder grote kans op werkhervatting hebben dan mannen en jongeren. Het kostwinnerschap en andere aspecten die samenhangen met een grote mo-

tivatatie om het werk te hervatten hangen samen met een grotere hervattingskans.

5. Bij vrouwen zijn deels andere voorspellers verantwoordelijk voor de reductie van klachten en voor werkhervatting dan bij mannen.
6. Wanneer er sprake is van psychische klachten, met name bij overspanningsklachten en burnout, is een vroegtijdige interventie het meest effectief voor een tijdige en volledige werkhervatting.
7. De achterliggende oorzaak van verzuim is van invloed op de kans het werk na één jaar weer te hebben hervat. Bij arbeidsconflicten is de hervattingskans het geringste, en bij familieproblemen het grootst.
8. Gunstige arbeidsomstandigheden, met name minder geestelijke belasting, een betere arbeidsinhoud, en meer aandacht voor arbeidsomstandigheden in het bedrijf hangen samen met een grotere kans op werkhervatting.

Deze verwachtingen zullen hieronder nader worden besproken op grond van de resultaten van dit onderzoek.

*Gaat klachtenvermindering gepaard met een grotere hervattingskans?*

Gemiddeld genomen is er in het hele cohort sprake van een daling van het aantal depressieve klachten zoals gemeten met de SCL-90 depressie. Maar ook is er een aanzienlijke groep werknemers bij wie geen vermindering of zelfs een toename van klachten heeft plaatsgevonden. Werknemers die bij de tweede meting minder depressieve klachten hebben aangegeven dan bij de eerste meting, hebben inderdaad een grotere hervattingskans dan werknemers bij wie geen vermindering van depressieve klachten kon worden vastgesteld. Het aanhouden of toenemen van depressieve klachten zit een volledige werkhervatting blijkbaar in de weg.

Wanneer rekening wordt gehouden met andere voorspellers hangt de mate van onwelbevinden (gemeten met de GHQ-12) niet meer samen met werkhervatting.

Zeer opvallend is dat de mate van burnout in de eerste 3-5 maanden van ziekmelding in het geheel niet samenhangt met de kans op werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Door de formulering van de burnout vragen, die rechtstreeks betrekking hebben op het werk, kon deze vragenlijst tijdens de tweede meting alleen opnieuw worden afgenomen bij diegenen die reeds hadden hervat tijdens de tweede meting. Er kunnen dus geen analyses worden uitgevoerd die antwoord geven op de vraag of er sprake is van een vermindering van burnout.

Het chronisch worden of verergeren van (ondergediagnosticeerde?) *depressieve* klachten blijkt een belangrijkere voorspeller te zijn voor het niet hervatten van werk.

*Hangen comorbide klachten samen met een geringere kans op werkhervatting?*

In dit cohort heeft ongeveer 35% van de werknemers naast psychische klachten ook andere somatische klachten. Verder heeft 9% een combinatie van verschillende somatische klachten zonder dat er sprake is van psychische klachten. Er is in dit breed samengestelde cohort dus sprake van een omvangrijke comorbiditeit.

De veronderstelling dat werknemers die last hebben van psychische en somatische klachten minder snel hervatten dan werknemers die alleen psychische klachten ervaren, kan echter niet worden bevestigd.

*Leidt samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts tot een grotere kans op werkhervatting?*

De verwachting was dat samenwerking tussen de huis- en bedrijfsarts zou leiden tot meer overeenstemming in diagnostiek en behandeling. Dit zou dan weer resulteren in een grotere kans om aan het einde van het eerste ziektejaar het werk volledig te hervatten. Deze verwachting kan echter niet worden getoetst omdat er volgens de werknemers nauwelijks sprake is van samenwerking. Door het machtigingssysteem zouden werknemers wel op de hoogte moeten zijn van een eventuele samenwerking. Het is echter mogelijk dat er informele contacten zijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen waar werknemers geen weet van hebben. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat deze informele contacten het totale beeld erg kunnen veranderen.

Uit dit onderzoek blijkt dat bedrijfsartsen en huisartsen bij dezelfde werknemers verschillende diagnoses vaststellen. Met name over de vraag of er sprake is van overspanning of depressie lopen de oordelen nogal uiteen. Gezien de consequenties die dat kan hebben voor de begeleiding en behandeling is een verbetering van de communicatie noodzakelijk. Er valt veel te winnen, zeker gezien het feit dat een ruime meerderheid van de werknemers in de eerste vier weken na de ziekmelding toch al contact heeft met zowel de huisarts als de bedrijfsarts.

*In hoeverre zijn persoonskenmerken mede bepalend voor werkhervatting?*

Mannen en vrouwen hebben eenzelfde kans op hervatting. Ook jong en oud blijken hierin niet te verschillen. Het enige kenmerk dat na

correctie voor andere voorspellers overeind blijft heeft te maken met de motivatie van de werknemer. Werknemers die willen hervatten maar daarvan worden weerhouden, blijken een grotere kans op volledige werkhervatting te hebben. Zelf acties ondernemen gericht op werkhervatting, draagt in de eerste stappen van de multivariate regressies bij aan een grotere hervattingskans. Nadat echter gegevens uit het tweede interview worden opgenomen in het analysemodel, valt het ‘zelf acties ondernemen tot 4/5 maanden na de ziekmelding’ weg als voorspeller. Diverse andere motivationele variabelen, inclusief kostwinnerschap, hangen niet samen met werkhervatting. De resultaten van dit onderzoek bevestigen echter wel het beeld dat bij werkhervatting na uitval om psychische klachten meer betekenis moet worden gegeven aan motivationele en minder aan sekse- of leeftijdsgebonden factoren.

*Zijn er voor mannen en vrouwen verschillende voorspellers van werkhervatting?*

In de algemene analyse hebben mannen en vrouwen een gelijke kans op werkhervatting. Na correctie voor andere mogelijke voorspellers blijken vrouwen, in tegenstelling tot mannen, een kleinere kans op werkhervatting te hebben wanneer stress in de thuissituatie de oorzaak van het verzuim is of wanneer een diagnostisch consult heeft plaatsgevonden met een alternatieve genezer in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de verzuimmelding. Alleen voor mannen geldt dat de kans op werkhervatting kleiner is als zij na 4/5 maanden verzuim geen perspectief zien om het eigen werk weer te hervatten.

Het feit dat stresserende gebeurtenissen thuis vooral bij vrouwen tot een geringere kans op werkhervatting leiden, past in het beeld dat vooral de vrouw bereid is carrière in te leveren wanneer de thuissituatie daar een beroep op doet (o.a. Houtman en Van den Heuvel, 2001). Er is geen duidelijke verklaring waarom het hebben bezocht van een alternatieve hulpverlener in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding vooral bij vrouwen samenhangt met een geringere werkhervatting.

Uit de literatuur blijkt dat de gemiddelde man een sterkere oriëntatie op een carrière in het werk heeft, en minder een verzorgende rol ziet in het gezin dan de gemiddelde vrouw (Houtman en Van den Heuvel, 2001). Dit is ook het geval wanneer ze eenzelfde, hogere opleiding hebben (Van Schie, 1997). Het besef dat men het eigen werk, het werk waar men carrière heeft gemaakt, misschien niet meer kan doen, verklaart mogelijk dat dit vooral bij mannen samenhangt met een geringere hervattingskans.

*Zijn vroegtijdige interventies effectief?*

In de univariate analyses blijkt dat veel van de contacten met en interventies van huisartsen, bedrijfsartsen en andere behandelaars gepaard gaan met een kleinere kans op werkhervatting. Dit geldt in het algemeen voor alle perioden van het verzuim inclusief de vroege verzuimfasen. Dit kan er op wijzen dat contacten en interventies vooral plaatsvinden in situaties waar vanaf het begin sprake is van een slechte prognose voor werkhervatting (ernstiger psychische, psychosociale of werkgebonden problematiek).

In de multivariate analyses, waarin gecorrigeerd wordt voor overige voorspellers zoals het niveau van de klachten, blijkt dat contacten en interventies veelal geen eigen bijdrage meer hebben aan de verklaring van verschillen in de kans op werkhervatting. Blijkbaar wordt er dan gecorrigeerd voor overige factoren die samenhangen met een slechte werkhervattingsprognose.

Een opvallende uitzondering is het hebben van meer dan twee contacten met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de verzuimmelding. Dat gaat wel gepaard met een grotere kans op werkhervatting. Indien men precies eenmaal of tweemaal naar de bedrijfsarts gaat is de kans op werkhervatting daarentegen juist kleiner dan wanneer mhelemaal geen contact heeft met de bedrijfsarts. Bij nadere beschouwing blijkt het om een complexe variabele te gaan. Er kunnen in de eerste vier weken na de verzuimmelding drie groepen werknemers onderscheiden worden (geen contact, precies eenmaal of tweemaal, of meer dan tweemaal contact met de bedrijfsarts). Deze groepen verschillen onderling op veel kenmerken. Nadere analyses wijzen er op dat frequente contacten met de bedrijfsarts samen kunnen hangen met een hoog niveau van depressieve klachten en weinig klachten van het bewegingsapparaat. De samenhang tussen contactfrequentie en werkhervatting is echter complex en moeilijk te interpreteren.

Bij de analyses naar voorspellers van werkhervatting moet verder bedacht worden dat een groot aantal variabelen is opgenomen in de analyses. Dit kan leiden tot overcorrectie: de verschillende interventies hebben elk op zich geen unieke bijdrage, maar gezamenlijk is er wel sprake van een effect.

Een alternatieve verklaring voor het niet vinden van een positief effect op werkhervatting kan gelegen zijn in een eventueel sterk wisselende kwaliteit van de interventies. Een mengeling van kwalitatief goede en slechte interventies kan er toe leiden dat voor de groep als geheel geen effect wordt gevonden. Zo kon Van der Weide aanvankelijk ook geen

onafhankelijk effect van het bedrijfsgeneeskundig handelen vaststellen bij werknemers met lage rugklachten. Wanneer zij echter rekening hield met de kwaliteit van de begeleiding, in dit geval met objectieve prestatie-indicatoren voor de begeleiding door de bedrijfsarts zoals de continuïteit van zorg en aspecten van technische deskundigheid, kon wel degelijk een gunstig effect van kwalitatief goed bedrijfsgeneeskundig handelen worden aangetoond (Van der Weide e.a., 1999). In het huidige onderzoek waren deze indicatoren niet beschikbaar. De tevredenheid van de werknemer met de bedrijfsarts en het bedrijfsgeneeskundig handelen bleek in het huidige onderzoek geen relatie te hebben met werkhervatting.

*Speelt de oorzaak van verzuim een rol bij de voorspelling van werkhervatting?*

Verondersteld werd dat de werkhervattingskans mede werd bepaald door de oorzaak van de ziekmelding. Wanneer conflicten op het werk door de werknemers als oorzaak van het ‘psychisch verzuim’ werden genoemd zou de kans op werkhervatting klein zijn. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat oorzaken van de ziekmelding inderdaad een voorspellende waarde hebben voor werkhervatting. Conflicten op het werk blijken echter niet met de kans op werkhervatting samen te hangen. Wel blijkt dat de werkhervattingskans groter is wanneer de oorzaak van de ziekmelding is gelegen in de emotionele belasting buiten het werk. De verklaring kan zijn dat deze oorzaak vaak van tijdelijke aard is en lang niet altijd negatief hoeft te zijn (denk bijvoorbeeld aan de geboorte van een kind). In dergelijke situaties is er vaak geen aanleiding voor verzuim dat duurt tot het einde van het eerste ziektejaar.

*Spelen het werk en de acties van de werkgever een rol bij werkhervatting?*

Een hoge werkdruk bleek een belemmering te vormen voor het volledig hervat zijn aan het einde van het eerste ziektejaar. Uit de univariate analyses blijkt dat wanneer de werkgever maatregelen neemt om het takenpakket te veranderen, te verlichten, of de werknemer korter te laten werken, dit samenhangt met een grotere hervattingskans. We zien echter ook dat slechts een beperkt aantal werkgevers dit soort maatregelen neemt. Ruim de helft van de werknemers vindt omstreeks 4/5 maand na de ziekmelding dat de werkgever te weinig voor hen doet.

Na correctie voor de invloed van andere variabelen blijkt een hoge werkdruk nog steeds gepaard te gaan met een kleinere werkhervat-



tingskansen. Eventuele maatregelen van de werkgever leveren geen eigen bijdrage meer aan de voorspelling van werkhervatting. Verder laten de resultaten zien dat de kans op werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar kleiner wordt, als een werknemer na 4/5 maanden verzuim nog overgeplaatst wordt naar een andere werkplek of afdeling. Wellicht kost het veranderen van werkplek of afdeling na 4/5 maanden verzuim zoveel energie, dat de werknemer daarvoor nog niet volledig hervat is. Het kan echter ook zo zijn dat als gevolg hiervan iemand niet meer in zijn oude werk kan hervatten, en men om die reden aan het einde van het eerste ziektejaar niet is volledig hervat. Het zou interessant zijn dit nader te onderzoeken, en na te gaan of deze werknemers op wat langere termijn, na het einde van het eerste ziektejaar, wellicht wel weer volledig zijn hervat.

### **Voorspellers van klachtenvermindering**

Gegevens over de (psychische) gezondheidsklachten zijn op twee momenten verzameld: 4-5 maanden na de ziekmelding en 16-18 maanden na de ziekmelding. De UBOS is echter alleen bij de eerste meting afgenomen. Het bleek dat deze vragenlijst voor het meten van burnout onvoldoende was afgestemd op de populatie werknemers die al 16-18 maanden niet meer werkte. De groepen werknemers met ongunstige scores op de vragenlijsten voor angst en depressie overlappen elkaar sterk. De relatie tussen depressie en werkhervatting blijft echter steeds wat sterker te zijn dan tussen angst en werkhervatting. De gecombineerde score waarmee vier groepen werknemers naar aard en ernst van de klachten onderscheiden konden worden, blijkt veel minder eenduidig samen te hangen met werkhervatting dan de scores op de afzonderlijke vragenlijsten. Dit alles heeft er toe geleid dat het onderzoek naar determinanten van klachtenvermindering uiteindelijk is toegespitst op determinanten van vermindering van *depressieve* klachten.

Vermindering van depressieve klachten was niet vanzelfsprekend het geval. Bij de tweede meting bleek dat 19% (n=84) van de respondenten nog steeds last had van een gemiddeld tot hoog niveau van depressieve klachten en bij 11% (n=47) de klachten zelfs toenamen van een laag of gemiddeld niveau naar een gemiddeld, respectievelijk hoog niveau van depressie. Voor de toets naar voorspellers van klachtenreductie is de groep die op de eerste en tweede meting weinig of geen depressieve klachten had uitgesloten. Vervolgens is de groep werknemers die tenminste 10 punten op de depressieschaal is gedaald, vergeleken met diegenen die niet waren gedaald of zelfs waren gestegen.

Ten aanzien van klachtenvermindering zijn vooraf op basis van de literatuurstudie de volgende verwachtingen geformuleerd.

1. Samenwerking tussen de huisarts en bedrijfsarts draagt–bij consensus in oordeel en behandel- en begeleidingsplan- bij aan een grotere of sneller vermindering van de klachten.
2. Persoonskenmerken zijn mede bepalend voor klachtenvermindering. Verwacht wordt dat vrouwen en ouderen een minder snelle of grote klachtenvermindering laten zien dan mannen en jongeren.
3. Een snelle start met de aanpak van de klachten zal sneller tot een klachtenvermindering leiden.
4. Gunstige arbeidsomstandigheden, met name minder geestelijke belasting, een betere arbeidsinhoud, en meer aandacht voor arbeidsomstandigheden in het bedrijf hangen samen met een snellere afname van de klachten.

De verwachtingen over de effecten van de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen konden niet worden getoetst omdat het zo weinig voorkwam. Vanwege de selectieprocedure zijn voor dit onderdeel van het onderzoek geen aparte analyses voor mannen en vrouwen uitgevoerd. Hieronder worden de vooraf geformuleerde verwachtingen besproken.

*In hoeverre zijn persoonskenmerken mede bepalend voor klachtenvermindering?*

Opvallend genoeg hingen persoonskenmerken als geslacht en leeftijd niet samen met de kans op klachtenvermindering. Alleen het leidinggevend zijn hing samen met een grotere kans op klachtenvermindering, maar ook dit effect verdween op het moment dat de er voor de invloed van de contacten met de huis- en bedrijfsarts gecorrigeerd werd.

*Vroegtijdige interventie effectief ten aanzien van klachtenreductie?*

De aandacht bij het voorspellen van klachtenreductie richtte zich voor het onderzoek vooral op de interventies van de hulpverleners. De resultaten zijn in die zin zeer verrassend. Uit de multivariate analyses bleek dat van alle mogelijke voorspellers slechts één significant klachtenvermindering voorspelt: het bezoeken van de huisarts in de eerste maand na de verzuimmelding. Alle overige hulpverleningsvariabelen hadden geen eigen onafhankelijke voorspellende waarde voor klachtenvermindering.

Een opvallend resultaat is dat gedeeltelijke en therapeutische werkhervatting de vermindering van depressieve klachten ‘tegenwerkt’. Wellicht vergt dit veel energie van de werknemers waardoor depressieve klachten in stand blijven. Andere, de vorige niet uitsluitende, verklaringen kunnen zijn dat de werknemer zich bij gedeeltelijke werkhervatting weer geconfronteerd ziet met dezelfde (onopgeloste) problemen of dat er sprake is van een slechte begeleiding van gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting of dat de werknemer onvoldoende wordt behandeld voor zijn of haar depressieve klachten. Wellicht is gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting bij met name aanhoudende en mogelijk niet onderkende depressieve klachten ook niet goed, en leidt dit niet tot een duurzame werkhervatting. Dit wil overigens niet zeggen dat aandacht voor werk bij depressieve klachten niet goed zou zijn. Wanneer er sprake is van een depressie blijkt bijvoorbeeld de inzet van een ergotherapeutische interventie wel degelijk effectief te zijn in termen van eerdere gedeeltelijke werkhervatting (Kikkert e.a., 2001).

De tevredenheid over de begeleiding en behandeling hing niet samen met een afname van de klachten.

Overigens geldt ook hier de eerder genoemde bedenking dat er een groot aantal variabelen is opgenomen in de multivariate analyses. Het is mogelijk dat verschillende interventies afzonderlijk geen unieke bijdrage hebben (elkaar in de analyses uitdoven) terwijl het totaal aan interventies wel effectief is.

#### *Arbeidsomstandigheden en klachtenvermindering*

Belastende factoren in het werk blijken van belang te zijn voor de kans op klachtenvermindering. De aanwezigheid van giftige gassen op de werkplek hing samen met een geringere kans op vermindering van klachten. Ook problemen met leiding en collega's gingen gepaard met een *grotere* kans op klachtenvermindering. Dit laatste is een verrassende uitkomst. Wellicht gaat het hier om problemen die snel en adequaat worden opgelost, of is er sprake van een situatie waarin in de eerste verzuimfase sprake is van medische klachten en in een latere fase de eventuele medicalisering van klachten wordt “losgelaten”. Het werken in een middelgroot bedrijf hangt samen met een grotere kans op klachtenvermindering. In zo'n bedrijf is wellicht een optimale combinatie aanwezig van mogelijkheden om een andere functie of werkplek te krijgen en voldoende persoonlijke betrokkenheid van de werkgever bij de realisering van een dergelijke verandering.

## Slotconclusies

1. Bij een groot deel van de werknemers is sprake van een afname van depressieve klachten. De uitkomsten op de SCL-90 depressievragenlijst laat echter ook zien dat er een groep werknemers is bij wie de klachten niet afnemen maar zelfs toenemen (10% houdt een middelmatige hoog niveau van klachten, 9,4% een hoog niveau van klachten en bij 11% is sprake van een toename van klachten van een middelmatig naar hoog niveau). Het aanhouden of toenemen van depressieve klachten is een belangrijke reden om niet volledig te zijn hervat aan het eind van het eerste ziektejaar.
2. Net iets meer dan de helft van de werknemers die 4-5 maanden verzuimen in verband met psychische klachten of psychosociale problematiek in of buiten het werk, en die een jaar zijn gevolgd, is aan het einde van het eerste ziektejaar weer *volledig* hervat. Een half jaar later blijkt 91% van hen nog steeds aan het werk te zijn. Van diegenen die aan het einde van het eerste ziektejaar nog niet volledig zijn hervat, is een half jaar later een kwart alsnog volledig hervat, en ruim 40% gedeeltelijk hervat. Deze onderzoeksresultaten zijn optimistischer over de hervattingskans dan tot nu toe in de literatuur is gerapporteerd en als uitgangspunt gehanteerd in de rapporten van de Commissie Donner.
3. Alle werknemers hebben in verloop van het verzuimtraject wel contacten met huisarts of bedrijfsarts. Die contacten blijven voor een groot deel van de werknemers ook gedurende de gehele verzuimperiode bestaan. Opvallend is echter dat 30% van de werknemers die minimaal 12-20 weken om psychische redenen verzuimt geen contact met de bedrijfsarts heeft in de eerste vier weken na de verzuimmelding.
4. Relatief weinig werknemers die langdurig verzuimen om psychische redenen hebben contact met een hulpverlener die is gespecialiseerd in de behandeling van psychische klachten (psycholoog, psychiater, RIAGG/GGZ-instelling of (bedrijfs)-maatschappelijk werker). Het aantal werknemers dat contact heeft met een behandelaar van psychische klachten neemt wel toe in de loop van het eerste ziektejaar, maar na 4/5 maanden verzuim ontvangt nog slechts één op de vijf werknemers een specifieke behandeling. In dit verband is het ook veelzeggend

dat contacten die door de huisarts en bedrijfsarts als therapeutisch worden geduid, door de werknemers niet als zodanig worden onderkend.

5. Uit dit onderzoek blijkt dat er sprake is van een discrepantie tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij het benoemen van psychische klachten van werknemers. Er is geen overeenstemming over de vraag of er sprake is van overspannenheid of depressie. Daarnaast lijken de eerstelijns diagnoses van huisartsen en bedrijfsartsen volkomen los te staan van de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten naar overspanning, depressie en angststoornissen. Dit lijkt te duiden op een belangrijk probleem aangezien de behandeling van burnout, overspanning en spanningsklachten verschillend is van die van depressie (vb. Van der Klink en Van der Putten-Driesen, 2000). Mogelijk ligt hier ook een verklaring voor het toenemen van depressieve klachten bij een deel van de werknemers gedurende het eerste ziektejaar.
6. Samenhangend met de vorige conclusie is het veelzeggend dat slechts een zeer minimaal aantal werknemers meldt dat er sprake is van samenwerking tussen hun huisarts en bedrijfsarts. Juist bij (langdurig) verzuim in verband met psychische klachten of psychosociale problematiek lijkt samenwerking aangewezen. Een groot knelpunt hoeft dit niet te zijn, veel werknemers hebben al contact met zowel de huisarts als de bedrijfsarts. Overleg over de diagnose en afstemming van het begeleidings- en behandelplan zullen veel vaker nodig zijn dan nu het geval lijkt te zijn. Tegenstrijdigheid in de begeleiding en behandeling zal het verminderen van klachten en de werkhervatting in de weg staan.
7. De contacten met, en interventies door bedrijfsartsen, huisartsen en andere hulpverleners hebben weinig voorspellende waarde voor volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar en voor klachtenvermindering. Bij de bespreking van de uitkomsten is aangegeven dat dit samen kan hangen met het feit dat er een groot aantal variabelen tegelijk is opgenomen in de multivariate analyses. Het kan echter ook het gevolg zijn van verschillen in kwaliteit tussen de behandelaars of begeleiding en behandeling. Een mengeling van kwalitatief goede en slechte begeleiding en behandeling kan resulteren in het ontbreken van een effect voor het cohort als totaal. Dit laatste is in de literatuur

al eerder aangetoond bij de begeleiding van werknemers met lage rugklachten. Frequent contact met de huis- en bedrijfsarts in de eerste vier weken na de verzuimmelding blijkt samen te hangen met vermindering van depressieve klachten respectievelijk volledige werkhervatting. Het is echter onduidelijk welke interpretatie aan deze samenhang gegeven moet worden.

8. Gedeeltelijke en vooral therapeutische werkhervatting hangt samen met een *geringere* vermindering van de depressieve klachten dan bij werknemers die het werk niet partieel hervatten. Hiervoor zijn verschillende, elkaar niet uitsluitende verklaringen aangevoerd. Het kan zijn dat werkhervatting veel energie vraagt en de klachten om deze reden niet verder afnemen of zelfs toenemen, partiële werkhervatting de werknemer confronteert met dezelfde (onopgeloste) problemen, gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting slecht wordt begeleid of de werknemer onvoldoende wordt behandeld.
9. Het gegeven dat verandering van werkplek of afdeling vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding de werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar belemmert, vraagt om een nadere analyse van wat die werknemers nu precies overkomt.
10. Een hoge werkdruk in het werk voorafgaand aan de ziekmelding is een belangrijke drempel voor een volledige werkhervatting. Hier kan zowel de werknemer als de werkgever veel aan doen. Daarnaast lijken middelgrote bedrijven enerzijds klein genoeg om de werknemer te ondersteunen bij de klachtenvermindering, en zijn tevens net groot genoeg om de mogelijkheid te hebben werknemers een (wat) ander takenpakket te bieden.
11. Bij werkhervatting na uitval vanwege psychische problematiek dient meer aandacht te worden gegeven aan de motivatie van de werknemer. Werknemers die het werk willen hervatten, tegen de opinie van hun begeleiders in, blijken uiteindelijk een hogere kans op werkhervatting te hebben. Leeftijd en geslacht lijken van minder belang te zijn.

## Aanbevelingen

1. Op grond van de onderzoeksresultaten zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd voor de *praktijk*:

- a. Allereerst wijzen de resultaten van dit onderzoek er op dat samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen bij de begeleiding van werknemers met psychische klachten verbeterd dient te worden. Er is nu nauwelijks sprake van samenwerking, terwijl er belangrijke verschillen in diagnostiek zijn die aanleiding kunnen geven tot verschillen in begeleiding en behandeling. De randvoorwaarden zijn gunstig. Veel werknemers hebben in de vroeg verzuimfase contact met beiden. Bovendien stimuleren overheid en beroepsverenigingen deze samenwerking.
  - b. Daarnaast dienen beide beroepsgroepen meer aandacht te besteden aan de communicatie met de werknemer/patiënt. Volgens dit onderzoek ontgaat de werknemer veel van wat op een spreekuurconsult gebeurt. Met name in situaties waarin de bedrijfsarts “vaart” op de mededelingen van de werknemer over de inhoud van het consult met de huisarts lijken misverstanden en miscommunicatie onvermijdelijk te zijn.
  - c. Het beleid van de overheid gericht op een snel contact tussen werkgever en werknemer dient gestimuleerd te worden. De wet Verbetering Poortwachter biedt daarvoor een goede voorzet. In dit onderzoek blijkt dat werkgevers nog nauwelijks betrokken zijn bij de begeleiding van werknemers die om psychische redenen verzuimen, terwijl 36% van de langverzuimende werknemers aangeeft dat niet de gezondheidsklachten, maar belastingen in de werk- en privé-situatie de hoofdoorzaak van het verzuim vormen. Als werkgevers betrokken zijn, is dat vaak in een laat verzuimstadium. In de eerste vier tot vijf maanden is de helft van de werknemers ontevreden over de inzet van de werkgever. Een betere communicatie lijkt dringend gewenst. De werkdruk blijkt in dit onderzoek weer een belangrijke factor te zijn. Aanpak van werkdruk kan niet alleen bijdragen aan de preventie van verzuim maar ook aan een effectieve bevordering van werkherleving.
2. Wat betreft het *beleid* kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.
    - a. Allereerst lijkt er behoefte aan het stimuleren van de ontwikkeling van een richtlijn voor de diagnostiek, begeleiding en behandeling van werknemers met psychische klachten voor de bedrijfsarts en huisarts *gezamenlijk*. Een dergelijke ontwikkeling is reeds voorzichtig gestart in het kader van het NWO-onderzoeksprogramma ‘Psychische



NWO-onderzoeksprogramma 'Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie'.

- b. In dit kader zal een evaluatie van de richtlijn voor de begeleiding van psychische klachten die reeds voor bedrijfsartsen is ontwikkeld, belangrijk kunnen zijn. De indruk bestaat dat veel arbocontracten het goed uitvoeren van deze richtlijn in de weg staan. Toch lijkt er – mede gezien de resultaten van dit onderzoek - veel behoefte aan een instrument dat de diagnostiek en begeleiding van deze werknemers op betrouwbare en valide wijze stuurt, en ook bruikbaar is in de context waarin de artsen moeten werken.
3. Wat betreft *onderzoek* kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.
- a. Er is onderzoek beschikbaar waarin de sociaal medische begeleiding (SMB) van de bedrijfsarts op kwaliteitsindicatoren is getoetst in de context van lage rugklachten (Van der Weide e.a., 1999). Onderzocht zou moeten worden in hoeverre deze bruikbaar zijn bij de vaststelling van de effectiviteit van de SMB in de context van psychische klachten. Het zou kunnen zijn dat aanvullende indicatoren moeten worden geoperationaliseerd en gevalideerd.
  - b. De aanbevelingen op het niveau van de praktijk en het beleid vragen om een aantal onderzoeksmatige voorbeeldprojecten om de effectiviteit van een branche-aanpak in het kader van een arboconvenant, of de samenwerking van huis- en bedrijfsartsen, dan wel samenwerking met andere professionals en hulpverleners aan te kunnen tonen.
  - c. Een nadere analyse van het huidige gegevensbestand van INVENT kan meer inzicht geven in de uiteindelijke werkhervatting. Het blijkt dat werkhervatting ook na het eind van het eerste ziektejaar “gewoon” doorgaat. Het betrekken van de periode van vier tot zes maanden na afloop van het eerste ziektejaar in de analyses kan de vraag beantwoorden of werknemers die gedeeltelijk hervat waren alsnog volledig hervatten.
- Daarnaast blijkt er in dit onderzoek sprake van een forse groep werknemers bij wie sprake is van een toename van de depressieve klachten. Meer inzicht in de kenmerken en achtergronden van deze werknemers is gewenst. Is hier sprake van een subgroep werknemers die uiteindelijk, ook in de nieuwe WAO-voorstellen afstevent op langdurige volledige

arbeidsongeschiktheid? Ook het nader onderscheiden van de gedeeltelijk hervatters en de WAO-intreders en/of diegenen die in het geheel niet werken zal meer en relevant inzicht bieden in de problematiek van psychische arbeidsongeschiktheid.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en onderzoeksdoel

Het aandeel werkenden dat in Nederland niet of slechts gedeeltelijk werkt en een arbeidsongeschiktheidsuitkering geniet is relatief hoog vergeleken met andere landen in Europa (Veerman et al, 2001). De noodzaak om de omvangrijke WAO-intrede te verminderen en de WAO-uitstroom te bevorderen is niet alleen hoog op de prioriteitenlijst gezet door de Nederlandse politiek en door maatschappelijke en wetenschappelijke organisaties. Recentelijk heeft ook de Europese Commissie de Nederlandse regering aangespoord om de WAO-problematiek effectiever aan te pakken. Verwacht wordt dat in 2003 het miljoen WAO-gerechtigden wordt gehaald.

Ruim een derde van de nieuwe WAO-intreders heeft als hoofddiagnose ‘psychische aandoeningen’. Na een lange periode van stabilisatie lijkt dit aandeel sinds 1999 zelfs toe te nemen (Lisv, 2001). Psychische aandoeningen zijn de meest omvangrijke diagnosegroep onder de WAO-intreders. Diverse studies laten zien dat wanneer men met psychische klachten verzuimt, de kans groot is dat men ook langdurig verzuimt (o.a Schroër, 1993), en uiteindelijk WAO-er wordt (SZW, 1999). Met name de wat oudere literatuur laat tevens zien dat werknemers die ten gevolge van arbeidsongeschiktheid door psychische aandoeningen een WAO-uitkering ontvangen, minder makkelijk het werk weer hervatten dan wanneer een andere aandoening aan de arbeidsongeschiktheid ten grondslag ligt (Nijboer, Gründemann, Andries, 1993; Gründemann en Nijboer, 1998; Nieuwe Weme en Janssen, 1998). Werkgevers zien veel problemen bij de reïntegratie van werknemers met juist deze gezondheidsklachten. Onderzoek onder werknemers met een uitkering of een voorziening laat zien dat werknemers met een ‘psychische aandoening’ volgens hun directe chef vaker dan werknemers met andere diagnoses onvoldoende functioneren in hun werk, vooral waar het gaat om de kwaliteit van het door hen geleverde werk (Andries, De Haan, Gründemann, 1998). Nieuwe Weme en Janssen (1998) laten zien dat de grootste knelpunten voor werkhervatting van werknemers met psychische klachten volgens werkgevers zijn (1) de verhoogde kans op uitval in de toekomst, (2) de moeite die de werkgever heeft met de privacy gevoelige problematiek, (3) de extra belasting die de reïntegratie voor collega’s met zich meebrengt, en (4) de onduidelijkheid over de benadering van de zieke werknemer. Recenter onderzoek (Veerman, Schoemaker, Cuelenaere en Bijl; 2001) geeft echter aan dat er nauwelijks verschillen (meer)

bestaan in de snelheid waarmee werkzaamheden worden hervat tussen werknemers die met psychische aandoeningen arbeidsongeschikt zijn en werknemers met andere aandoeningen. Verondersteld wordt dat dit met de recent sterk gegroeide werkgelegenheid te maken heeft.

Vanwege de maatschappelijke (en politieke) relevantie van dit thema is de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (Donner I) ingesteld. Deze commissie is recent met een leidraad (CPA, 2001) uitgekomen, en heeft een implementatieplan opgesteld om verzuim wegens psychische redenen terug te dringen (CPA, 2001). De leidraad richt zich vooral op de aanpak van het verzuim als het eenmaal is ontstaan. Kernthema's hierin vormen:

- werkgever en werknemer houden contact tijdens de periode van verzuim;
- een vroegtijdige, adequate behandeling van klachten, en
- zo vroegtijdig mogelijke activering thuis, buitenshuis en op het werk.
- De commissie richt zich inmiddels op concrete maatregelen om verzuim ten gevolge van psychische klachten terug te dringen of te voorkómen.

Het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan is gestart in 1998. Doel van het onderzoek is meer inzicht krijgen in de activiteiten die bedrijven, arbodiensten, huisartsen en andere professionals ondernemen om de klachten van werknemers die om psychische redenen verzuimen effectief te behandelen en een tijdige terugkeer naar werk te bevorderen. Naast de activiteiten van de direct betrokkenen zal rekening moeten worden gehouden met andere factoren die van invloed kunnen zijn op het verminderen van klachten respectievelijk hervatten van werk. Daarbij kan gedacht worden aan het gedrag en kenmerken van de werknemer en de werkgever, maar ook aan de werk- of thuissituatie. Alhoewel de maatschappelijke discussie zich vooral richt op de (financiële) consequenties van de omvangrijke WAO-intrede, ligt het eigenlijke probleem in de vraag waarom uitgevallen werknemers niet hervatten. Met dit onderzoek beogen we dan ook determinanten te kunnen identificeren die bijdragen aan het verminderen van psychische klachten en het bevorderen van werkhervatting.

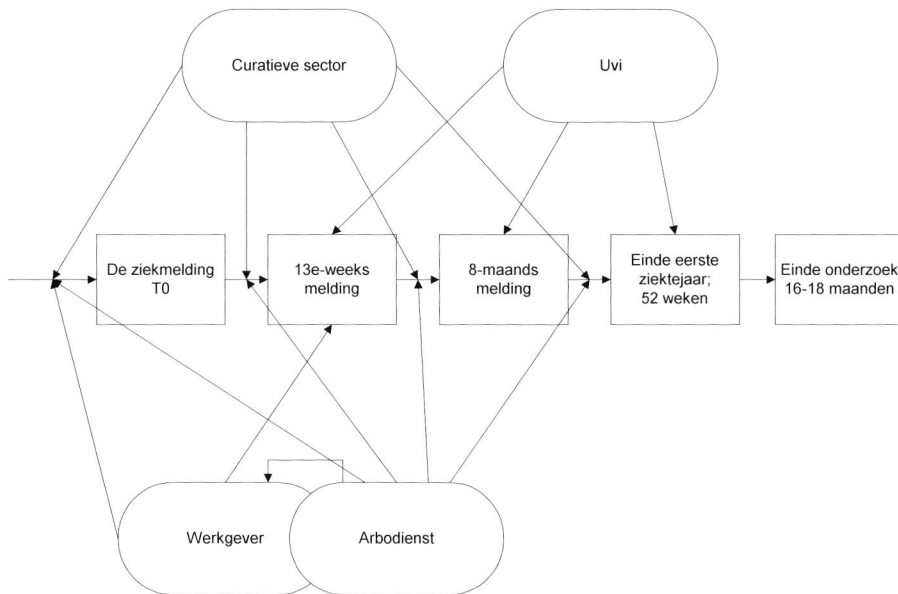
Niet hervat zijn aan het einde van het eerste ziektejaar is een belangrijk gegeven. Wanneer men dan niet is hervat komt men na een keuring mogelijk in aanmerking voor een WAO-uitkering. De vraagstelling van dit onderzoek richt zich op het beschrijven van:

- psychische klachten op verschillende momenten na de ziekmelding;
- de interventies, en het moment waarop zij plaatsvinden tijdens het verzuim;
- de voorspellende waarde van interventies gericht op vermindering van psychische klachten en op werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar.

Voordat de opzet en resultaten van het onderzoek worden besproken, presenteren we eerst kort een model waarin het volgen van een werknemer die ziek wordt de rode draad vormt. Verschillende typen factoren die bij klachtenvermindering en werkhervatting een rol kunnen spelen passeren de revue. Vervolgens wordt in de paragrafen 1.3 tot en met 1.6 relevante literatuur besproken. Dit resulteert in paragraaf 1.7 in de formulering van aanvullende hypothesen die in dit onderzoek getoetst worden. Paragraaf 1.8 beschrijft tenslotte hoe dit rapport is opgebouwd.

## **1.2 Een model, en factoren die het verzuim beïnvloeden**

Figuur 1.1 geeft aan welke actoren op de verschillende momenten na de ziekmelding actief kunnen zijn bij de begeleiding van de werknemer. Het geeft aan dat de curatieve sector, met name de huisarts, ook al voor de ziekmelding in contact kan komen met de werknemer. De kans hierop is groter wanneer er reeds voor de ziekmelding sprake is van gezondheidsproblemen. De kans dat de werknemer dan al contact heeft met de bedrijfsarts is klein. Het contract tussen de werkgever en de arbodienst voorziet er vaak alleen in dat een zieke werknemer binnen een aantal weken na de ziekmelding een bedrijfsarts bezoekt. Meestal is deze periode 2-4 weken, maar dat kan per contract verschillen. Met 13 weken moet de werkgever de werknemer bij de Uvi hebben gemeld, en een voorlopig reïntegratieplan hebben ingediend. Wanneer de werknemer langer ziek blijft moet de werkgever na 8 maanden een definitief reïntegratieplan bij de Uvi hebben ingediend. Dit kan betekenen dat de werknemer in de periode na 8 maanden ziekte nog een arbeidsdeskundige ziet die met behulp van beoordelings-systemen (toen nog het FIS; Functie Informatie Systeem) oordeelt of iemand nog gangbare arbeid kan verrichten. Een verzekeringsgeneeskundige, eventueel samen met een arbeidsdeskundige van de Uvi (nu UWV) beoordelen vervolgens of de werknemer recht heeft op een (geheel of gedeeltelijke) WAO-uitkering. Indien de werknemer het einde van het eerste ziektejaar bereikt, betekent dat 'einde van de wachttijd voor de WAO'



Figuur 1.1 Verzuimbegeleiding door de verschillende actoren in de tijd (naar Cuelenaere e.a., 1999)

Factoren die het proces van herstel en werkhervatting na verzuim om psychische redenen zullen beïnvloeden zijn:

- de (psychische) gezondheid van de werknemer;
- persoonsgebonden factoren; deze omvatten zowel de demografische kenmerken van de persoon, als persoonskenmerken zoals motivatie en copingstijl;
- werkgebonden factoren, zoals werkaspecten als oorzaak van ziekmelding, belastende factoren in het werk die de werkhervatting en/of klachtenvermindering in de weg staan;
- factoren buiten het werk zoals privé-omstandigheden. Te denken valt aan relatieproblemen, conflicten met kinderen, financiële problemen, of problemen als gevolg van het karakter van de persoon zelf;
- procesgebonden factoren; deze hebben te maken met het proces dat ziek gemelde werknemers doorlopen, en de eventuele interventies die door artsen en andere hulpverleners, door werkgevers, dan wel henzelf in gang zijn gezet.

Het belang van deze factoren voor klachtenvermindering en werkhervatting wordt in de onderstaande paragrafen aan de hand van de literatuur nader uitgewerkt.

## 1.3 Psychische gezondheid en werkherleving

### 1.3.1 *Aard en ernst van de psychische klachten*

Over de aard van de psychische klachten bij verzuim wordt geen systematische registratie bijgehouden, met uitzondering van het moment waarop werkenden echt langdurig verzuimen, circa 8 maanden na de ziekmelding. De werkgever is op dat moment verplicht een definitief reïntegratieplan aan de uitvoeringsinstelling (Uvi, nu UWV) op te sturen. Hieraan voorafgaand dient de werkgever, bij 13 weken ziekte van de werknemer, een voorlopige reïntegratieplan in te dienen bij de uitvoeringsinstelling (Uvi). In dit voorlopig reïntegratieplan wordt echter zelden gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een diagnose te vermelden.

Bij WAO-intrede, 12 maanden na de ziekmelding, blijken psychische aandoeningen bij circa eenderde van de gevallen de hoofddiagnose te vormen. Het betreft dan vooral aandoeningen met klachten die duiden op overspanning, burnout, angst of (licht) depressieve klachten (o.a. Van Eck, 1991; Van der Zouwe en De Klerk, 1993; Veerman e.a., 2001). Psychiatrische stoornissen komen nauwelijks voor. Recent zijn echter aanwijzingen gevonden dat met name depressieve klachten ondergediagnosticeerd worden in de algemene- en beroepsbevolking (Bijl, Van Zessen en Ravelli, 1997; Pop en Van Heck, 1999).

Veerman en anderen (2001) geven aan dat het hebben van psychische klachten overigens niet gelijk staat aan arbeidsongeschiktheid. Zo zijn er werknemers die blijven doorwerken met psychische klachten, maar ook werknemers die ondanks herstel niet hervatten. Veerman en medeauteurs geven aan dat het om die reden belangrijk is onderscheid te maken tussen de oorzaken van psychische klachten en de oorzaken van het verzuim (en het voortduren hiervan).

Herhaaldelijk is aangetoond dat werkherleving wordt bevorderd door vermindering van gezondheidsklachten in het algemeen (Nijboer, Gründemann en Andries, 1993; Van der Stelt, 1998). In een onderzoek onder werknemers die verzuimden wegens rugklachten bleek een betere gezondheid, en meer specifiek een afname van de rugklachten samen te gaan met een grotere kans op werkherleving (Cuelenaere e.a., 1999; Van der Giezen en Veerman, 1997). Het lijkt logisch te veronderstellen dat dit ook voor psychische klachten zal gelden wanneer werknemers om deze reden verzuimen.



### 1.3.2 *Comorbiditeit en werkhervatting*

Indien er sprake is van verschillende diagnoses spreken we van 'comorbiditeit'. Comorbiditeit gaat veelal gepaard met een langere verzuimduur en een minder snelle werkhervatting (Cuelenaere e.a., 1999; Hensing en Spak, 1998; Kisely en Goldberg, 1996; Van der Giezen en Veerman, 1997; Sau  tre e.a., 1994 ). Enerzijds wordt dit toegeschreven aan de complexere gezondheidsproblematiek, maar anderzijds ook aan het verschijnsel dat eventueel aanwezige psychische problematiek bij comorbiditeit nog wel eens over het hoofd wordt gezien, en dus niet wordt behandeld (Hensing en Spak, 1998; Ormel e.a., 1991; Sherbourne e.a., 1994). Veerman e.a. (2001) en Blonk (2001) concluderen dat juist psychische klachten relatief vaak samen met andere klachten worden gerapporteerd. Zo is er bij een aanzienlijk deel van de WAO'ers met psychische aandoeningen ook sprake van somatische problematiek. Zij concluderen dat er waarschijnlijk niet alleen sprake is van een samenloop van klachten, maar ook van wisselwerking tussen psychische en andere klachten.

## 1.4 **De invloed van persoonsgebonden factoren op psychische klachten en werkhervatting**

Veel studies laten zien dat diverse persoonskenmerken een rol spelen bij het ontwikkelen van klachten, het op zoek gaan naar medische zorg, en het hervatten van werk.

Veel onderzoek richt zich op verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft (psychische) gezondheidsklachten, medische consumptie en werkhervatting. Vrouwen rapporteren meer gezondheidsklachten, hebben aantoonbaar een grotere medische consumptie en een hogere verzuimfrequentie dan mannen (zie o.a. Houtman, 1990; Kolk e.a., 1995; Verbrugge, 1985; 1986). De *rapportage* van meer klachten, meer medische consumptie en een hogere verzuimfrequentie wordt wel verklaard door het feit dat vrouwen opener zijn dan mannen (Hatch & Leighton, 1986). Dit betekent dat er sprake kan zijn van een seksegerelateerde 'rapportagebias'. Ook wordt wel aangevoerd dat vrouwen alerter en zorgvuldiger zijn waar het gaat om de gezondheid van henzelf (en hun gezinsleden). Dit zou gedeeltelijk verklaren waarom vrouwen niet alleen meer gezondheidsklachten, een grotere medische consumptie en een hogere verzuimfrequentie hebben (mannen verdringen het), maar ook gemiddeld ouder worden dan mannen (Verbrugge, 1985, 1986; [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Van der Giezen (2000) bevestigt in een Nederlandse steekproef dat vrouwen frequenter verzuimen dan mannen, en dat dit de belangrijkste reden is dat vrouwen een gro-

tere kans hebben om in de WAO terecht te komen. In datzelfde onderzoek toont ze aan dat arbeidsomstandigheden gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de hogere WAO-intrede van de Nederlandse vrouwen. Bij vrouwen, maar niet bij mannen, hangen een slechte werksfeer en fysiek zwaar werk samen met een grotere kans om in de WAO te komen. Recent toonden Laitinen en Bijl (2001) aan dat vrouwen weliswaar vaker verzuimen dan mannen, maar dat als mannen een psychische stoornis hebben zij overigens langer verzuimen dan vrouwen.

Ander onderzoek (Cuelenaere, 1997; Vinke e.a., 1999) maakt aannemelijk dat werkgevers vrouwelijke werknemers afstandelijker behandelen dan hun mannelijke werknemers, en dat zij minder verschillende aanpassingen in het werk aanbieden aan hun verzuimende vrouwelijke werknemers. Dat laatste zou overigens ook een gevolg kunnen zijn van het feit dat mannen en vrouwen vaak andersoortig werk doen (Messing et al, 1994, 1998), vrouwen minder vaak leidinggevend zijn, en – versterkt door het feit dat zij vaak in deeltijd werken – verder ‘afstaan van’ de werkgever en zelfs van de direct leidinggevende.

Daarnaast vinden bedrijfsartsen het minder belangrijk dat vrouwen het werk hervatten dan dat mannen dat doen (Vinke e.a., 1999). Onduidelijk is of dit ook consequenties heeft voor hun begeleiding van de zieke – mannelijke of vrouwelijke – werknemer.

Diverse studies laten zien dat, vooral bij werkhervatting na rugklachten, jongeren een grotere kans hebben om het werk te hervatten (Cuelenaere e.a., 1999; Van der Giezen en Veerman, 1997; Infante-Rivard en Lortie, 1996). Van der Stelt (1996a, 1996b; 1998) betoogt dat het verband tussen enerzijds leeftijd en geslacht en anderzijds werkhervatting indirect verloopt via met de leeftijd samenhangende factoren als gezondheid, opleiding, arbeidsoriëntatie, concessiebereidheid, hoofdkostwinnerschap, omvang van het oude dienstverband en de relatie met de oude werkgever. Ook onderzoek naar werkhervatting na rugklachten laat zien dat een variabele als kostwinnerschap samenhangt met een grotere kans op werkhervatting (Cuelenaere e.a., 1999; Van der Giezen en Veerman, 1997). In het model en onderzoek van Van der Stelt (1996a, 1996b) heeft de motivatie van de werknemer om te werken een belangrijke plaats.

## 1.5 Invloed van werkgebonden factoren op psychische klachten en werkhervatting

### 1.5.1 Oorzaken van psychische klachten en verzuim

Het onderzoek naar oorzaken van psychische klachten is met name crosssectioneel van aard. Het gaat daarbij dus feitelijk om gevonden samenhangen, en niet om aangetoonde oorzaak-gevolg relaties. Schaufeli (1998) vatte meer dan 250 studies naar voorspellers van burnout samen. Dit en ander onderzoek laat zien dat met name ‘kwan-titatieve taakeisen’ sterk met burnout samenhangen, evenals ‘rolcon-flict en – onduidelijkheid’, ‘direct contact met cliënten’ en ‘gebrek aan feedback’ (o.a. Houtman et al, 1999). ‘Gebrek aan autonomie’ hangt nauwelijks samen met burnout, maar wordt wel geassocieerd met verzuim (o.a. Houtman et al, 1994; Houtman et al, 1999). In een recent longitudinaal onderzoek (Proper e.a., 1999) blijkt dat ‘hoge taakeisen’, ‘weinig sociale steun’ en ‘geringe mogelijkheden om je in het werk te ontplooiën’ samenhangen met een grotere emotionele uitputting, een belangrijk aspect van burnout<sup>2</sup>. ‘Gebrek aan autonomie’ hing niet samen met emotionele uitputting. Wel werd een gering ver-band gevonden tussen ‘gebrekkige autonomie’ en depressieve klach-ten.

De relatie tussen deze psychosociale risicofactoren in het werk en verzuim is over het algemeen veel zwakker dan die tussen deze risico-factoren en psychische klachten (zie o.a. Houtman, Zuidhof en Van den Heuvel, 1999; De Jonge e.a., 1999). Otten (1997) vond op basis van het Doorlopend Leefsituatie Onderzoek geen relatie tussen risico-factoren in het werk en verzuim voor mannen, maar wel voor vrou-wen.

Er zijn geen periodieke statistieken of registratiesystemen die vanaf het moment van ziekmelding het beloop en de aard van de klachten en het al dan niet hervatten systematisch in kaart brengen. Onderzoek van Gründemann, Nijboer en Schellart (1991; Gründemann en Nij-boer, 1994; 1998) gaf aan dat iets meer dan 50% (53%-58%) van langdurig verzuim en WAO-intrede als gevolg van psychische aan-doeningen arbeidsgebonden is. Dit percentage ligt iets hoger dan het gemiddelde bij andere aandoeningen. Een grotere kans op langdurige uitval vanwege psychische klachten en WAO-intreding hing samen met perioden van grote ‘geestelijke belasting in het werk’, ‘onvol-

---

<sup>2</sup> Burnout kan worden omschreven als een *werk*gebonden psychische aandoening die wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, distantie (afstand nemen tot het werk) en deperso-nalisatie (je minder bekwaam, competent voelen).

doende aandacht voor arbeidsomstandigheden in het bedrijf, een 'ongunstige arbeidsinhoud' (zoals weinig regelmogelijkheden in het werk), een 'negatief oordeel over de werkorganisatie' en 'veranderingen in het werk zonder positieve effecten' (dit laatste vooral bij jongeren). Overigens oordeelden deskundigen op basis van de dossiers die door de verzekeringsartsen waren aangelegd, dat er in gemiddeld 30% van de gevallen sprake was van arbeidsgebondenheid (Gründemann en Schellart, 1993).

Engers (1995) kwam in zijn onderzoek naar oorzaken voor langdurige uitval wegens psychische klachten uit op 4 hoofdoorzaken: werklust (21%), arbeidsconflicten (30%) de persoonlijke situatie/familieproblemen (25%), en de persoon zelf (15%). In dit onderzoek was ook ruim de helft van het langdurig verzuim met een psychische aandoening arbeidsgebonden.

Van der Giezen en collega's (1999) meldden dat in hun onderzoek onder langdurig zieken in 1998, 48% aangaf dat de klachten werkgebonden waren tegenover 52% in 1991.

Kunnen e.a. (1997) lieten zien dat 'het soort werk dat ik doe' als mees- te frequente oorzaak (31,5%) werd genoemd van *al* het arbeidsgebonden verzuim van 2 weken of langer. Deze oorzaak werd vooral genoemd door werknemers die in hun werk vaak te maken hadden met fysiek zware omstandigheden, fysiek zwaar werk, ploegendienst, het werken aan de lopende band, of met gevaarlijke stoffen. Het gaat dus blijkbaar om fysiek en fysisch zwaar belaste werknemers. Andere oorzaken die genoemd werden, waren: 'te hoge werkdruk' (21%), 'one-nigheid met chef, baas of collega's' (13%), 'reorganisatie of dreigend ontslag' (5%), en 'omgang met cliënten, patiënten en leerlingen' (1%). Circa 11 % gaf aan vanwege een bedrijfsongeval ziek thuis te zijn.

Op basis van bovengenoemde zelfrapportages kan geconstateerd worden dat gemiddeld iets meer dan de helft van de verzuimende werknemers aangeeft dat de oorzaken arbeidsgebonden zijn.

In het onderzoek van Engers (1995) bleek verder dat de oorzaak van het verzuim van invloed was op het langdurig verzuim en de werkhervatting. Circa zes tot tien weken na het einde van het eerste ziektejaar hadden werknemers bij wie 'familieproblemen' de oorzaak waren van hun ziekteverzuim, de grootste kans om het werk te hebben hervat in de oude of aangepaste functie (43%). Diegenen met een 'arbeidsconflict' hadden de geringste kans (13%). In geval van 'werklust' of de 'persoon zelf' had 38% respectievelijk 26% het werk hervat. Bij arbeidsconflicten was uiteindelijk 61% wel hersteld verklaard, maar keerde niet terug naar het eigen werk. Zij werden werkloos of vonden een andere baan (Engers, 1995).

### 1.5.2 *Toenemende stimulans voor bedrijven tot actieve aanpak en voorkómen van psychische klachten*

De wijzigingen in de arbo- en sociale zekerheidswetgeving in het afgelopen decennium, met name de invoering van de wetten TZ/arbo, Wulbz, PEMBA en REA, zijn vooral bedoeld geweest om werkgevers en werknemers actiever te maken op het gebied van de verbetering van arbeidsomstandigheden, en het voorkómen en terugdringen van verzuim en WAO-intrede. Dit beleid wordt de laatste jaren ondersteund door het stimuleren en faciliteren van afspraken tussen werkgevers en werknemers op brancheniveau: de arboconvenanten-nieuwe stijl. Het gaat hierbij vooral om het voorkómen van onnodige blootstelling aan risico's in het werk, en preventie van ziekteverzuim en WAO-instroom.

De veronderstelling dat een werkgerichte aanpak ook daadwerkelijk een rol van betekenis zou kunnen spelen bij het terugdringen van psychische klachten, en de hiermee samenhangende (langdurige) uitval uit het werk, is gebaseerd op de grote mate van arbeidsgebondenheid van dit verzuim. De arbeidsgebondenheid van verzuim als gevolg van psychische klachten, zowel oorzakelijk als conditioneel (zie Gründemann e.a., 1991), varieert in verschillende onderzoeken van 30% tot iets boven de 50% (Engers, 1995; Gründemann, Nijboer en Schellart, 1991; Gründemann en Schellart, 1993; Van der Giezen e.a., 1999). Bovendien zijn veel van de langdurig uitgevallen werknemers van mening dat zij nog aan het werk zouden zijn als tijdig maatregelen genomen waren (Gründemann, Nijboer en Schellart, 1991).

De genoemde wetswijzigingen hebben ook tot gevolg gehad dat werkgevers in toenemende mate financieel verantwoordelijk zijn geworden voor doorbetaling van het loon bij ziekte (minimaal 70% van het loon, dat vaak via de CAO's wordt aangevuld tot 100%). Onderzoek dat na invoering van deze wetten plaatsvond, en is gebaseerd op een grote, representatieve Nederlandse bedrijvensteekproef (n = 1716) laat zien dat er een toename is van door bedrijven genomen maatregelen gericht op de aanpak van psychosociale risico's en psychische klachten (Houtman, Zuidhof en Van der Heuvel, 1998). Overigens wordt er door werknemers relatief weinig gebruik gemaakt van de hen geboden voorzieningen. Zij zijn er merendeels niet of matig tevreden over. Eén van de verklaringen voor dit laatste is dat de genomen maatregelen onvoldoende specifiek zijn. Er is geen sprake van maatwerk.

## 1.6 Interventies, klachtenvermindering en werkhervatting

### 1.6.1 *Interventies door huis- en bedrijfsartsen en andere professionals na uitval wegens psychische klachten*

Werkgevers hebben sinds de invoering van TZ/arbo de verplichting zich aan te sluiten bij een arbo-dienst. Eén van de verplicht af te nemen diensten is bijstand bij de verzuimbegeleiding. Deze bijstand wordt vaak verleend door de bedrijfsarts. Werknemers kunnen na de ziekmelding ook hun huisarts raadplegen, maar doen dat lang niet altijd (Schoemaker en Bijl, 1996). De bedrijfsarts en de huisarts zijn echter wel de belangrijkste eerste lijn hulpverleners voor werknemers die gezondheidsklachten krijgen en vervolgens wegens ziekte verzuimen. Wanneer er eenmaal sprake is van verzuim is de gangbare procedure dat de werknemer op relatief korte termijn in contact komt met de bedrijfsarts. Dit gebeurt meestal na de eerste twee tot vier weken verzuim.

In de recente richtlijn voor bedrijfsartsen te hanteren bij het behandelen en begeleiden van werknemers met psychische klachten staat een vroegtijdige diagnosestelling en - indien van toepassing- interventie centraal (Van der Klink & Van der Putten-Driesen, 2000). Het gebruik van deze richtlijn is tot op heden nog niet geëvalueerd. In de praktijk werd echter tot voor kort door professionals die werknemers met psychische klachten begeleiden een grote diversiteit aan interventies ingezet (Schoemaker en Bijl, 1996).

In het algemeen wordt wel onderscheid gemaakt tussen psychische klachten als gevolg van overspanning of burnout, klachten die samenhangen met depressie, angststoornissen en overige psychiatrische stoornissen (vb. Blonk en Van Dijk, 1998). In de hierboven genoemde richtlijn wordt met name een zogenaamde 'vroeginterventie' aanbevolen in het geval van burnout, spanningsklachten of overspanning. Wanneer er sprake is van depressie, angststoornis dan wel een andere psychiatrische stoornis is vaak doorverwijzing naar een specialistisch behandelaar, al dan niet via de huisarts, aangewezen (Van der Klink & Van der Putten-Driesen, 2000). Bij de behandeling van depressie wordt tevens vaak gebruik gemaakt van medicijnen.

In het onderzoek naar werkhervatting na rugklachten hing een vroegtijdige gedeeltelijke werkhervatting samen met een grotere kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar (Van der Giesen en Veerman, 1997; Cuelenaere e.a., 1999). Het is voornog onduidelijk of dat voor verzuim om psychische redenen ook kan worden verondersteld, maar sluit aan bij de recente richtlijn voor bedrijfsartsen en de adviezen van de Commissie Donner I.

### *1.6.2 Samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts, (psychische) klachten en werkhervatting*

Zoals reeds opgemerkt moet sinds de invoering van de TZ/arbo in 1994 de werkgever de arbodienst betrekken bij de verzuimbegeleiding. Verwacht mag worden dat iedere werknemer die 2-4 weken verzuimt (afhankelijk van het contract tussen werkgever en arbodienst) een oproep krijgt van de bedrijfsarts. Vaak zal een werknemer met gezondheidsklachten echter ook contact hebben gehad met de huisarts. Het is bekend dat de samenwerking van en afstemming tussen deze professionals 'voor verbetering vatbaar' is (Amstel en Buijs, 1997). Recent hebben beide beroepsverenigingen (NVAB en de LHV), door middel van het sluiten van een convenant, onderstreept dat zij belang hechten aan een betere onderlinge samenwerking (Buijs, 1999; LHV/NVAB, 1998). Uitgangspunt is dat onderlinge samenwerking - vooral bij relatief vage en moeilijk objectificeerbare klachten, waaronder ook vaak psychische klachten - op zijn minst tot afstemming en ook tot consensus in de begeleiding en behandeling zal leiden. Verschillen in het beoordelen van psychische klachten van werknemers tussen huis- en bedrijfsartsen, en als gevolg daarvan ook in begeleiding en behandeling, zullen contraproductief zijn, en bijdragen aan het chronisch worden van klachten en onnodig langdurig verzuim.

## **1.7 Samenvatting van de besproken literatuur en enkele hypotheses**

Doel van het onderzoek is om (1) de psychische klachten op meerdere momenten na de ziekmelding om psychische redenen in kaart te brengen, (2) de interventies naar aard en naar het moment waarop zij tijdens de verzuimperiode plaatsvinden te beschrijven, en (3) de voorspellende waarde van interventies gericht op werkhervatting en klachtenvermindering te beschrijven. Onderzoek op dit terrein is tot nu toe schaars en onvolledig. Op basis van de wel beschikbare literatuur kunnen naast interventies verschillende andere factoren worden genoemd die bijdragen aan klachtenvermindering en werkhervatting. In dit onderzoek zal worden nagegaan of deze overige factoren een directe, onafhankelijke invloed hebben op het verminderen van klachten respectievelijk het bevorderen van werkhervatting.

Mede naar aanleiding van de beschreven literatuur kunnen nu de volgende aanvullende hypotheses worden geformuleerd over klachtenreductie en/of werkhervatting.



1. Vermindering van psychische klachten hangt samen met een grotere kans om aan het einde van het eerste ziektejaar volledig hervat te zijn.
2. Werknemers met verschillende klachten zullen, vooral wanneer ook sprake is van psychische klachten, minder snel hervatten dan werknemers met een enkele gezondheidsklacht.
3. Samenwerking tussen de huisarts en bedrijfsarts vermindert – bij consensus in oordeel en behandel- en begeleidingsplan - de klachten en bevordert werkhervatting.
4. Persoonkenmerken zijn mede bepalend voor werkhervatting en klachtenreductie. Verwacht wordt dat vrouwen en ouderen een minder grote kans op werkhervatting en klachtenreductie hebben dan mannen en jongeren. Het kostwinnerschap en andere aspecten die samenhangen met een grote motivatie om het werk te hervatten hangen samen met een grotere hervattingskans.
5. Bij vrouwen zijn deels andere voorspellers verantwoordelijk voor de reductie van klachten en voor werkhervatting dan bij mannen.
6. Wanneer er sprake is van psychische klachten, met name bij overspanningsklachten en burnout, is een vroegtijdige interventie het meest effectief voor de reductie van de klachten en een tijdige en volledige werkhervatting.
7. De achterliggende oorzaak van verzuim is van invloed op de kans het werk na één jaar weer te hebben hervat. Bij arbeidsconflicten is de hervattingskans het geringste, en bij familieproblemen het grootst. Wanneer gezondheidsproblemen de reden voor het verzuim zijn, is de kans in het algemeen kleiner dat men aan het einde van het eerste ziektejaar is hervat in vergelijking tot diegenen die vanwege oorzaken binnen of buiten het werk verzuimen.
8. Gunstige arbeidsomstandigheden, met name minder geestelijke belasting, een betere arbeidsinhoud, en meer aandacht voor arbeidsomstandigheden in het bedrijf hangen samen met klachtenvermindering en een grotere kans op werkhervatting.

## **1.8 Opbouw van het rapport**

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van de onderzoekopzet en in hoofdstuk 3 van het cohort werknemers dat zich om psychische redenen heeft ziek gemeld, en dat twee maal bereid was mee te doen aan het onderzoek. In hoofdstuk 4 volgt een beschrijving van de gezondheidsklachten van de werknemers in het cohort, en van

de door henzelf genoemde belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding. In hoofdstuk 5 wordt een vergelijking gemaakt tussen de oordelen van werknemer, huisarts en bedrijfsarts. Vergeleken worden hun oordelen over het aantal en de inhoud van de contacten, de door werknemers gerapporteerde klachten, de door artsen gestelde diagnose en het doorverwijsgedrag naar andere hulpverleners. In hoofdstuk 6 volgt een beschrijving van de contacten tussen de werknemer en de artsen en andere hulpverleners, uitgesplitst naar verschillende periodes voorafgaand aan en na de ziekmelding. Ook wordt ingegaan op de activiteiten van de werkgever en van de werknemer zelf. In hoofdstukken 7 en 8 worden de voorspellers van werkhervatting, respectievelijk van klachtenvermindering beschreven. Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een puntsgewijze opsomming van de belangrijkste bevindingen en conclusies.

## 2 Methode

### 2.1 Onderzoekspopulatie

Ten behoeve van het onderzoek is een cohort samengesteld uit werknemers die in het kader van de 13<sup>e</sup>-weeksmelding door hun werkgever ziek zijn gemeld bij de drie grote Uvi's: GAK, Cadans en USZO.

Vanwege de – in absolute zin - geringe omvang van werknemers die uitvallen met 'psychische klachten' bij de twee andere Uvi's (Sfb en GUO), beperkt het onderhavige onderzoek zich tot de drie grote Uvi's.

Om voldoende betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de voorspellers van werkhervatting en klachtenreductie, werd aan de hand van schattingen op basis van de literatuur en enkele aannames op basis van eerdere onderzoekservaringen, vooraf vastgesteld dat het cohort bij aanvang zou moeten bestaan uit 500 à 600 werkenden die circa 13 weken verzuimen wegens psychische klachten of vanwege een psychosociale oorzaak in werk of daarbuiten. Om dit cohort samen te kunnen stellen zijn door GAK, Cadans en USZO ieder 3000 (dus 9000 in totaal) werknemers aangeschreven waarvoor een 13<sup>e</sup>-weekse melding was gedaan.

Het GAK verstuurdde de screeningsvragenlijsten centraal, Cadans en USZO deden dit via de regiokantoren waar de meldingen als eerste binnen komen. Doordat niet alle regiokantoren van Cadans en USZO (alle) vragenlijsten hebben uitgezet, zijn er door de Uvi's daadwerkelijk 7850 verstuurd.

De screeningsvragenlijst (bijlage 1) bevatte vragen over:

- enkele achtergrondkenmerken van de werknemer;
- aanwezige gezondheidsklachten;
- GHQ-12 (General Health Questionnaire, Koeters en Ormel, 1991). De vragenlijst bevat vragen over 'geestelijk en lichamelijk onwelbevinden'. Deze verkorte versie van de GHQ wordt vaak gebruikt als screener om de geestelijke gezondheidstoestand in kaart te brengen (e.g. Stansfeld, 1997);
- oorzaken voor de ziekmelding (mede gebaseerd op Engers, 1995).

Voor dit onderzoek zijn werknemers geselecteerd die voldoen aan de volgende criteria:

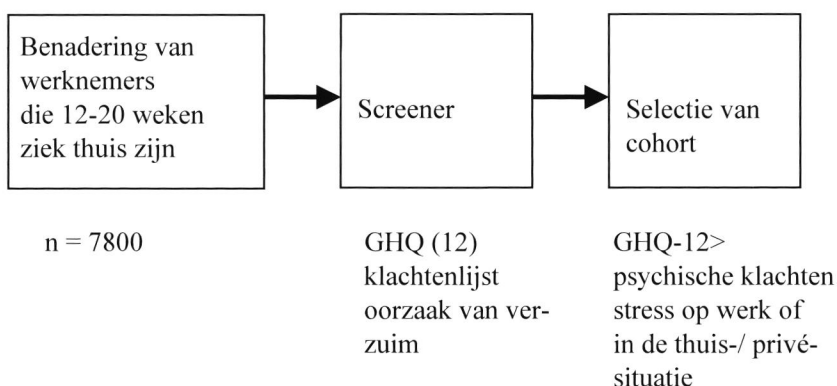
- bereid om mee te werken aan het (vervolg)onderzoek door hun naam, adres en telefoonnummer door te geven;

- 12 - 20 weken verzuimden op het moment van invullen van de screener.

Tevens diende men te voldoen aan *minimaal één* van de volgende criteria:

- GHQ-12 score van vijf of hoger<sup>3</sup>;
- het hebben van psychische klachten die volgens de werknemer geheel of gedeeltelijk de oorzaak zijn van het verzuim;
- werkomstandigheden en conflicten op het werk als belangrijkste oorzaak zien van het verzuim;
- omstandigheden buiten het werk, inclusief privé-omstandigheden als belangrijkste oorzaak zien van het verzuim.

De selectie van het cohort is samengevat in het schema van figuur 2.1.



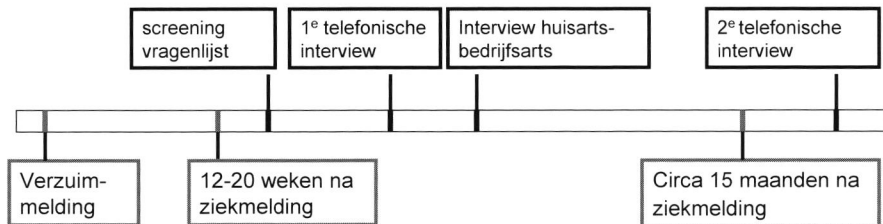
Figuur 2.1 Selectie van het cohort

## 2.2 Onderzoeksprocedure

Er is gekozen voor een longitudinaal onderzoeksdesign, waarbij het cohort over een periode van ruim één jaar werd gevolgd. Na de screener vonden twee metingen plaats: één meting vlak na selectie op grond van de 13<sup>e</sup> weekmeldingen, en een tweede meting ruim een jaar later (16-18 maanden na de ziekmelding). Deze tweede meting vond plaats na een eventuele WAO-beoordeling, op een moment dat er duidelijkheid was over het al dan niet hervatten van werk aan het

<sup>3</sup> Een GHQ-12 score van 5 is erg hoog, meestal wordt in de literatuur bij een gewone populatie een afkappunt van '1' gehanteerd. In dit onderzoek is deze score naar '5' opgehoogd, omdat het hier om een reeds zieke populatie gaat.

einde van het eerste ziektejaar. Een globaal schema van de algemene onderzoeksopzet is te zien in figuur 2.2.



Figuur 2.2 Algemene opzet van het onderzoek

Werknemers die hadden aangegeven aan vervolgonderzoek te willen meewerken en voldeden aan de selectiecriteria, zijn kort daarop benaderd voor een telefonisch interview. Doel van de telefonische interviews met de werknemers was het volgende:

1. meer gedetailleerd de psychische gezondheid van de werknemers in kaart te brengen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de UBOS (Schaufeli en Van Dierendonck, 1999) en de SCL-modules 'depressieve klachten' en 'angst' (Arrindell en Ettema, 1986). Een toelichting op deze vragenlijsten, en de wijze waarop scores en grenswaarden zijn berekend is opgenomen in bijlage 2. De inleiding van de UBOS werd iets aangepast omdat men bij het invullen ziek was. Men werd gevraagd de klachten te rapporteren in de laatste weken voor de ziekmelding, en niet van de afgelopen twee weken;
2. inzicht te krijgen in het aantal contacten met en de aard van de acties van de huis- en bedrijfsarts, of andere zorgverleners (zie ook bijlage 2). Ook acties van andere actoren zoals de werkgever en de werknemer zelf zijn in kaart gebracht. Tijdens het eerste interview is informatie gevraagd over de contacten en acties tijdens drie perioden: de laatste twee maanden voor de ziekmelding, de eerste vier weken na de ziekmelding, en de periode vanaf de vijfde week na de ziekmelding tot aan het interview. Tijdens het tweede interview is deze informatie bevraagd over de periode tot aan het einde van het eerste ziektejaar of tot aan de werkhervatting. De vragen over de aard en inhoud van de contacten met de arts zijn in het tweede interview iets meer geconcretiseerd. Op hoofdlijnen waren de beide voorgestructu-

reerde interviews op dit punt vergelijkbaar. In bijlage 2 worden de variabelen die in de beide interviews in kaart zijn gebracht verantwoord.

Voorafgaand aan het interview zijn de gezondheidsvragenlijsten opgestuurd met het verzoek om deze alvast in te vullen. Tijdens het interview kon de werknemer volstaan met het doorgeven van de ingevulde scores. De interviews konden daarmee niet alleen efficiënt worden ingericht, ook hoefden de soms zeer persoonlijke vragen niet expliciet voorgelegd te worden aan de werknemers. Bovendien werd de vragenlijst gebruikt op een wijze zoals deze bedoeld en gevalideerd is: als een schriftelijke vragenlijst.

Met de vragenlijsten is tevens een machtigingsformulier meegestuurd, waarmee de respondent de onderzoekers toestemming kon geven voor het benaderen van de bedrijfs- en huisarts.

In de periode van februari tot en met augustus 2000, dit is circa één jaar na het eerste interview en 16 tot 18 maanden na de ziekmelding, zijn deze werknemers opnieuw voor een tweede interview benaderd. In dit tweede interview zijn hun psychische gezondheid, hun contacten met huis- en bedrijfsarts in de tussenliggende periode, hun eventuele contacten met andere hulpverleners en de aard en inhoud van deze contacten opnieuw in kaart gebracht. Ook is gevraagd naar activiteiten van hun eigen werkgever en van henzelf voorzover deze in het oordeel van de werknemer waren gericht op werkhervatting en klachtenreductie.

#### *Interviews met huis- en bedrijfsartsen*

Na het eerste uitgebreide telefonische interview onder werknemers zijn ook circa 50 huis- en 50 bedrijfsartsen telefonisch geïnterviewd. Indien mogelijk betrof dit de huis- en bedrijfsarts van dezelfde respondent. Huis- en bedrijfsartsen werden benaderd wanneer de respondent het machtigingsformulier met de naam en het adres van de arts had ondertekend. In de interviews zijn de gezondheidsklachten, de arbeidsgebondenheid ervan, het diagnostisch oordeel en de begeleiding en behandeling nagevraagd. Tevens is geïnventariseerd of er sprake is (geweest) van samenwerking en/of overleg tussen de huis- en bedrijfsarts, en tussen hen en eventuele andere hulpverleners. De huis- en bedrijfsartsen zijn steeds gevraagd het dossier van de werknemer erbij te houden, en zich (mede) hierop te baseren.

De resultaten van dit deelonderzoek worden in hoofdstuk 5 beschreven.

## 2.3 Analyses

De in dit onderzoek gebruikte analysetechnieken zijn voor het merendeel beschrijvend van aard, en betreffen aantallen, frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties. Het toetsen van univariate verschillen vond meestal plaats met behulp van Chi-kwadraat toetsen. Schalen werden als regel in drie tertielen verdeeld, zodat een hoge, gemiddelde en lage score kon worden onderscheiden.

Om de belangrijkste voorspellers van werkhervatting en klachtenreductie te identificeren, zijn multivariate logistische regressies uitgevoerd. Vanwege de grote hoeveelheid onafhankelijke variabelen zijn voor de multivariate regressieanalyses alleen die onafhankelijke variabelen opgenomen, die univariaat een significant verschil laten zien. Omdat ook naar de aanwezigheid van seksspecifieke voorspellers voor werkhervatting is gekeken, zijn in de uiteindelijke multivariate analyse ook alle voorspellers meegenomen die hetzij voor mannen, hetzij voor vrouwen univariaat een significant verschil laten zien. Om te toetsen of er seksspecifieke voorspellers waren is na de multivariate analyse op de totale groep een analyse uitgevoerd waarbij een interactieterm met sekse is toegevoegd voor die voorspellers die voor één van beide seksen univariaat significant waren.





### 3 Respons van het cohort en follow-up

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de werknemersrespons en hoe tot selectie van het cohort is gekomen. Daarna wordt ingegaan op de respons bij de follow-up en wordt een karakterisering van de responsgroep gegeven.

#### 3.1 Respons

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is in de planning van het onderzoek uitgegaan van 9000 te versturen vragenlijsten, 3000 per Uvi. Dit aantal is vastgesteld op basis van eerdere ervaringen en ander onderzoek en ervaringen omtrent non-respons. Er werd ongeveer 35% terugverwacht. Het lag op basis van dit type onderzoek en de verwachte non-respons vast dat we, en dat leek nodig op basis van power berekeningen, 500 à 600 mensen zouden selecteren voor het initiële cohort (zie hoofdstuk 2). In de onderstaande tabellen staat weergegeven in hoeverre dit is gerealiseerd.

Tabel 3.1 Geplande en werkelijke aantallen verstuurde en ontvangen screeningsvragenlijsten.

Uvi	Verstuurd (gepland)	Verstuurd (werkelijk)	Verstuurd Tov planning	Retour Gepland	Retour Werkelijk
GAK	3.000	3.064	102 %	1.050	1.226 (40%)
USZO	3.000	2.600	87 %	1.050	1.088 (42%)
Cadans	3.000	2.200	73 %	1.050	975 (44%)
Totaal	9.000	7.864	87 %	3.150 (35%)	3.289 (42%)

Uit de laatste kolom van tabel 3.1 blijkt dat het aantal vragenlijsten dat retour kwam, hoger was dan verwacht. Dit ondanks het feit dat het aantal feitelijk verstuurde vragenlijsten minder was dan gepland. Zoals blijkt uit de derde kolom (werkelijk verstuurd) hebben Cadans en USZO minder vragenlijsten verstuurd dan het geplande aantal, terwijl het GAK iets meer vragenlijsten heeft verstuurd. Dit hangt mede samen met de locatie waarop de 13<sup>e</sup> weeks meldingen werden geïdentificeerd en screeningsvragenlijsten werden verstuurd. Het GAK verstuurde alle screeningslijsten centraal, terwijl bij Cadans en USZO de regiokantoren voor de verzending van de screeners zorgden. Enkele regiokantoren bleken achteraf geen vragenlijsten te hebben verstuurd. Daarentegen is de respons vanuit de GAK populatie wat geringer dan van de USZO- en Cadanspopulaties. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal ontvangen vragenlijsten toch vrij redelijk is verdeeld over de drie

Uvi's, met een lichte oververtegenwoordiging van het GAK en ondervertegenwoordiging van Cadans.

Niet alle 3289 geretourneerde vragenlijsten bleken geschikt voor analyse. In totaal hebben 279 werknemers (8%) de screeningsvragenlijst onvoldoende ingevuld. Er bleven derhalve 3010 screeningslijsten over voor analyse (zie tabel 3.2). Wanneer we vervolgens kijken naar het aantal werknemers dat voldoet aan het criterium 12-20 weken verzuim, blijken er grote verschillen te bestaan tussen de Uvi's (zie tabel 3.2). Het bleek namelijk dat werkgevers hun werknemers vaak in een heel vroeg stadium bij de UVI melden, waardoor veel meldingen betrekking hadden op werknemers die nog geen 12 weken verzuimden. Het GAK was vanwege de centrale verzending van de vragenlijsten in de gelegenheid om te vroeg gemelde werknemers van verzending uit te sluiten. Bij de verzending vanuit de regiokantoren kon deze uitsluiting door Cadans en USZO niet worden uitgevoerd.

Tabel 3.2 Respons op de screener. Weergegeven zijn de aantallen werknemers die de screener volledig hebben ingevuld en 12-20 weken verzuimden.

Uvi	Retour Voldoende ingevuld	Retour met verzuimduur 12-20 weken	Percentage (kolom 3: kolom 4)
GAK	1.103	1.004	91%
USZO	1.022	677	66%
Cadans	885	624	71%
Totaal	3.010	2.305	77 %

Uit tabel 3.2 blijkt dat bijna een kwart (23 %) van de 3010 werknemers die de vragenlijst voldoende hadden ingevuld, niet voldeed aan het inclusiecriterium 12-20 weken verzuim. Ook is uit tabel 3.2 af te leiden dat het GAK relatief oververtegenwoordigd is met 1004 van de 2305 werknemers (44%) tegenover 29% en 27% bij respectievelijk USZO en Cadans.

Niet iedere werknemer wilde daadwerkelijk deel gaan uitmaken van het cohort. De benadering van werknemers voor deelname aan het cohort gebeurde op volgorde van binnenkomst en zich beschikbaar stellen voor de interviews. Uiteraard diende men ook te voldoen aan één van de insluitcriteria die betrekking hadden op de aard van de klachten en de reden voor de ziekmelding (zie hoofdstuk 2).

Tabel 3.3 Aantal werknemers in het cohort dat geïnterviewd is.

UVI	Interviews
GAK	237 (43%)
USZO	147 (26%)
Cadans	171 (31%)
Totaal	555 (100%)

In tabel 3.3 is te zien dat van het totale cohort bij de start van het onderzoek 43% van de deelnemers afkomstig is van het GAK, 26% van USZO en 31% van Cadans.

Een karakterisering van de 555 werknemers in het cohort naar onder andere demografische kenmerken, beroep, ziekteduur en oorzaak van het verzuim is opgenomen in bijlage 3.

In dit onderzoek is een vrij breed inclusie criterium gehanteerd. Dit blijkt uit het feit dat van al diegenen die de screener volledig hadden ingevuld, 12-20 verzuimden en bereid waren aan het follow-up onderzoek mee te doen, maar liefst 71% is geselecteerd. Daarnaast bleek uit de antwoorden op de gevalideerde vragenlijsten, die na insluiting in het cohort werden afgenomen, dat zo'n 18% van de werknemers geen psychische klachten had. Dit wordt voornamelijk verklaard door het feit dat van de werknemers die voldeden aan het insluitcriterium volgens de GHQ-12, een substantieel deel last had van klachten over het bewegingsapparaat of ander somatische klachten.

Een meer gedetailleerde beschrijving van het selectieproces dat heeft geleid tot het uiteindelijke cohort van 555 werknemers, is opgenomen in bijlage 3.

### 3.2 Follow-up: respons op de tweede meting

Ongeveer een jaar na het eerste telefonische interview zijn de werknemers in het cohort opnieuw benaderd (februari – mei 2000). Een groep van 436 werknemers (79%) was traceerbaar en bereid om opnieuw mee te doen. Deze groep bestond uit 242 vrouwen (55%) en 189 mannen (44%). Dit zijn vergelijkbare percentages mannen en vrouwen als in het oorspronkelijke cohort (totaal: n=555; mannen n=257, 46%, vrouwen n=298, 54%).

In totaal zijn dus 119 werknemers uit het cohort weggefallen. In bijlage 4 wordt de respons- en non-respons groep in de tweede meting op een aantal algemene kenmerken vergeleken. Daaruit blijkt dat alleen de verhouding tussen het aantal mannen en het aantal vrouwen verschillend is. Er zijn relatief meer vrouwen dan mannen in de res-

ponsgroep overgebleven. Vrouwen waren dus blijkbaar vaker dan mannen daadwerkelijk bereid aan het longitudinale deel van het onderzoek mee te werken. De uitvallers en deelnemers aan de tweede meting verschilden onderling niet wat betreft de scores op de gevalideerde vragenlijsten over psychische klachten die tijdens het eerste interview waren afgenomen.

### **3.3 Samenvatting en conclusies ten aanzien van de respons van het cohort**

Eén van de belangrijkste conclusies uit de eerste responsanalyse is dat van de 7864 aangeschreven werknemers 3289 werknemers (42%) hebben gerepsondeerd. Deze respons is op zich redelijk tot goed, ervan uitgaande dat het hier om zieke werknemers gaat, en dat zelfs bij de werkende bevolking de respons vaak maar net boven de 50% komt (Otten et al, 1997). Aanvankelijk was in de responsgroep sprake van een oververtegenwoordiging van het GAK ten opzichte van USZO en Cadans omdat de regiokantoren van deze laatste twee Uvi's niet alle screeners hadden verstuurd. Verder bleek dat veel werkgevers hun werknemers snel na de ziekmelding aan de UVI melden. Alleen het GAK kon de groep werknemers die nog geen 12 weken verzuimden uitsluiten van de verzendlijst. Na toepassing van de inclusiecriteria om een cohort over te houden van werknemers die om psychische redenen verzuimen, blijft een groep over waarvan 71% naar eigen zeggen alleen psychische klachten of psychische klachten in combinatie met andere, somatische klachten heeft. Dit betekent dat 29% alleen is geselecteerd vanwege de hoge GHQ-score, dan wel vanwege het feit dat werk, thuissituatie of persoon de belangrijkste oorzaak was voor de ziekmelding.

In de uiteindelijke samenstelling van het cohort is het GAK wat ruimer vertegenwoordigd (43%) dan USZO (26%) en Cadans (31%).

In totaal 436 werknemers hebben meegedaan aan de follow-up meting. Dit komt neer op een respons van 79%. De werknemers die tijdens de follow-up hebben meegedaan onderscheiden zich alleen van uitvallers doordat ze vaker vrouw zijn. Er waren geen verschillen in de andere populatiekenmerken, noch in de psychische gezondheidsklachten ten tijde van het eerste interview.

### Conclusies hoofdstuk 3

- Het aantal geretourneerde vragenlijsten bedraagt 42%.
- Hiervan valt een aanzienlijk deel af omdat:
  - a. de screener onvoldoende was ingevuld;
  - b. men niet voldeed aan het criterium 12-20 weken ziek bij het invullen van de screener;
  - c. men niet bereid was mee te werken aan de interviews;
  - d. toepassing van de inclusiecriteria tot uitsluiting leidde.
- Het cohort startte met 555 werknemers.
- De respons bij follow-up is 79% (n=436)
- De deelnemers aan de follow-up waren vaker vrouw, maar verschilden wat betreft hun gezondheidsklachten ten tijde van de eerste meting niet van de uitvallers.



## 4 Psychische klachten en oorzaken van verzuim

In dit hoofdstuk staat de aard van de psychische klachten van de werknemers bij hun intrede in het cohort centraal. Deze klachten zijn nagevraagd met behulp van de screeningsvragenlijst en vragenlijsten die zijn afgenomen bij de eerste meting vlak na de inclusie in het onderzoek. In bijlage 2 wordt een nadere beschrijving gegeven van de gebruikte vragenlijstinstrumenten, de scoring en de normering. In deze zelfde bijlage is tevens een overzicht op rij gezet van onafhankelijke variabelen, met waar mogelijk vrouwspecifieke eigenaardigheden. In paragraaf 4.1 worden de belangrijkste oorzaken besproken die aan de ziekmelding ten grondslag lagen. Ook wordt ingegaan op de aard van de gezondheidsklachten. In paragraaf 4.2 worden de resultaten besproken van de vragenlijsten die vanuit een verschillend perspectief psychische klachten in kaart brengen. Dit resulteert uiteindelijk in een classificatie waarbij de werknemers zijn ingedeeld naar de ernst van de psychische klachten. In paragraaf 4.3 wordt vervolgens gekeken naar de aanwezigheid en aard van de comorbide somatische klachten. In paragraaf 4.4 wordt de door de werknemer zelf gegeven oorzaak voor de ziekmelding in verband gebracht met de aanwezigheid van psychische klachten en somatische klachten.

### 4.1 Oorzaken van ziekmelding

De werknemers in het cohort is gevraagd aan te geven wat de belangrijkste oorzaak was die aan de ziekmelding ten grondslag lag. Zij konden kiezen uit 5 oorzaken: alleen psychische gezondheidsklachten, alleen somatische gezondheidsklachten (bewegingsapparaatproblematiek, hart- en vaatziekten, kanker e.d.), comorbide klachten waarvan psychische klachten onderdeel zijn, of een andere oorzaak die hetzij met de werkdruk of aanwezige conflicten op het werk te maken heeft, dan wel met privé-aangelegenheden (vb. problematische relatie met partner of kinderen) of met de eigen persoonlijkheid (vb. geen 'nee' kunnen zeggen). In tabel 4.1 worden de uitkomsten gepresenteerd.

Tabel 4.1 Deelnemers aan het cohort naar belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding

Belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding	n (%)
Psychische klachten	62 (11%)
Somatische klachten	145 (26%)
Comorbide klachten (incl. psychische)	146 (26%)
Werk	145 (26%)
Privé/persoon	57 (10%)
Totaal	555 (100%)

Uit tabel 4.1 blijkt dat in dit cohort het hebben van somatische klachten de belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding is (26%). Eenzelfde percentage werknemers geeft aan dat er sprake is van meerdere klachten die als hoofdoorzaak van het verzuim gezien moeten worden.

Daarbij speelden ook psychische klachten een rol. Slechts 11% geeft aan dat *alleen* psychische klachten de belangrijkste oorzaak waren voor de ziekmelding. Ongeveer een kwart van de werknemers geeft aan dat het werk (werkdruk en conflicten) de belangrijkste oorzaak was voor de ziekmelding. Slechts 10% geeft aan dat de thuissituatie of de persoon zelf de belangrijkste oorzaak was voor de ziekmelding.

Tabel 4.2 Factoren in de werk- en thuissituatie die hebben bijgedragen aan de ziekmelding. Meerdere antwoorden per werknemer zijn mogelijk. Het totaal aantal van de antwoorden is daarom meer dan 555.

Reden voor ziekmelding (werk of privé)	n	% van 555
<b>Werkomstandigheden</b>		
Werkdruk/ werkstress	148	26,7
Conflicten	70	12,6
Arbeidsomstandigheden	57	10,3
Emotionele belasting	52	9,4
Lichamelijke belasting	34	6,1
Werkuren	20	3,6
Ongeval	7	1,3
<b>Omstandigheden buiten werk</b>		
Karakter	46	8,2
Aandoeningen (gezondheid)	43	7,7
Emotionele belasting thuis	41	7,4
Stress thuis	22	4,0
Relatie partner/kinderen	19	3,4
Ongeval buiten werk	15	2,7
Financiële zaken	7	1,3
Lichamelijke belasting thuis	4	0,1
Overig	37	6,7



Tabel 4.2 laat zien dat de werkgebonden factoren vaker hebben bijgedragen aan de ziekmelding dan factoren in de privé-situatie. Het meest frequent wordt de werkdruk/stress op het werk als (mede)oorzaak voor de ziekmelding genoemd. Conflicten met leiding of collega's komen op de tweede plaats, en worden door 12% van de werknemers als een (mede)oorzaak voor de ziekmelding genoemd. Ook arbeidsomstandigheden in zijn algemeenheid worden in ruim 10% als (mede)oorzaak genoemd en de emotionele belasting op het werk door ruim 9%.

Van de niet-werkgebonden oorzaken wordt het eigen karakter het meest frequent genoemd als (mede-) oorzaak van de ziekmelding: ruim 8 procent. De aandoening zelf wordt in bijna 8% van de gevallen genoemd. De emotionele belasting thuis wordt door 7,4% als (mede-) oorzaak aangegeven.

## 4.2 Aard en ernst van de psychische klachten

### *Resultaten GHQ*

De GHQ-12 is de verkorte versie van de General Health Questionnaire die bestaat uit 12 items. De vragenlijst bevat vragen naar 'geestelijk en lichamelijk onwelbevinden'. Deze verkorte GHQ wordt vaak gebruikt als screener om de geestelijke gezondheidstoestand vast te leggen (e.g. Stansfeld, 1997; Bultmann, 2002).

De waarde '1' is het gebruikelijke afkappunt in algemeen bevolkingsonderzoek. Voor dit onderzoek onder zieke werknemers is het afkappunt gelegd bij een score boven de 5 (zie bijlage 2). Uit tabel 4.3 blijkt dat 76% van de werknemers in dit cohort scoort boven dit afkappunt ( $>5$ ). Hoewel een groot deel van het cohort dus hoog scoort op de GHQ, is deze hoge score in veruit de meeste gevallen niet de enige reden voor inclusie. Slechts in 89 gevallen (16% van het cohort) is een hoge GHQ-score ( $>5$ ) de enige reden voor inclusie.

De gemiddelde score op de GHQ-12 in het cohort is 7.8 (s.d.= 3.5). Vrouwen scoren over het algemeen iets ongunstiger dan mannen (vrouwen: gemiddeld 8.1 met een s.d. van 3.4 tegenover mannen: gemiddeld 7.5 met een s.d. van 2.7. Van de vrouwen scoort 79% hoger dan 5, van de mannen is dat 73%. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant ( $p < .05$  resp.  $p < .001$ ).

### *Resultaten UBOS*

De UBOS (Utrechtse Burnout OnderzoeksSchaal) is, als Nederlandstalige afgeleide van de MBI (Maslach Burnout Inventory), nationaal en internationaal het meest gebruikte instrument om burnout te meten.

De UBOS bestaat uit drie schalen: Emotionele Uitputting, Distantie en Verminderde Competentie, ieder met een eigen afkappunt (zie bijlage 2). Wanneer werknemers op alle drie de schalen boven het afkappunt scoren, voldoen ze aan het criterium voor 'burnout'. In het cohort blijkt vooral sprake van uitputting (63% scoort boven het afkappunt,  $n=352$ ). Een hoge score op Distantie ( $n=219$ ) en Verminderde Competentie ( $n=234$ ) komt voor bij respectievelijk 39 % en 42 % van het cohort. Op grond van de gecombineerde totaalscore op de UBOS heeft 25 % van het cohort ( $n=139$ ) last van ernstige burnout-klachten.

Tabel 4.3 Verdeling GHQ12-scores in cohort.

Score	Aantal werknemers (N=555)	Percentage werknemers (100%)	Cumulatief percentage werknemers
0	20	3,6	3,6
1	24	4,3	7,9
2	22	4,0	11,9
3	24	4,3	16,2
4	16	2,9	19,1
5	27	4,9	24,0
Subtotaal onder afkap waarde	133	24,0	24,0
6	45	8,1	32,1
7	51	9,2	41,3
8	50	9,0	50,3
9	44	7,9	58,2
10	75	13,5	71,7
11	68	12,3	84,0
12	89	16,0	100,0
Subtotaal boven afkap waarde	422	76,0	
Totaal	555	100,0	

#### *Resultaten SCL-90 Angst en Depressie*

De SCL-90 (Symptom CheckList) bevat in het totaal 90 items die de psychische gezondheidstoestand van iemand in kaart brengen. De vragenlijst wordt hoog gewaardeerd en aanbevolen om, zowel op groeps- als individueel niveau, de gezondheidstoestand vast te stellen (NIP; 1984). De belangrijkste modules zijn die voor depressie en voor angst (zie bijlage 2).

De scores op de SCL-schalen voor depressie en angst geven aan dat van alle werknemers in het cohort 32 % ( $n=178$ ) last heeft van ernstige depressieve klachten en 24% ( $n=132$ ) van ernstige angstklachten. In totaal heeft 35% van het cohort een 'klinische' score op één van beide schalen.

Er is sprake van een zeer grote overlap tussen beide groepen: vrijwel alle werknemers met ernstige angstklachten hebben ook depressieve klachten. Slechts 3% heeft een hoge score op de angstschaal zonder een hoge score op de stemmingsklachten schaal. In verband met deze overlap, is ervoor gekozen om in de onderstaande analyses uit te gaan van een groep die zowel aan het depressie- als het angstcriterium voldoet.

*Integratie resultaten GHQ, UBOS en SCL*

Met behulp van de afkappunten voor de gebruikte vragenlijsten is een groepsindeling gemaakt, waarbij rekening wordt gehouden met de aard en de specificiteit van de gemeten psychische klachten. De volgende groepen zijn geformeerd; verondersteld wordt dat ze naar ernst en specificiteit oplopen (zie ook tabel 4.4).

Geen psychische klachten (onder afkappunt alle schalen).

Algemeen psychisch onwelbevinden (boven afkappunt GHQ, onder afkappunt overige schalen).

Burnout (boven afkappunt UBOS-totaal, onder afkappunt SCL-schalen).

Depressie of angst (boven afkappunt op tenminste één van beide SCL-schalen).

Tabel 4.4 Groepsindeling op grond van de aard van de psychische klachten

	Aantal (N=555)	Percentage (100%)	Cumulatief
1. Geen psychische klachten	98	17,7	17,7
2. Algemeen psychisch onwelbevinden	188	33,9	51,6
3. Burnoutklachten	74	13,3	64,9
4. Angst en depressieklachten	195	35,1	100,0
Totaal	555	100	

Uit tabel 4.4 blijkt dat in dit cohort de subgroep met angst- en depressieklachten ook de meest omvangrijke groep is. Verder is te zien dat bij een kleine 18% van de werknemers, volgens de gecombineerde resultaten van de gevalideerde vragenlijsten, geen sprake is van aanwezigheid van psychische klachten. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat een ongunstige score op de GHQ-12 ook kan samenhangen met de aanwezigheid van alleen somatische klachten. Dat deze indeling gepaard gaat met oplopende ernst en specificiteit, wordt bevestigd door de scores op de afzonderlijke vragenlijsten (zie tabel 4.5). Wanneer we uitgaan van de GHQ als algemene maat van

psychisch onwelbevinden, is het niet verwonderlijk dat van de mensen in de burnoutgroep 80% (n=59) een hoge GHQ-score heeft, en in de angst- en depressiegroep zelfs 90% (n=175). Anderzijds geldt dat van de 133 mensen met een lage GHQ-score, driekwart (74%) zoals verwacht terechtkomt in de groep zonder klachten, slechts 11% in de burnout groep, en 15% in de angst en depressiegroep. Van de 139 mensen met een hoge score op de UBOS komt ongeveer de helft (53%; n=74) terecht in de burnout-groep. De andere helft (47%; n=65) wordt, als gevolg van mede een hoge score op een van de SCL-schalen, in de angst en depressiegroep geplaatst. In deze samengevoegde angst en depressiegroep heeft 33% (n=65) ook klachten die passen bij burnout.

Op basis van deze indeling kan worden geconcludeerd dat bijna de helft van het cohort bij aanvang ernstige psychische klachten heeft, en hetzij hoog scoort op burnout of hoog scoort op depressiviteit en angst (zie tabel 4.5).

Tabel 4.5 Groepsindeling op grond van de aard van de psychische klachten en scores op de afzonderlijke vragenlijsten. Tussen haken zijn de percentages vermeld (kolompercentages die per schaal optellen tot 100%).

	Geen psychische klachten n=98	Algemeen psychisch onwelbev. n=188	Burnout klachten n=74	Angst depressie klachten n=195	Totaal n=555
<b>GHQ-12</b>					
Hoog	0 (0%)	188 (100%)	59 (80%)	175 (90%)	422 (76%)
Laag	98 (100%)	0 (0%)	15 (20%)	20 (10%)	133 (24%)
<b>UBOS</b>					
Hoog	0 (0%)	0 (0%)	74 (100%)	65 (33%)	139 (25%)
Laag	98 (100%)	188 (100 %)	0 (0%)	130 (67%)	416 (75%)
<b>SCL-Depressie</b>					
Hoog	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	178 (91%)	178 (32%)
Laag	98 (100%)	188 (100%)	74 (100%)	18 (9%)	377 (68%)
<b>SCL-Angst</b>					
Hoog	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	132 (68%)	178 (32%)
Laag	98 (100%)	188 (100%)	74 (100%)	63 (32%)	377 (68%)

*Aard van de klachten en demografie*

Uit tabel 4.6 blijkt dat de vrouwen vaker burnout vertonen dan mannen. De mannen komen vaker voor in de groep zonder psychische klachten.

Wat betreft de leeftijdsklassen: burnout komt vaker voor in de leeftijdsklasse rond 40 jaar (35-44 jaar). Angst en depressie komen vooral onder jongeren tot 35 jaar voor. Ouderen boven 55 jaar scoren over het algemeen lager op de vragenlijsten naar specifieke psychische gezondheidsproblematiek.

Tabel 4.6 Aard van de psychische klachten naar enkele demografische variabelen. Tussen haken staan de kolompercentages vermeld (per demografische variabele optellend tot 100%).

	Geen psychische klachten n=98	Algemeen psychisch onwelbev. n=188	Burnout klachten n=74	Angst depressie klachten n=195	Totaal n=555
Man	54 (55%)	87 (46%)	23 (31%)	93 (48%)	257 (46%)
Vrouw	44 (45%)	101 (54%)	51 (69%)	102 (52%)	298 (54%)
<b>Leeftijd</b>					
Tot 35 jaar	11 (11%)	42 (22%)	15 (20%)	48 (25%)	116 (21%)
35-44 jaar	34 (35%)	61 (32%)	30 (40%)	58 (30%)	183 (33%)
45-54 jaar	39 (40%)	67 (36%)	24 (32%)	71 (36%)	201 (36%)
55-65 jaar	14 (14%)	18 (10%)	5 (7%)	18 (9%)	55 (10%)

*Zelfoordeel werknemers over aanwezigheid psychische klachten:*

In de screeningsvragenlijst konden de werknemers aangeven of er naar hun oordeel sprake is van psychische klachten. In tabel 4.7 staat weergegeven in hoeverre dit oordeel overeenkomt met de indeling op grond van de gevalideerde vragenlijsten die in het kader van het eerste interview zijn afgenomen.

Tabel 4.7 Zelfoordeel psychische klachten vergeleken met de indeling op grond van gevalideerde psychische klachtenvragenlijsten. Tussen haken staan steeds de kolompercentages weergegeven.

	Oordeel op basis van gevalideerde vragenlijsten				
	Geen	Algemeen			
	psychische	psychisch	Burnout	Angst of	Totaal
	klachten	onwelbev.		depressie	
	n=98	n=188	n=74	n=195	n=555
<b>Zelfoordeel werknemer</b>					
Psychische klachten	38 (39%)	79 (42%)	49 (66%)	157 (81%)	323 (58%)
Geen psychische klachten	60 (61%)	109 (58%)	25 (34%)	38 (19%)	232 (42%)

Het zelfoordeel zoals gegeven in de screeningslijst, komt over het algemeen redelijk goed overeen met het oordeel op grond van de gevalideerde vragenlijsten. De mate van overeenkomst hangt daarbij sterk samen met de aard van de psychische klachten. Van de mensen die zelf aangeven dat er sprake is van psychische klachten, scoort 88% ((79 + 49 + 157)/323) inderdaad hoog op één van de gevalideerde schalen, en met name op angst en depressie (49 %).

Van de mensen die laag scoren op de vragenlijsten, heeft de meerderheid (61%) ook naar eigen oordeel geen psychische klachten. Andersom scoort van de werknemers die in de screeningslijst aangeven niet te lijden aan psychische klachten, driekwart toch hoog op één van de lijsten. Hier gaat het in het overgrote deel alleen om een hoge GHQ-score.

### 4.3 Somatische comorbiditeit

In de screener is gevraagd naar de klachten die werknemers op dat moment hadden. Het ging daarbij niet alleen om psychische maar ook om lichamelijke klachten. Op grond van deze vragen rapporteren 321 (59%) werknemers psychische klachten. Daarnaast rapporteren 235 werknemers (42%) klachten van het bewegingsapparaat en 257 (46 %) rapporteren overige klachten. Er is sprake van overlap tussen de groepen, zoals blijkt uit tabel 4.8.

Van de mensen met klachten aan het bewegingsapparaat (met en zonder overige somatische klachten) heeft meer dan de helft volgens eigen zeggen geen psychische klachten. Van de mensen zonder somatische comorbiditeit heeft het grootste deel (79%) naar eigen zeggen psychische klachten.

Tabel 4.8 Zelfoordeel over de aanwezigheid psychische klachten, de aard van de psychische klachten en aard van de somatische comorbiditeit. Tussen haken staan steeds de kolompercentages weergegeven.

	Geen soma- tische co- morbiditeit n=156	Alleen be- wegings- apparaat n= 142	Alleen overig somatisch n= 157	Bewegings- apparaat en overig n= 93	Totaal n=548
<b>Zelfoordeel werknemer</b>					
Psychische klachten	124 (79%)	66 (47%)	90 (57%)	41 (44%)	321 (59%)
Geen psychische klach- ten	32 (21%)	76 (53%)	67 (43%)	52 (56%)	227 (41%)

4.4 Aard van klachten en oorzaak van de ziekmelding

In deze paragraaf worden de gezondheidsklachten waarmee de werknemers zich ziek hebben gemeld afgezet tegen de door henzelf aangegeven belangrijkste oorzaken die hebben geleid tot de ziekmelding (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9 Verband tussen de door de werknemers gerapporteerde gezondheidsklachten en de door hen aangegeven belangrijkste oorzaak die aan het verzuim ten grondslag lag. Tussen haakjes staan steeds de kolompercentages vermeld.

Belangrijkste oorzaak van de ziekmelding						
Gezondheidsklacht	Somatische klachten n=145	Psychische klachten n=62	Combinatie psychi- sche en somatische klachten n=146	Werk n=145	Tuis n= 57	Totaal n=555
Alleen psychisch	4 (3%)	29 (47%)	22 (15%)	42 (29%)	27 (47%)	124 (22%)
Psych & bewap	3 (2%)	13 (21%)	32 (22%)	13 (9%)	5 (9%)	66 (12%)
Psych & overig	4 (3%)	11 (16%)	30 (21%)	38 (26%)	7 (12%)	90 (16%)
Psych, bewap & overig	3 (2%)	5 (8%)	21 (14%)	9 (6%)	3 (5%)	41 (7%)
Alleen bewap	55 (38%)	0 (0%)	12 (8%)	7 (5%)	2 (4%)	76 (14%)
Bewap & overig	31 (21%)	0 (0%)	8 (5%)	11 (8%)	2 (4%)	52 (9%)
Alleen overig	36 (25%)	3 (5%)	16 (11%)	6 (4%)	6 (11%)	67 (12%)
Geen klacht	4 (3%)	1 (2%)	3 (2%)	19 (6%)	5 (9%)	32 (6%)
Onvoldoende Ingevuld	5 (3%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (12%)

Van de 145 werknemers die zelf aangeven dat het ziekteverzuim een somatische oorzaak heeft, rapporteert 125 (86%) inderdaad somati-

sche klachten. Slechts veertien van deze werknemers (10%) rapporteert (ook) psychische klachten.

Vrijwel alle 62 werknemers die zelf aangeven dat het ziekteverzuim een psychische oorzaak heeft, rapporteren psychische klachten ( $n = 58$ ; 94%). Ongeveer de helft ( $n=29$ ) van deze werknemers rapporteert naast psychische ook lichamelijke klachten.

Van de 146 werknemers die zelf aangeven dat een combinatie van psychische en somatische klachten de oorzaak vormt voor het ziekteverzuim, rapporteren er 83 (59%) inderdaad een combinatie van psychische en lichamelijke klachten. Twee en twintig werknemers (15%) rapporteren alleen psychische klachten, en 36 (25%) rapporteren somatische klachten.

Van de 145 werknemers die het werk zien als oorzaak van hun ziekteverzuim, rapporteren 102 (70%) psychische klachten. Van deze 102 heeft meer dan de helft ( $n=60$ ) ook lichamelijke klachten, met name overige klachten.

Van de 57 werknemers die problemen buiten het werk als de belangrijkste oorzaak zien van het ziekteverzuim, rapporteren 42 (74%) psychische klachten. De meeste van deze 42 ( $n=27$ ) hebben alleen psychische klachten, dus zonder somatische comorbiditeit.

Uit tabel 4.9 blijkt dat de door de werknemers gerapporteerde belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding redelijk overeen komt met de aard van de gezondheidsklachten. Werknemers die het werk als de belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding zien, geven met name aan psychische klachten te hebben, vaak in combinatie met lichamelijke klachten. De werknemers die de belangrijkste oorzaak buiten het werk leggen, rapporteren met name psychische klachten, meestal zonder somatische comorbiditeit.

Uit tabel 4.10 blijkt dat wanneer een psychische oorzaak (zowel psychische klachten als een psychosociale oorzaak in het werk) als belangrijkste reden voor de ziekmelding wordt genoemd, dit vaker samenhangt met alleen voldoen aan het burnout-criterium. Psychische klachten en comorbide klachten, evenals psychosociale oorzaken in de werk- en thuissituatie hangt beduidend vaker samen met angst en depressie. Een somatische oorzaak hangt vooral samen met algemeen onwelbevinden (hoge GHQ-score), en het ontbreken van psychische klachten zoals gemeten met gevalideerde vragenlijsten voor burnout of angst en depressie.



Tabel 4.10 Verband tussen aard van de psychische klachten en de oorzaak van het ziekteverzuim volgens de werknemer. Tussen haken staan steeds de kolompercentages weergegeven.

Psychische gezondheids- toestand volgens gevali- deerde vragenlijsten	Belangrijkste oorzaak van de ziekmelding						Totaal n=555
	Somatische klach- ten n=145	Psychische klach- ten n=62	Combinatie psychi- sche en somatische klachten n=146	Werk n=145	Thuis n= 57		
Geen psychische klachten	37 (25%)	6 (10%)	19 (13%)	28 (19 %)	8 (14%)		98 (18%)
Algemeen psychisch onwelbevinden	76 (52%)	17 (27%)	39 (27%)	33 (23%)	23 (40%)		188 (34%)
Burnout	8 (5%)	11 (18%)	17 (12%)	32 (22%)	6 (10%)		74 (13%)
Angst of depressie	24 (17%)	28 (45%)	71 (49%)	52 (36%)	20 (35%)		195 (35%)

#### 4.4 Samenvatting en conclusies ten aanzien van de psychische klachten en oorzaken van ziekmelding

De werknemers zelf geven meestal aan dat gezondheidsklachten de belangrijkste reden van de ziekmelding zijn. In 36% van de gevallen is de belangrijkste reden van de ziekmelding de werk- of privé-situatie. Dit betekent echter niet dat er geen sprake is van gezondheidsklachten. Indien het werk de belangrijkste oorzaak is die aan de ziekmelding ten grondslag ligt heeft slechts 6% van de werknemers geen enkele gezondheidsklacht en 19% een lage score op de vragenlijsten die psychische gezondheid meten. Wanneer de privé-situatie de belangrijkste oorzaak van de ziekmelding is, heeft 9% geen enkele gezondheidsklacht en 14% een lage score op de vragenlijsten. In het cohort is dus sprake van een kleine groep werknemers die op de momenten dat de screener en vragenlijsten zijn afgenomen geen last heeft van gezondheidsklachten.

De werknemers in het cohort scoren over het algemeen hoog op de gevalideerde vragenlijsten naar psychische klachten. Zo is de gemiddelde GHQ-12 score in dit cohort 7,8, terwijl dat in de algemene Nederlandse bevolking gemiddeld 1,2 is (Bijl et al., 1998). Dit hangt uiteraard samen met de aard van het cohort: mensen die langdurig verzuimen met psychische klachten.

Omdat de verschillende vragenlijsten – GHQ-12, UBOS, SCL-90 Depressie en SCL-90 Angst – ieder een ander deel van het psychische klachten spectrum lijken te meten, blijkt het mogelijk een indeling te maken naar aard en ernst van de psychische klachten. De GHQ-12 wordt daarin gezien als een algemene maat van psychisch onwelbe-

vinden. Dit beeld wordt bevestigd in het cohort: vrijwel alle werknemers die hoog scoren op de overige – meer specifieke - vragenlijsten, scoren ook hoog op de GHQ-12. Vijfentwintig procent van de werknemers heeft burnout-klachten volgens de UBOS. Bijna de helft van deze groep scoort ook hoog op tenminste één van de SCL-schalen. De beide SCL-90 schalen blijken elkaar in dit cohort opvallend te overlappen: vrijwel alle mensen met angstklachten hebben ook depressieve klachten. Deze overlap wordt in iets minder extreme vorm ook gevonden in algemeen bevolkingsonderzoek, zoals Nemesis (Ravelli et al (1998).

Het lijkt erop dat het zelfoordeel ‘aanwezigheid psychische klachten’ met name met angst, depressie en burnout te maken heeft, en minder met algemene psychische klachten zoals gemeten met de GHQ.

De door de werknemer aangegeven oorzaak van de ziektemelding zegt weinig over de aanwezigheid van somatische comorbide klachten. Ook bij de mensen die aangeven dat of psychische of somatische klachten de hoofdoorzaak van het verzuim zijn, blijkt vaak toch sprake van een combinatie van psychische en somatische gezondheidsklachten. Wel zegt de uitspraak over de hoofdoorzaak van het ziekteverzuim iets over de aard van de psychische klachten. Opvallend is bijvoorbeeld dat van de mensen die zelf een combinatie van psychische en somatische klachten als oorzaak aangeven, 49% hoog scoort op angst of depressie. Verder hangt een somatische oorzaak vooral samen met algemeen psychisch onwelbevinden (alleen een hoge score op de GHQ-12), en het ontbreken van psychische klachten zoals gemeten met gevalideerde vragenlijsten die burnout of angst en depressie meten.

#### Conclusies hoofdstuk 4

- Volgens werknemers zelf zijn gezondheidsklachten de belangrijkste oorzaak van de ziekmelding (63%). Werk vormt in 26% de belangrijkste oorzaak en de privé-situatie of persoonlijkheid in 10% van de gevallen. Bij deze laatste twee groepen werknemers is er echter in verreweg de meeste gevallen wel sprake van gezondheidsklachten.

- Het zelfoordeel over de aanwezigheid van psychische klachten, aan de hand van één simpele vraag, komt redelijk goed overeen met het oordeel op basis van gevalideerde vragenlijsten. Het zelfoordeel 'psychische klachten' heeft meer te maken met burnoutklachten, angst of depressieve klachten, en minder met het hebben van sterke gevoelens van onwelbevinden, zoals gemeten met de GHQ.
- In het cohort kunnen de volgende groepen werknemers worden onderscheiden: een groep zonder psychische klachten, één met sterke gevoelens van onwelbevinden, één met een hoge score op burnout, en één met een hoge score op angst en/of depressie (en deels ook op burnout).
- Wanneer werknemers een somatische oorzaak als belangrijkste reden voor de ziekmelding noemen, hebben zij vaak alleen een hoge score op de GHQ en geen burnout, angst of depressie. Van diegenen met een combinatie van psychische en somatische klachten heeft de helft een hoge score op angst en depressie.



## 5 Oordelen van werknemers, huisartsen en bedrijfsartsen onderling vergeleken.

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een verdiepend deelonderzoek van het INVENT-onderzoek bij een subgroep van het cohort. In dit deelonderzoek zijn naast de werknemer ook de behandelend huis- en de bedrijfsarts geïnterviewd. De doelstelling is om een vergelijking te maken tussen de oordelen van enerzijds de werknemers en anderzijds de huisartsen en bedrijfsartsen over hun contacten en de aard en inhoud van die contacten. Daarnaast is ook een vergelijking gemaakt tussen bedrijfsartsen en huisartsen wat betreft de beoordeling van de gezondheidsklachten van de werknemer.

Na de bespreking van de onderzoeksvragen voor het deelonderzoek in deze paragraaf wordt in paragrafen 5.2 en 5.3 de onderzoeksopzet en uitvoering van dit deelonderzoek besproken. Vervolgens zal in vier paragrafen telkens één van de vier onderstaande onderzoeksvragen worden beantwoord. In paragraaf 5.8 worden de resultaten van dit aanvullende deelonderzoek samengevat, en conclusies getrokken.

*Vraag 1 Komen de oordelen over de werknemers en artsen over de aard en inhoud van hun contacten overeen?*

Het grootste deel van het INVENT-onderzoek is gebaseerd op informatie uit werknemersinterviews. Hoe betrouwbaar is die informatie, en wordt het oordeel van de werknemer gedeeld door de artsen? Deze vraag wordt beantwoord in paragraaf 5.4. Het antwoord op deze vraag is van belang voor het interpreteren van de gegevens in het gehele rapport. De resultaten kunnen worden gezien als een aanvulling op hoofdstuk 6.

*Vraag 2 In hoeverre komt het werknemersoordeel over hun gezondheidsklachten overeen met dat van de artsen?*

Een belangrijk deel van INVENT is gebaseerd op de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten over psychische klachten, ingevuld door de werknemers. In paragraaf 5.5 wordt nagegaan in hoeverre deze uitkomsten overeenkomen met de oordelen van de huisarts en de bedrijfsarts. Dit is van belang voor het interpreteren van de gegevens in het gehele rapport. Deze resultaten kunnen worden gezien als een aanvulling op de hoofdstukken 4, 7 en 8.

*Vraag 3 In hoeverre komt het oordeel van de huisartsen over de gezondheidsklachten van de werknemers overeen met dat van de bedrijfsartsen?*

Het deelonderzoek biedt ons de gelegenheid om het oordeel van de bedrijfsarts en de huisarts te vergelijken. De huis- en bedrijfsarts zijn de belangrijke behandelaars voor werknemers die langdurig om psychische redenen verzuimen. Uit eerder onderzoek bleek dat beide hulpverleners vrijwel niet communiceren en samenwerken (Veerman et al., 2001; Van Amstel & Buijs, 1997). Tot op heden is onbekend of dit gebrek aan communicatie ook leidt tot een verschillend oordeel over de ernst en aard van de klachten en de begeleiding. Hierop wordt in paragraaf 5.6 ingegaan.

*Vraag 4 Wat bepaalt of huis- en bedrijfsarts verwijzen naar andere hulpverleners?*

Uit het onderzoek zoals beschreven in hoofdstuk 6 blijkt dat huis- en bedrijfsarts veruit de belangrijkste behandelaars zijn voor werknemers die vanwege psychische klachten verzuimen. Verwijzing naar andere hulpverleners gebeurt slechts sporadisch (zie hoofdstuk 6). Waarom verwijzen de huisarts en bedrijfsarts zo weinig: is dat een inhoudelijke afweging of is er sprake van (financiële) drempels? Deze vraag wordt beantwoord in paragraaf 5.7. Het biedt achtergrondinformatie die behulpzaam kan zijn bij de interpretatie van de resultaten in hoofdstuk 6.

## **5.2 Opzet deelonderzoek**

Om ongeveer 100 huisartsen en bedrijfsartsen te selecteren voor dit deelonderzoek is een selectie gemaakt van werknemers die toestemming hadden verleend om contact op te nemen met hun huis- en bedrijfsarts. Vervolgens is getracht een afspraak te maken met 50 huis- en bedrijfsartsen voor een telefonisch interview.

De telefonische interviews werden afgenomen door drie van de onderzoekers en duurden gemiddeld 25 minuten. De interviews waren volledig voorgestructureerd. Voor de beantwoording van vragen met een groot aantal antwoordmogelijkheden, kregen de arts van tevoren antwoordkaarten toegestuurd. Ook werd gevraagd het (eventueel elektronisch) dossier van de betreffende werknemer bij de hand te houden om met name feitelijke 'dossiervragen' goed te kunnen beantwoorden. Deze dossiervragen werden ook van tevoren toegestuurd.

Over de volgende thema's werden tijdens het interview vragen gesteld:

- achtergrond van de arts en zijn praktijk;
- exacte data van verzuim en werkhervatting van de werknemer (alleen voor bedrijfsarts);
- artsbezoek en inhoud van de contacten in periode 1 (twee maanden voorafgaand aan verzuim);
- artsbezoek en inhoud van de contacten in periode 2 (eerste vier weken na verzuimmelding);
- artsbezoek en inhoud van de contacten in periode 3 (na deze eerste vier weken verzuim t/m datum eerste interview);
- aard van de klachten van de werknemer;
- oorzaken van verzuim;
- werksituatie van de werknemer;
- inhoud van de behandeling;
- verwijzingen naar andere hulpverleners;
- contacten met andere hulpverleners;
- toekomstverwachtingen voor de werknemer.

### **5.3 Respons en achtergrondgegevens van de artsen**

#### *Respons*

In totaal 163 werknemers hebben toestemming gegeven voor het interviewen van hun huis- en bedrijfsarts. Deze huis- en bedrijfsartsen zijn één voor één benaderd totdat er ongeveer 50 huisartsen en 50 bedrijfsartsen bereid waren mee te doen aan een interview. Er is getracht huis- en bedrijfsartsen te selecteren van dezelfde werknemers. Dit betekent dat in eerste instantie de huisartsen benaderd zijn van de bedrijfsartsen die al toegezegd hadden mee te werken, en andersom. De non-respons onder de huisartsen was hoger.

Redenen voor non-respons waren:

- te druk of doet nooit mee aan onderzoek (vooral bij huisartsen);
- vakantie (voor beide beroepsgroepen);
- niet bereikbaar of verkeerde naam of adres doorgegeven (vooral bij bedrijfsartsen).

In totaal werden 98 interviews gehouden met de huisarts en/of de bedrijfsarts van 72 werknemers. Van 44 werknemers werd de huisarts geïnterviewd, en van 54 werknemers de bedrijfsarts of, in één geval, de bedrijfsverpleegkundige. Vijf bedrijfsartsen werden tweemaal geïnterviewd (elk over twee verschillende werknemers). Elke huisarts werd geïnterviewd over één patiënt. Van 26 werknemers werd zowel

de huisarts als de bedrijfsarts (of bedrijfsverpleegkundige) geïnterviewd.

#### *Achtergrond van de huisartsen*

Onder de 44 geïnterviewde huisartsen bevinden zich 32 mannen (73%) en 12 vrouwen (27%). Zij zijn afgestudeerd tussen 1969 en 1993, met als gemiddelde en mediaan 1981. Van deze artsen konden er in de eigen praktijk of op grond van vaste afspraken 19 (43%) gebruik maken van de diensten van een psycholoog, 27 (61%) van de diensten van een maatschappelijk werker en 28 (64%) van de diensten van een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een fysiotherapeut). In totaal konden 32 (73%) huisartsen gebruik maken van tenminste één van bovenstaande mogelijkheden en 12 (27%) niet.

#### *Achtergrond van de bedrijfsartsen*

Onder de 48 geïnterviewde bedrijfsartsen bevinden zich 42 mannen (88%) en 6 vrouwen (12%). Zij zijn afgestudeerd tussen 1967 en 1998, met als gemiddelde en als mediaan 1985. Van deze artsen konden er 42 (87%) gebruik maken van de diensten van een psycholoog; 43 (90%) van de diensten van een bedrijfsmaatschappelijk werker en 34 (71%) van de diensten van een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een fysiotherapeut). Vrijwel alle bedrijfsartsen (46 van de 48) konden gebruik maken van tenminste één van bovenstaande mogelijkheden.

#### *Vergelijking van de achtergronden van de huisartsen en bedrijfsartsen*

De 44 geïnterviewde huisartsen waren in vergelijking met de 48 bedrijfsartsen significant vaker vrouw en langer geleden afgestudeerd. Opvallend is dat de bedrijfsartsen over meer directe verwijsmogelijkheden beschikten, met name voor een verwijzing naar de psycholoog.

### **5.4 Vergelijking van de rapportages van werknemers en artsen over hun contacten.**

Het INVENT-onderzoek is voornamelijk gebaseerd op zelfrapportage door de geïnterviewde werknemers. Door in een deelcohort de behandelend huis- en bedrijfsarts dezelfde vragen te stellen, is het mogelijk de informatie van de werknemers te vergelijken met de oordelen van de artsen. Ook kan gekeken worden naar de mate van overeenstemming tussen de huis- en bedrijfsartsen.

Allereerst vergelijken we in paragraaf 5.4.1 de antwoorden over het bezoek aan huis- en bedrijfsarts in de verschillende verzuimperioden. Aangezien de artsen hun (elektronisch) patiëntendossier konden raad-



plegen, mag aangenomen worden dat hun antwoorden op feitelijke vragen (bijv. het tijdstip van contact) het meest betrouwbaar zijn.

Vervolgens wordt de vraag besproken welke onderwerpen tijdens de contacten met de werknemers aan de orde kwamen. De antwoorden van de artsen op deze vragen zijn niet altijd uit het dossier afkomstig. Het is dan minder goed vast te stellen of de arts of de patiënt het juiste antwoord heeft gegeven.

5.4.1 *Tijdstip van contact tussen werknemers en artsen*

In tabel 5.1 staan de antwoorden van de werknemers en hun huis- en bedrijfsarts op de vraag of ze in de onderscheiden verzuimperioden contact hebben gehad.

Tabel 5.1 Contacten in de verschillende verzuimperioden volgens werknemers en hun huis- of bedrijfsartsen.

Arts & periode	Volgens werknemer Contact (%)	Volgens arts Contact(%)	Volgens beiden Contact(%)
<b>Huisarts (n=44):</b>			
1 (2 mnd voor verzuimmelding)	52%	59%	43%
2 (4 weken na de verzuimmelding)	75%	84%	73%
3 (5 wk-4/5 mnd na de verzuimmelding)	75%	84%	70%
<b>Bedrijfsarts (n=54)</b>			
1 (2 mnd voor verzuimmelding)	7%	11%	6%
2 (4 weken na de verzuimmelding)	70%	67%	59%
3 (5 wk--4/5 mnd na de verzuimmelding)	91%	98%	89%

Uit tabel 5.1 blijkt dat voorafgaand aan de verzuimmelding (de eerste twee maanden vóór het verzuim) 23 van de 44 patiënten (52%) zeggen dat ze contact hebben gehad met de huisarts. Volgens de huisartsen waren dat 26 patiënten (59%). In totaal 19 patiënten (43%) zagen volgens beiden de huisarts in deze periode. Betrekken we ook de overeenstemming over het niet hebben van een contact in deze periode dan blijkt dat in 33 gevallen (75%) het antwoord van de huisarts overeen kwam met dat van de patiënt.

Tabel 5.1 laat verder zien dat de mate van overeenkomst over de vraag of er een contact is geweest afneemt naarmate de periode waarover het gaat verder van het interviewmoment afligt. Verder valt op dat in de periode voor het verzuim vooral contact is met de huisarts en nauwelijks met de bedrijfsarts.

#### 5.4.2 *Inhoud van de contacten met de huis- en bedrijfsarts*

Aan de werknemers en aan de bedrijfsartsen en huisartsen is ook gevraagd welke onderwerpen tijdens de contacten aan de orde kwamen. Dit is gevraagd voor de periode voorafgaand aan de verzuimmelding, de eerste maand na de verzuimmelding en de periode van vier weken verzuim tot het moment van het interview (4-5 maanden na de verzuimmelding). In deze paragraaf gaat het over de uitkomsten die betrekking hebben op de eerste maand na de verzuimmelding. Het beeld in de overige perioden wijkt hier niet sterk van af.

In totaal 32 patiënten uit het deelcohort (73%) zagen volgens zowel werknemer als huisarts de huisarts in deze periode. Van deze 32 vergeleken we de antwoorden op de vraag naar de onderwerpen die aan de orde kwamen tijdens deze gesprekken (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2 Onderwerpen die aan de orde kwamen in de gesprekken met de huisarts in de eerste maand na de verzuimmelding (n=32)

Onderwerp	Volgens patiënt besproken	Volgens huisarts besproken	Volgens beiden besproken
Aandoeningen	100%	94%	94%
Arbeidsomstandigheden	16%	31%	6%
Werkconflicten	9%	28%	6%
Privé-problemen	16%	37%	9%
Therapiesessie	3%	41%	0%
Verwijzing	28%	72%	9%
Medicijnen	28%	44%	22%

Uit tabel 5.2 blijkt dat over de inhoud van de gesprekken nauwelijks overeenstemming bestaat. Over de hele linie menen huisartsen dat onderwerpen vaker aan de orde zijn geweest. De grote overeenkomst over het onderwerp ‘aandoeningen en klachten’ hangt vooral samen met het feit dat dit onderwerp volgens beiden in vrijwel alle gesprekken aan de orde kwam. Opvallend is dat over onderwerpen als verwijzing en medicatie grote verschillen bestaan. Zo is er volgens de huisartsen in 72% van de gevallen (23 patiënten) gesproken over verwijzing. Slechts 3 patiënten waren ook van mening dat het onderwerp verwijzen aan de orde is geweest.

Ook over de inhoud van de gesprekken met de bedrijfsarts in de eerste maand na de verzuimmelding is er nauwelijks overeenstemming (zie tabel 5.3). De grote overeenkomst over het onderwerp ‘aandoeningen en klachten’ hangt vooral samen met het feit dat dit onderwerp volgens beiden in vrijwel alle gesprekken aan de orde kwam.

Tabel 5.3 Onderwerpen die aan de orde kwamen in de gesprekken met de bedrijfsarts in de eerste maand na de verzuimmelding (n=32)

Onderwerp	Volgens patiënt besproken	Volgens bedrijfsarts besproken	Volgens beiden besproken
Aandoeningen	91%	84%	75%
Arbeidsomstandigheden	37%	59%	19%
Werkconflicten	22%	37%	19%
Privé-problemen	16%	34%	9%
Therapiesessie	3%	66%	0%
Verwijzing	9%	53%	3%
Medicijnen	3%	0%	0%

Net als bij de huisartsen is er nauwelijks overeenstemming over het feit dat het onderwerp verwijzen aan de orde is geweest. Volgens tweederde van de bedrijfsartsen was er tijdens de gesprekken sprake van een therapiesessie. Dat is de verzuimende werknemers kennelijk ontgaan. Geen enkele werknemer heeft dit bevestigd.

Samenvattend kunnen we concluderen dat er weinig overeenstemming is tussen de werknemers en hun huis- en bedrijfsartsen als het gaat om de onderwerpen die tijdens de gesprekken aan de orde zijn geweest. Kennelijk hebben de arts en de patiënt ieder vanuit hun eigen perspectief een onderling sterk verschillend beeld van de inhoud van het gesprek.

## 5.5 Vergelijking van de rapportages van werknemers en artsen over de aard van de psychische klachten.

In de interviews vroegen we de artsen welk diagnose zij hadden geregistreerd. Dit werd gevraagd voor zowel de hoofd- als een eventuele nevendiagnose. Daarmee kon vastgesteld worden in hoeverre er volgens de artsen sprake is van werknemers met psychische aandoeningen. De uitkomsten worden beschreven in paragraaf 5.5.1. In paragraaf 5.5.2 wordt vervolgens dieper ingegaan op de aard van de psychische aandoening. De artsen werd gevraagd globale eerstelijnsdiagnoses als depressie, angst en overspanning toe te kennen. Deze oordelen worden vergeleken met de uitkomsten van de eerder beschreven vragenlijsten die zich specifiek richten op de aard van psychische klachten: GHQ, SCL-Depressie, SCL-Angst en de UBOS.

#### 5.5.1 *Een psychisch of lichamelijke aandoening volgens de artsen*

De 44 huisartsen werd gevraagd welke hoofd- en nevendiagnose zij hadden vastgesteld bij hun patiënten. Bij 33 van de 44 patiënten (75%) stelde de huisarts een psychische aandoening als hoofddiagnose vast. Daarnaast was er bij drie patiënten sprake van een psychische aandoening als nevendiagnose. In totaal noemden dus 36 huisartsen (82%) psychische aandoeningen als hoofd- of nevendiagnose. Aandoeningen van het bewegingsapparaat werden door acht huisartsen genoemd (18%), en overige aandoeningen zesmaal (14%).

De 48 bedrijfsartsen werd stelden bij 40 van de 54 werknemers (74%) vast dat psychische aandoeningen de hoofddiagnose vormde. Daarnaast werd bij drie werknemers een psychische aandoening als nevendiagnose vastgesteld (in alle drie gevallen vormden rugaandoeningen de hoofddiagnose). In totaal was er volgens de bedrijfsartsen dus bij 43 (80%) van de zieke werknemers sprake van een psychische aandoening. Aandoeningen van het bewegingsapparaat werden bij 13 werknemers genoemd (24%), en overige aandoeningen bij drie (6%).

Samenvattend kan gesteld worden dat de artsen van mening waren dat bij 75% van de werknemers sprake was een psychische aandoening als hoofddiagnose. Inclusief nevendiagnosen was er bij 80 % van het cohort sprake van een psychische aandoening.

#### 5.5.2 *Overeenstemming over aard van de psychische klachten*

Bij het vergelijken van het oordeel van de huis- en bedrijfsartsen over de aard van de klachten en de scores van de werknemer op de vragenlijsten, beperken we ons tot werknemers bij wie volgens de huis- of bedrijfsarts sprake was van een psychische aandoening als hoofd- of nevendiagnose.

In tabel 5.4 is het oordeel van de huisarts over de diagnose afgezet tegen het percentage werknemers met een hoge score (boven het afkap-punt) op elk van de vragenlijsten.

Tabel 5.4 Het oordeel van de huisarts over de aard van de psychische klachten afgezet tegen het percentage werknemers dat op elk van de vragenlijsten een hoge ongunstige score (boven het afkappunt) aangaf. In totaal gaat het om 36 werknemers die op GHQ, UBOS of SCL een ongunstige score hadden. Percentages tellen verticaal op tot honderd. Elke kolom staat voor een aparte subgroep werknemers met een ongunstige score op de betreffende vragenlijst. De subgroepen in verschillende kolommen overlappen elkaar.

Diagnose huisarts	Hoge scores op vragenlijsten							Totaal
	GHQ	UBOS- Uitputting	UBOS- Distantie	UBOS- Competentie	Burnout	SCL- Depressie	SCL- Angst	
Angst	10% (3x)	10% (3x)	12% (2x)	9% (2x)	15% (2x)	0% (0x)	0% (0x)	8% (n=3)
Depressie	26% (8x)	28% (8x)	41% (7x)	32% (7x)	38% (5x)	30% (3x)	44% (4x)	28% (n=10)
Overspanning	48% (15x)	55% (16x)	35% (6x)	46% (10x)	31% (4x)	60% (6x)	44% (4x)	50% (n=18)
Conflict	6% (2x)	3% (1x)	6% (1x)	5% (1x)	8% (1x)	0% (0x)	0% (0x)	6% (n=2)
Overig	10% (3x)	3% (1x)	6% (1x)	9% (2x)	8% (1x)	10% (1x)	11% (1x)	8% (n=3)
Totaal (n=36)	100% (n=31)	100% (n=29)	100% (n=17)	100% (n=22)	100% (n=13)	100% (n=10)	100% (n=9)	100% (n=36)

In de kolom totaal van tabel 5.4 is te zien dat de huisartsen in driekwart van de gevallen (78%) voor de diagnose depressie (28%) of overspannenheid (50%) kiezen. De groep met de diagnose overspanning scoort ook ongunstig op de schalen UBOS Uitputting (16 van de 18) en GHQ (15 van de 18). Hoge scores op UBOS-uitputting en GHQ kwamen echter onder alle werknemers in het deelcohort veel voor, ook bij patiënten waarbij volgens de huisarts geen sprake was van overspanning. Het grootste deel van de werknemers die volgens de huisarts depressief waren, scoorde niet hoog op de SCL90-depressieschaal (3 van de 10). Van de werknemers die wel hoog scoorden op de SCL-depressie schaal waren 6 van de 10 (60%) volgens de huisarts overspannen. De drie werknemers die volgens de huisarts leden aan angstklachten scoorden zelf niet hoog op de schaal SCL90-Angstklachten. Van de mensen die hoog scoorden op SCL90-

Angst was het grootste deel volgens de huisarts óf depressief óf overspannen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de oordelen van de huisarts over de aard van de psychische klachten – de eerstelijns diagnoses – slechts zeer gedeeltelijk overeen komen met de scores van de werknemers op de gevalideerde vragenlijsten. Sommige resultaten zijn zelfs tegengesteld aan de verwachting. Zo is meer dan de helft van de hoogscoorders op SCL-depressie volgens de huisarts overspannen, en is geen van de hoogscoorders op SCL-Angst volgens de huisartsen angstig.

Bij de vergelijking van het oordeel van de bedrijfsartsen over de aard van de psychische klachten met de scores van de werknemers op de vragenlijsten, beperken wij ons tot de 43 werknemers bij wie de bedrijfsarts een psychische aandoening als hoofd- of nevendiagnose vaststelde (zie tabel 5.5).

Tabel 5.5 Het oordeel van de bedrijfsarts over de aard van de psychische klachten afgezet tegen het percentage werknemers dat op elk van de vragenlijsten een hoge ongunstige score (boven het afkappunt) aangaf. In totaal gaat het om 43 werknemers die op GHQ, UBOS of SCL een ongunstige score hadden. Percentages tellen verticaal op tot honderd. Elke kolom staat voor een aparte subgroep werknemers met een ongunstige score op de betreffende vragenlijst. De subgroepen in verschillende kolommen overlappen elkaar.

Diagnose bedrijfsarts	Hoge scores op vragenlijsten							Totaal
	GHQ	UBOS- Uitputting	UBOS- Distantie	UBOS- Competentie	Burnout	SCL- Depressie	SCL- Angst	
Angst	3% (1x)	3% (1x)	5% (1x)	4% (1x)	9% (1x)	0% (0x)	0% (0x)	2% (n=1)
Depressie	31% (11x)	32% (12x)	25% (5x)	25% (6x)	27% (3x)	28% (5x)	40% (6x)	30% (n=13)
Overspannen	49% (17x)	43% (16x)	50% (10x)	50% (12x)	45% (5x)	50% (9x)	40% (6x)	44% (n=19)
Conflict	6% (2x)	14% (5x)	10% (2x)	8% (2x)	9% (1x)	11% (2x)	13% (2x)	12% (n=5)
Overig	11% (4x)	8% (3x)	10% (2x)	13% (3x)	9% (1x)	11% (2x)	7% (1x)	12% (n=5)

Diagnose bedrijfsarts	Hoge scores op vragenlijsten							Totaal
	GHQ	UBOS- Uitputting	UBOS- Distantie	UBOS- Competentie	Burnout	SCL- Depressie	SCL- Angst	
Totaal	100% (n=35)	100% (n=37)	100% (n=20)	100% (n=24)	100% (n=11)	100% (n=18)	100% (n=15)	100% (n=43)

Uit tabel 5.5 (kolom totaal) blijkt dat bij 19 van de 43 werknemers met psychische klachten volgens de bedrijfsarts sprake is van overspannenheid of burnout. Bij 13 werknemers (30%) is sprake van depressie, bij één (2%) angst, bij vijf (12%) conflicten, en bij 5 (12%) een andere aandoening.

Hoge scores op UBOS-uitputting en GHQ komen veel voor onder alle werknemers en zijn niet specifiek voor diegenen waarvan de bedrijfsarts meent dat ze overspannen zijn. De helft van de werknemers die volgens de bedrijfsarts depressief is, scoort niet hoog op SCL-Depressie. Van hen die hoog scoren op SCL-Depressie is de helft volgens de bedrijfsarts overspannen. Werknemers die hoog scoren op SCL-Angst zijn volgens de huisarts voor het grootste deel niet angstig, maar depressief of overspannen.

Het grootste deel van de werknemers die volgens de bedrijfsarts overspannen zijn, zijn volgens de scores op de vragenlijsten depressief of angstig.

Samenvattend kan gesteld worden dat de oordelen van de bedrijfsartsen over de aard van de psychische klachten slechts zeer gedeeltelijk overeen komen met de scores van de werknemer op de vragenlijsten. De verdeling van de eerstelijns diagnoses onder de hoogscoorders op elk van de vragenlijsten is vrijwel identiek aan die voor de gehele groep. Van de werknemers die volgens de bedrijfsarts overspannen zijn, blijkt volgens de vragenlijst een derde ook last te hebben van ernstige angst- en stemmingsklachten.

Om uitspraken te doen over de consensus tussen huis- en bedrijfsarts moeten we ons beperken tot de werknemers waarvan beide artsen zijn geïnterviewd. Dat doen we in de volgende paragraaf.

## 5.6 Vergelijking van diagnoses tussen huisartsen en bedrijfsartsen

Van 26 werknemers werd zowel de huisarts als de bedrijfsarts ( eenmaal de bedrijfsverpleegkundige) geïnterviewd. In tabel 5.6 staan de diagnoses van beide artsen vermeld. Hoofd- en nevend diagnoses zijn hier gecombineerd. Het aantal werknemers bij wie een psychische

aandoeningen als nevenaandoening werd vastgesteld was zeer beperkt (tweemaal door de huisartsen en eenmaal door de bedrijfsarts).

Tabel 5.6 Verband tussen het oordeel van de huisarts over de hoofd- of nevendiagnoses en het oordeel van de bedrijfsarts daarover. Het betreft 26 werknemers van wie zowel de bedrijfsarts als de bedrijfsarts is geïnterviewd.

	BA: Psy	BA: Psy+bewap	BA: Bewap	BA: overig	BA: Geen	Totaal
HA: psy	16	1				17
HA: psy+bewap	1		1			2
HA: psy+over	2					2
HA: bewap		1	2			3
HA: over				1	1	2
Totaal	19	2	3	1	1	26

De 26 huisartsen stelden in totaal 21x (81 %) de aanwezigheid van een psychische aandoening vast. Ook de 26 bedrijfsartsen stelden deze diagnose bij 21 werknemers (81 %) vast. In 20 gevallen waren beiden het eens dat er sprake was van een psychische aandoening. In één geval stelde de bedrijfsarts vast dat er sprake was van een psychische aandoening en een aandoening van het bewegingsapparaat, maar concludeerde de huisarts dat er alleen sprake was van een aandoening van het bewegingsapparaat. In één ander geval gebeurde dit omgekeerd: de bedrijfsarts concludeerde dat er alleen sprake was van een aandoening van het bewegingsapparaat, maar de huisarts stelde ook een psychische aandoening vast.

Op dit globale niveau van diagnoses zijn huisarts en bedrijfsarts het in één geval volledig met elkaar oneens. Het betreft een werknemer bij wie de huisarts een aandoening in de categorie “overig” vaststelde en de bedrijfsarts geen enkele aandoening noemde.

Van de 20 werknemers bij wie zowel de huisarts als de bedrijfsarts vaststelde dat er sprake was van een psychische aandoening zijn in tabel 5.7 de meer specifieke diagnoses van beiden weergegeven.



Tabel 5.7 Verband tussen het oordeel van de huisarts over de aard van de psychische klachten en het oordeel van de bedrijfsarts daarover. Het betreft werknemers bij wie zowel de huisarts als bedrijfsarts de aanwezigheid van een psychische aandoening had vastgesteld. (n=20).

	BA: Angst	BA: Depressie	BA: Overspannen	BA: Conflict	BA: Overig	Totaal
HA: Angst	1	0	0	0	0	1
HA: Depressie	0	5	1	0	1	7
HA: Overspannen	0	4	5	2	0	11
HA: Conflict	0	0	0	0	1	1
HA: Overig	0	0	0	0	0	0
Totaal	1	9	6	2	2	20

Tabel 5.7 laat zien dat de huisarts in 11 van de 20 gevallen concludeerde dat er sprake was van overspannenheid. Daarnaast ging het volgens de huisarts bij zeven patiënten om een depressie, éénmaal om conflicten en eenmaal om angst.

De bedrijfsartsen stelden slechts zesmaal de diagnose overspannenheid vast. Daarnaast vonden zij dat er in negen gevallen sprake was van depressie, tweemaal conflicten, eenmaal angst en tweemaal een “overige” aandoening.

Bij 11 van de 20 werknemers kwamen de meer gedetailleerde diagnoses van huisartsen en bedrijfsartsen overeen (vijfmaal depressie, eenmaal angst en vijfmaal overspannenheid). Opvallend is dat de oordelen van de huisarts en bedrijfsarts over de aanwezigheid van depressie of overspannenheid nogal verschillen. Van de werknemers die volgens de bedrijfsarts depressief zijn, is bijna de helft (vier van de negen) volgens de huisarts overspannen. Verder is in tabel 5.7 te zien dat van de elf werknemers bij wie de huisarts overspannenheid vaststelde, de bedrijfsarts in vier gevallen concludeerde dat er sprake was van een depressie.

## 5.7 Verwijsmogelijkheden en verwijzing door huisartsen en bedrijfsartsen

Uit het onderzoek zoals beschreven in hoofdstuk 6 blijkt dat huis- en bedrijfsarts veruit de belangrijkste behandelaars zijn voor werknemers die vanwege psychische klachten verzuimen. Verwijzing naar andere hulpverleners gebeurt echter weinig. De geïnterviewde huisartsen verwezen 27% van de werknemers naar een psycholoog, maatschappelijk werk of fysiotherapeut. De bedrijfsartsen verwezen slechts 8%

van de werknemers. Hoewel het ziekenfonds en de AWBZ een verwijzing door de bedrijfsarts niet vergoeden, kunnen werkgevers dat wel doen. Waarom verwijzen de artsen vrijwel niet: is dat alleen een inhoudelijke afweging of is er ook sprake van organisatorische of financiële drempels? Deze vragen worden beantwoord in deze paragraaf.

In tabel 5.8 is een overzicht gegeven van de directe verwijzingsmogelijkheden waarover de bedrijfsartsen en huisartsen in dit deelcohort beschikken, de mogelijkheid (verzekeringstechnisch) om de betreffende patiënten te verwijzen en het aantal patiënten dat feitelijk is verwezen.

Tabel 5.8 Verwijzingsmogelijkheden en verwijzingen door de huisarts (n=44)

Verwijzing naar	Mogelijk In/bij praktijk (n)	Mogelijk voor deze patiënt (verzekering) (n)	Verwezen door huis- arts (n)
Psycholoog/ RIAGG <sup>4</sup>	19	17	6
Maatsch. werk	27	23	1
Overig (fysio)	28	24	5
Totaal	32	27	12

Tabel 5.8 laat zien dat in totaal 32 van de 44 huisartsen (73%) mogelijkheden hadden voor een directe verwijzing. Dat wil zeggen dat zij binnen de eigen praktijk of volgens vaste afspraken kunnen verwijzen. Deze directe verwijzingsmogelijkheden van de huisartsen betreffen vooral maatschappelijk werk en overige disciplines zoals de fysiotherapeut. Slechts 19 van de 44 huisartsen (43%) hebben deze directe verwijzingsmogelijkheden voor de psycholoog. De huisartsen worden nauwelijks beperkt door de verzekering van de patiënt. Uiteindelijk zijn 12 patiënten (27%) daadwerkelijk verwezen door de huisarts, met name naar psycholoog of fysiotherapeut.

In tabel 5.9 wordt analoog aan tabel 5.8 de situatie voor de bedrijfsartsen in dit deelcohort weergegeven.

<sup>4</sup> Het RIAGG bestaat tegenwoordig niet meer. RIAGG's zijn, gefuseerd tot instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg: GGZ-instellingen.

Tabel 5.9 Verwijsmogelijkheden en verwijzingen door de bedrijfsarts (n=54)

Verwijzing naar	Mogelijk in/ bij praktijk (n)	Mogelijk voor deze patiënt (arbocontract) (n)	Verwezen door be- drijfsarts (n)
Psycholoog/RIAGG	47	33	3
Maatsch. werk	48	37	3
Overig (fysio)	37	26	2
Totaal	52	38	8

Uit tabel 5.9 blijkt dat vrijwel alle bedrijfsartsen (96%) mogelijkheden hebben voor een directe verwijzing binnen de arbodienst of volgens vaste afspraken. Zij worden daarbij beperkt door het arbocontract met de werkgevers. Voor 38 werknemers in het deelcohort (70%) is er binnen het contract de mogelijkheid tot (beperkt) verwijzen. Daarbij dient in bijna de helft van deze 38 gevallen toestemming te worden gevraagd aan de werkgever (of leidinggevende) van de werknemer. Uiteindelijk zijn acht patiënten (15%) daadwerkelijk verwezen door de bedrijfsarts. Voor drie verwijzingen (38%) werd daarvoor toestemming gevraagd en gekregen van de werkgever. Van de 38 bedrijfsartsen met verwijsmogelijkheden, vinden er 30 (79%) dat de omvang van het contract voldoende is en zes (16%) menen dat het arbocontract te beperkt is.

Opvallend is dat het grootste deel van de werknemers die langdurig verzuimden in verband met psychische klachten niet werd verwezen. Het geringe aantal verwijzingen werd slechts in beperkte mate veroorzaakt door de beschikbaarheid van de voorzieningen en de mogelijkheid om te verwijzen. De huisarts verwees bijna de helft (44%) van de patiënten waarvoor dat mogelijk was, de bedrijfsarts slechts één op de tien. Overigens moet bedacht worden dat het gering aantal verwijzingen door de bedrijfsarts mede veroorzaakt kan zijn door het feit dat de patiënt in een eerder stadium al verwezen was door de huisarts. De oorzaak van de beperkingen in de verwijsmogelijkheden is voor beide artsen verschillend. De huisarts wordt beperkt door de relatief geringe mogelijkheden om direct te verwijzen binnen de eigen praktijk of volgens vaste afspraken met externe hulpverleners. Slechts 43% van de huisartsen beschikt over deze mogelijkheden. Uiteraard kunnen huisartsen in principe ook verwijzen zonder vaste contacten; in de praktijk doen ze dat echter zelden of nooit. Bij het verwijzen door de huisarts speelt de verzekering vrijwel geen rol. De bedrijfsarts daarentegen heeft binnen de arbodienst en via vaste afspraken veel meer mogelijkheden om direct te verwijzen, bijvoorbeeld naar de psy-

choloog. De belangrijkste beperkingen voor de bedrijfsartsen zijn een beperkt arbocontract (30% heeft geen mogelijkheid tot verwijzing) en de verplichting om toestemming te vragen aan de werkgever.

## 5.8 Samenvatting resultaten

In de inleiding van dit hoofdstuk hebben we vier vragen geïntroduceerd, die in de paragrafen 5.3 tot en met 5.6 zijn beantwoord. Hier vatten we de resultaten per vraag samen, waarna we de implicaties voor de rest van het onderzoek en voor de praktijk bespreken.

*Vraag 1 Komen de oordelen over de werknemers en artsen over de aard en inhoud van hun contacten overeen?*

Het oordeel van de werknemers en artsen over de vraag of er sprake is geweest van een contact komt redelijk met elkaar overeen. Dit betekent voor de rest van het INVENT-onderzoek dat we mogen concluderen dat er geen reden is om te twijfelen aan de betrouwbaarheid van de antwoorden van de werknemers over feitelijk hulpzoekgedrag.

Als het gaat om de onderwerpen die tijdens de gesprekken aan de orde zijn geweest, kunnen we concluderen dat er weinig overeenstemming is tussen de werknemers en hun huis- en bedrijfsartsen, met uitzondering van het feit dat de gezondheidsklachten onderwerp van gesprek zijn geweest. Deze bevinding heeft tot consequentie dat de antwoorden van de werknemers op vragen over de inhoud van het contact voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

*Vraag 2 In hoeverre komt het werknemersoordeel over hun gezondheidsklachten overeen met dat van de artsen?*

De huis- en bedrijfsartsen stelden vast dat bij 75% van de werknemers in het deelcohort sprake was van een psychische aandoening. Indien nevendiagnoses worden meegerekend gaat het om 80% van de werknemers in het deelcohort.

Bij de vergelijking van het artsenoordeel en de uitkomst van de vragenlijsten beperken we ons tot de werknemers bij wie volgens de arts sprake is van een psychische aandoening (hoofd- of nevendiagnose). De huisarts kiest in driekwart van de gevallen (78%) voor de diagnose depressie (28%) of overspannenheid (50%). Er is weinig overeenstemming tussen de meer specifieke diagnoses van de huisarts en de uitkomsten van de klachtenspecifieke vragenlijsten. Het grootste deel van de werknemers die volgens de huisarts depressief zijn, scoort niet hoog op de SCL90-depressieschaal. Van hen die wel hoog scoren is 60% volgens de huisarts overspannen. Drie mensen die volgens de

huisarts leiden aan angstklachten scoren zelf niet hoog op de schaal SCL90-angstklachten. Van de werknemers die wel hoog scoren op SCL90-angstschaal is het grootste deel volgens de huisarts depressief of overspannen.

Ook bij de bedrijfsartsen blijkt dat de meer gedetailleerde oordelen over de aard van de psychische klachten slechts zeer gedeeltelijk overeen komt met de scores van de werknemer op de vragenlijsten. Bij de helft van de werknemers is volgens de bedrijfsarts sprake van ‘overspanning’, terwijl volgens de uitkomsten op de vragenlijsten bij een derde van deze groep ook sprake is van ernstige angst- en stemmingsklachten.

Wat betekent dit voor het onderzoek, nu blijkt dat de scores op de gevalideerde vragenlijsten zo weinig overeenkomen met de eerstelijnsdiagnoses door de huis- en bedrijfsarts? Moeten we concluderen dat de huis- en bedrijfsartsen niet goed in staat zijn om psychische klachten te diagnosticeren? Of zijn de gebruikte vragenlijsten niet geschikt voor het bepalen van de eerstelijnsdiagnose? Over deze vraag wordt in de wetenschappelijke literatuur regelmatig gediscussieerd; een helder antwoord is er nog niet geformuleerd. Er lijkt in ieder geval een sterk discrepantie te bestaan tussen het begrip ‘depressie’ zoals dat door psychologen wordt gehanteerd en de gelijknamige eerstelijnsdiagnoses van huisartsen en bedrijfsartsen.

*Vraag 3 In hoeverre komt het oordeel van de huisartsen over de gezondheidsklachten van de werknemers overeen met dat van de bedrijfsartsen?*

Van 26 werknemers zijn zowel de oordelen van de huisartsen als bedrijfsartsen beschikbaar.

De 26 huisartsen stelden in totaal 21x de aanwezigheid van een psychische aandoening vast (19x als hoofddiagnose en 2x als nevendiagnose). Ook de 26 bedrijfsartsen stelden deze diagnose bij 21 werknemers (81%) vast (20x als hoofddiagnose en 1x als nevendiagnose). In 20 gevallen zijn beiden het eens dat er sprake is van een psychische aandoening. Op dit globale niveau van diagnoses zijn huisarts en bedrijfsarts het één geval volledig met elkaar oneens. Het betreft een werknemer bij wie de huisarts een aandoening in de categorie “overig” noemde en de bedrijfsarts geen enkele aandoening noemde. Over de meer precieze aard van de klachten waren huis- en bedrijfsartsen het veel minder vaak met elkaar eens. Bij 11 van de 20 werknemers, bij wie zowel volgens de huisarts als bedrijfsarts sprake is van een psychische aandoening, is er ook op meer gedetailleerd ni-

veau overeenstemming: vijfmaal depressie, eenmaal angst en vijfmaal overspannenheid. Opvallend is dat de oordelen van de huisarts en bedrijfsarts over de aanwezigheid van depressie of overspannenheid nogal verschillen. Van de werknemers die volgens de bedrijfsarts depressief zijn, is bij bijna de helft (vier van de negen) volgens de huisarts sprake van overspannenheid.

Alhoewel het gaan om kleine aantallen lijken huisartsen eerder geneigd te zijn voor overspannenheid te kiezen en bedrijfsartsen voor depressie. Of er sprake is van onderdiagnosticering van depressie door de huisarts en/of overdiagnosticering door de bedrijfsarts is op grond van dit onderzoek niet te zeggen. Wel kunnen we concluderen dat huis- en bedrijfsarts verschillende interpretaties over de aard van de klachten hebben. Dit zou een reden moeten zijn voor het verbeteren van de communicatie. Daarnaast bevestigt deze uitkomst het belang van de ontwikkeling van gezamenlijke richtlijnen voor huis- en bedrijfsartsen op het gebied van ziekteverzuim ten gevolge van psychische klachten en het implementeren ervan in de praktijk.

*Vraag 4 Wat bepaalt of huis- en bedrijfsarts verwijzen naar andere hulpverleners'*

Het grootste deel van de werknemers in het deelcohort werd niet verwezen. In totaal verwezen de huisartsen wat meer dan de bedrijfsartsen (27% respectievelijk 8%). Dit beperkte aantal verwijzingen wordt slechts in geringe mate veroorzaakt door het niet beschikbaar zijn van voorzieningen en mogelijkheid om te verwijzen.

De oorzaak van de beperkingen in de verwijzsmogelijkheden was voor beide artsen verschillend. De huisarts heeft beperkte mogelijkheden in de eigen praktijk en weinig vaste afspraken met externe hulpverleners. Slechts 43% van de huisartsen kan binnen de praktijk of via vaste afspraken verwijzen naar een psycholoog. Uiteraard kunnen huisartsen altijd verwijzen, ook zonder vaste afspraken, maar in de praktijk doen ze dat zelden of nooit. Bij het verwijzen door de huisarts speelde de verzekering vrijwel geen rol. De bedrijfsarts daarentegen heeft binnen de arbodienst en via vaste afspraken veel meer mogelijkheden om te verwijzen, bijvoorbeeld naar de psycholoog. De belangrijkste beperkingen voor de bedrijfsarts waren een beperkt arbocontract (30% had geen mogelijkheid tot verwijzing), en de verplichting om toestemming te vragen aan de werkgever.

### Conclusies hoofdstuk 5 (onderzoek in een steekproef uit het cohort)

- Het oordeel van werknemers en artsen komt redelijk goed overeen als het gaat om de vraag of men al dan niet een huis- of bedrijfsarts heeft bezocht. Over de gespreksonderwerpen zijn werknemers en artsen het veel minder eens.
- De artsen stelden bij 75% van de werknemers vast dat er sprake was van een psychische aandoening als hoofddiagnose. Inclusief nevendiagnosen gaat het om 80% van het cohort.
- Er is weinig overeenstemming over specifieke diagnoses als angststoornis, depressie of overspanning/surmenage/burnout tussen enerzijds de artsen en anderzijds de uitkomsten van de klachten-specifieke vragenlijsten. Mogelijk bestaat er een discrepantie tussen het begrip 'depressie' zoals dat door psychologen wordt gehanteerd en de diagnose van huis- en bedrijfsarts.
- Van een groep van 26 werknemers is zowel de huis- als de bedrijfsarts geïnterviewd. Het oordeel voor wat betreft de globale hoofddiagnose ('psychisch') komt goed overeen. Over de aard van de klachten is echter geen overeenstemming: de bedrijfsarts diagnosticeerde vaker 'depressie', de huisarts vaker 'overspanning'.
- De huisarts heeft 27% van de werknemers die langdurig verzuimen als gevolg van psychische klachten verwezen. De bedrijfsarts verwees 15% van deze werknemers. Voor de huisarts zijn de belangrijkste beperkingen voor het verwijzen de beperkte mogelijkheden voor direct verwijzen in de eigen praktijk, of via vaste afspraken met externe hulpverleners. Bij de bedrijfsarts is een beperkt arbocontract de belangrijkste belemmering voor verwijzing.





## 6 Activiteiten van artsen, behandelaars, werkgevers en werknemers vanuit het perspectief van de werknemers

In deze paragraaf worden de contacten beschreven die hebben plaatsgevonden met artsen en andere behandelaars. De acties van werkgevers en werknemers gericht op het verminderen van klachten en tijdige terugkeer naar werk zullen eveneens aan de orde komen. Bij het beschrijven van de contacten en acties wordt ook aangegeven op welke verzuimperioden deze betrekking hebben.

In het eerste interview zijn de volgende verzuimperioden onderscheiden: twee maanden voorafgaand aan het verzuim, de eerste vier weken na de verzuimmelding en de periode vanaf vijf weken na de verzuimmelding tot het eerste interview. In het tweede interview is gevraagd naar de periode van het eerste interview tot het moment van volledige werkherhvatting of het einde van het eerste ziektejaar en de periode tot het moment van het tweede interview.

Aan het eerste interview hebben 555 werknemers deelgenomen. Het merendeel heeft ook aan het tweede interview meegewerkt (respons  $n=436$ ; 79%). Omdat het verschil tussen mannen en vrouwen in artsenbezoek, medische consumptie en WAO-intrede een belangrijk aandachtspunt is, wordt in dit hoofdstuk ook onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

### 6.1 Contacten met huis- en bedrijfsartsen tijdens de twee laatste maanden vóór de ziekmelding

Allereerst is gekeken naar het aantal contacten voorafgaand aan de ziekmelding. In tabel 6.1 zijn deze weergegeven voor het cohort als geheel en voor mannen en vrouwen afzonderlijk.

Tabel 6.1 Contacten met huis- en bedrijfsarts in de laatste twee maanden voor ziekmelding.

	Totaal aantal	Bedrijfsarts gezien (%)	Vershil man/vrouw	Huisarts gezien (%)	Vershil man/vrouw	Beide gezien	Vershil man/vrouw
Totaal	555	10,8		43,2		6,5	
Mannen	257	13,2	ns	37,7	Vrouwen vaker	8,9	Mannen vaker
Vrouwen	298	8,7		48,0		4,4	

ns = niet significant

Tabel 6.1 laat zien dat in de laatste twee maanden voorafgaand aan de ziekmelding, de huisarts door meer werknemers is geconsulteerd dan de bedrijfsarts. De huisarts heeft in deze periode ruim 40% van de werknemers gezien, de bedrijfsarts slechts 10%. Hoewel vrouwen vaker dan mannen de huisarts hebben bezocht, doen zij dit niet vaker als het om het bezoeken van de bedrijfsarts gaat. Slechts 6,5% van de werkenden heeft zowel de huisarts als de bedrijfsarts gezien in de twee maanden voorafgaand aan de ziekmelding.

Mannen bezoeken significant vaker zowel de huis- als de bedrijfsarts in deze periode. Het initiatief voor de contacten lag in 2% respectievelijk 15% van de gevallen bij de huis- en bedrijfsarts zelf. De contacten met de huisarts blijken vooral op initiatief van de werknemer (93%) tot stand te komen.

Los van de huis- of bedrijfsarts, heeft ongeveer 20% (n=113) van het cohort minimaal één andere hulpverlener gezien voorafgaand aan de ziekmelding. De andere groep omvat een breed scala aan hulpverleners, namelijk:

- 13 keer een psycholoog, psychotherapeut of vergelijkbare discipline (13%);
- 6 keer het RIAGG5 (6%);
- 6 keer een psychiater (6%);
- 9 keer een maatschappelijk werker, en 1 keer een bedrijfsmaatschappelijk werker (9%);
- 7 keer een alternatief genezer zoals een homeopathisch arts, haptonoom, acupuncturist e.d. (17%);
- 20 keer een specialist op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat zoals een fysiotherapeut, een chiropractor of een sportmasseur e.d. (20%);
- 44 keer werd er een medisch specialist op een ander gebied geraadpleegd (bv. cardioloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts of een neuroloog) (20,9%);
- 9 keer betreft het anderen (4,3%). Het is dan niet altijd duidelijk om welke hulpverlener het ging. Zo worden bijvoorbeeld EHBO en brandwondencentrum genoemd.

In sommige gevallen worden meerdere hulpverleners genoemd. Voor al het zien van verschillende professionals binnen eenzelfde 'diagnosegebied' komt regelmatig voor. Wanneer wordt gecorrigeerd voor deze 'overlap' hebben niet 35 maar 27 mensen één of meerdere hulpverleners op het gebied van psychische klachten gezien. In deze

---

<sup>5</sup> Tegenwoordig GGZ-instelling

periode heeft 48% van de werknemers uit het cohort geen hulpverlener (anders dan huis- of bedrijfsarts) gezien.

## 6.2 Interventies en behandelingen tijdens die laatste twee maanden voor de ziekmelding

Het aantal professionele interventies of behandelingen door de huis- of bedrijfsarts dat voorafgaand aan de ziekmelding heeft plaatsgevonden, is gering. De contacten bestonden vooral uit gesprekken over de gezondheid van de werknemer (zie tabel 6.2).

De gesprekken met de bedrijfsarts gaan over de gezondheidsklachten en over het werk. Relatief vaak gaat het over arbeidsomstandigheden en in geringere mate over conflicten op het werk.

Tabel 6.2 Interventies en behandelingen die volgens werknemers per contact hebben plaatsgevonden met bedrijfs- en huisartsen in de laatste twee maanden voor de ziekmelding.

Interventie/activiteit	Bedrijfsarts	Huisarts
Totaal aantal contacten	60 (100%)	240 (100%)
Gesprekken		
• gezondheid	53 (88,3%)	223 (92,9%)
• arbeidsomstandigheden	33 (55%)	50 (20,8%)
• conflicten op het werk	14 (23%)	13 (5,4%)
• privé situatie	10 (16,7%)	39 (16,3%)
• ander onderwerp	5 (8,3%)	8 (3,3%)
Therapie tijdens contact	2 (3,3%)	12 (5%)
Medicijnen voorschrijven	0	68 (28,3%)
Doorverwijzing	9 (15%)	121 (50,4%)
Contact werkgever/werk	9 (15%)	2 (0,8%)
Contact huisarts, resp. bedrijfs-arts	0	1 (0,4)
Contact andere hulpverlener	0	1 (0,4)
Acties werknemer zelf	3 (5%)	7 (2,9%)

Uit tabel 6.2 blijkt ook dat de huisarts in de laatste twee maanden voor de ziekmelding vaak verwijst en medicijnen voorschrijft. Bedrijfsartsen verwijzen in deze periode werknemers veel minder vaak. Als bedrijfsartsen of huisartsen verwijzen is dat naar een psycholoog; een (bedrijfs)maatschappelijk werker of naar een psychiater of andere specialist (cardioloog, gynaecoloog, neuroloog, longarts e.d.).

Aan de werknemer is ook gevraagd of de eigen werkgever nog acties heeft ondernomen om de klachten te verminderen en vroegtijdige uitval te voorkomen. Het aantal acties van werkgevers blijkt uitermate

gering te zijn. Zo hebben negen werkgevers (1,6%) de taken aangepast, hebben 11 (2,0%) het aantal taken verminderd, en hebben er 6 ingestemd met korter werken (1,1%). Verder is tweemaal een cursus aangeboden en in vier gevallen zijn maatregelen genomen in verband met een conflict.

Ook is aan werknemers gevraagd wat ze zelf hebben gedaan om de klachten te verminderen en uitval te voorkomen. De werknemers zelf richten zich in deze periode voornamelijk op sport en yoga (n=8), het werk (n=6), ontspanningsoefeningen (n=4), op deelnemen aan een praatgroep (n=2) of cursus (n=1). De acties betroffen ook veranderingen in leefstijl (n=13) die varieerden van alleen veel slapen tot het meedoen aan een zanggroep of het slikken van homeopathische pillen. Het totaal aantal acties is meer dan de tien contacten met bedrijfsarts en huisarts die in tabel 6.2 zijn genoemd. Dit komt omdat er soms meerdere acties per contact zijn opgegeven.

6.3 Contacten in de eerste vier weken na de ziekmelding

In tabel 6.3 wordt de omvang van de contacten met de huisarts en bedrijfsarts in de eerste vier weken na de verzuimmelding weergegeven.

Tabel 6.3 Contacten met de huis- en bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding.

	Totaal aantal	Bedrijfsarts gezien (%)	Vershil man/vrouw	Huisarts gezien (%)	Vershil man/vrouw	Beide gezien	Vershil man/vrouw
Totaal	555	69,2		73,8		54,8	
Mannen	257	69,6	ns	71,6	ns	53,3	ns
Vrouwen	298	68,8		75,8		56,0	

ns = niet significant

Tabel 6.3 laat zien dat het aantal werknemers dat de huisarts en de bedrijfsarts heeft geconsulteerd sterk is toegenomen in vergelijking met de laatste twee maanden voor de ziekmelding. Dit geldt met name voor de bedrijfsartsen. Tweederde tot drie kwart van de werknemers heeft respectievelijk de bedrijfs- en huisarts geconsulteerd, en ruim de helft heeft beiden gezien. Het betekent ook dat ruim 30% van de werknemers die uiteindelijk langdurig zullen verzuimen, in de eerste vier weken niet zijn gezien door de bedrijfsarts. Het percentage mannen en vrouwen dat de huis- en bedrijfsarts heeft geconsulteerd is nagenoeg gelijk gebleven. Het initiatief voor de contacten in deze perio-

de ligt in bijna tweederde van de gevallen bij de bedrijfsarts (64%). Maar ook de werknemer neemt in de eerste vier weken na de ziekmelding regelmatig het initiatief tot contact met de bedrijfsarts (33%). Het initiatief voor contact met de huisarts ligt net als in de periode voor de verzuimmelding voornamelijk bij de werknemer (90%).

Het percentage werknemers dat andere hulpverleners heeft geconsulteerd is gestegen van 20% in de laatste twee maanden voor de ziekmelding naar ruim 38% (n=211) in de eerste vier weken na de ziekmelding. Het gaat daarbij om de volgende hulpverleners:

- psycholoog of psychotherapeut: 20x (9%);
- RIAGG: 11x (5%) ;
- psychiater: 15x (7,1%) ;
- (bedrijfs)maatschappelijk werkster: 31x (23%);
- fysiotherapeut: 31x (14,7%);
- specialisten bewegingsapparaat: 12x (5,7%);
- alternatieve geneeswijzen: 25x (11,8%);
- overige specialisten: 87x (41%);
- anders: 15x (7,1%).

In de eerste vier weken na de ziekmelding blijken er naast de huisarts en bedrijfsarts zeer uiteenlopende hulpverleners ingeschakeld te zijn bij de behandeling en begeleiding van de werknemers. Het gaat vooral om hulpverleners die worden ingeschakeld bij de behandeling van psychische problematiek (36,5% van alle contacten met overige hulpverleners). Wanneer wordt gecorrigeerd voor het feit dat eenzelfde persoon meerdere psychische hulpverleners heeft geraadpleegd, gaat het om 27% van de werknemers. Een aanzienlijk deel ziet ook hulpverleners op het gebied van bewegingsapparaat problematiek (20,4%). Wanneer voor 'overlap' wordt gecorrigeerd is dit 16%. In ruim 60% van de gevallen waarbij overige hulpverleners zijn ingeschakeld betreft het behandelaars zoals de cardioloog, neuroloog, KNO-arts, plastisch chirurg en alternatieve genezer.

## **6.4 Interventie en behandeling in de eerste vier weken na ziekmelding**

In tabel 6.4 zijn de interventies en behandelingen weergegeven die volgens werknemers in de eerste vier weken na ziekmelding zijn uitgevoerd, uitgesplitst naar contacten met de huisarts respectievelijk bedrijfsarts.

Tabel 6.4 Aantal interventies/activiteiten tijdens contacten met bedrijfs- en huisarts in de eerste vier weken na de ziekmelding (het totaal aantal werknemers waarop de contacten en activiteiten betrekking hebben bedraagt 555).

Interventie/activiteit	Bedrijfsarts	Huisarts
Totaal aantal contacten	383 (100%)	409 (100%)
Gesprekken:		
• gezondheidsklachten	366 (95,3%)	382 (93,4%)
• arbeidsomstandigheden	150 (39,1%)	109 (26,7%)
• conflicten op het werk	61 (15,9%)	36 (8,8%)
• privé situatie	66 (17,2%)	79 (19,3%)
• andere gesprekken	22 (5,7%)	23 (5,6%)
Therapie tijdens contact	17 (4,4%)	20 (4,9%)
Medicijnen voorschrijven	11 (2,9%)	133 (32,5%)
Doorverwijzingen	54 (14,1%)	175 (42,8%)
Contact werkgever/werk	25 (6,5%)	9 (2,2%)
Contact huisarts, resp. bedrijfsarts	9 (2,3%)	-
Contact andere hulpverlener	7 (1,8%)	-
Acties werknemer zelf	6 (1,3%)	-

Het aantal contacten met de bedrijfsarts is, in vergelijking met de periode voor de ziekmelding sterk toegenomen. In de contacten met de huis- en bedrijfsarts komt de gezondheid bijna altijd ter sprake. De relatieve frequentie waarmee arbeidsomstandigheden onderwerp van gesprek zijn met de bedrijfsarts is afgenomen in vergelijking met de periode voorafgaand aan de ziekmelding. Een dergelijke afname treedt niet op bij de contacten met de huisarts. Conflicten zijn naar verhouding in deze periode minder vaak onderwerp van gesprek met de bedrijfsarts, maar worden in de contacten met de huisarts even vaak genoemd als voorafgaand aan de ziekmelding.

De bedrijfsarts verwijst veel minder vaak dan de huisarts. Deze laatste doet dat in ruim veertig procent van de contacten. De huisarts schrijft bij de contacten in de eerste maand na de ziekmelding relatief vaker medicijnen voor dan in periode voorafgaand aan de ziekmelding. Als therapie betitelde activiteiten nemen in deze periode toe, maar blijven in omvang beperkt tot bijna 5% van alle contacten.

Volgens verwachting neemt de bedrijfsarts in deze eerste maand na de ziekmelding vaker dan de huisarts contact op met de werkgever. De huis- en bedrijfsarts namen -volgens de werknemer- nauwelijks contact met elkaar op, terwijl meer dan de helft van de werknemers in deze periode met beiden contact heeft gehad.

Acties van de werkgevers richten zich op het verminderen van taken (n=13; 2,3%), het veranderen van taken (n=11; 2,0%) en korter wer-

ken (n=12;2,2%). Het geringe aantal activiteiten van werkgevers kan mede het gevolg zijn van het wachten op een signaal van de bedrijfsarts.

Acties van de werknemers richten zich, net als in de periode voor de verzuimmelding vaak op sport, yoga e.d. (n= 38), het werk (n=27) en ontspanningsoefeningen (n=20). In enkele gevallen neemt men deel aan een praatgroep of een cursus. Maximaal 15,3% van de werknemers was actief in deze periode.

## 6.5 Contacten vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding

In de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de verzuimmelding zien we voor het eerst dat er meer contacten zijn met de bedrijfsartsen dan met de huisartsen. De contacten met de bedrijfsarts nemen nog steeds toe, terwijl de contacten met de huisarts afnemen (tabel 6.5). In deze periode heeft een kleine groep werknemers (2,7%) niemand geconsulteerd. Deze werknemers hebben echter altijd een arts geconsulteerd in de eerste vier weken na de verzuimmelding. Op basis hiervan kan dus worden geconcludeerd dat na ziekmelding altijd wel een bedrijfs- of huisarts wordt geconsulteerd, maar dat dit voor een deel van de werknemers niet binnen de eerste vier weken het geval is

Tabel 6.5 De contacten met huisarts en bedrijfsarts vanaf 5 weken na de ziekmelding tot 4-5 maanden na de ziekmelding

	Totaal aantal	Bedrijfsarts gezien (%)	Verschil man/vrouw	Huisarts gezien(%)	Verschil man/vrouw	Beide gezien	Verschil man/vrouw
Totaal	555	88,8		58,5		53,2	
Mannen	257	90,3		51,4		47,1	
Vrouwen	298	87,5	ns	64,6	Vrouwen vaker	58,4	Vrouwen vaker

ns = niet significant

Het initiatief tot de contacten tussen bedrijfsarts en werknemer ligt in deze periode grotendeels bij de bedrijfsarts (90%). Het initiatief tot de contacten met de huisarts ligt -net als in eerdere perioden- grotendeels bij de werknemer (89%).

In totaal heeft 46,7% (n=259) van de werknemers een andere hulpverlener of specialist gezien. Het betreft dan onder andere behandelaars van psychische klachten (39,5%):

- psycholoog (n=38, 13,1%);
- psychiater (n=21; 7,2%);

- het RIAGG (n=15; 5,1%);
- maatschappelijk werker (n=25; 8,6%);
- bedrijfsmaatschappelijk werker (n=16; 5,5%).

Daarnaast is er wederom een groot aantal werknemers onder behandeling van hulpverleners op het gebied van het bewegingsapparaat (in totaal zo'n 60,3%):

- fysiotherapeut (n = 49; 16,9%);
- specialist bewegingsapparaat (n = 22; 7,6%);
- alternatieve genezers (n=39; 13,4%);
- overige specialisten (n=87; 33,6%);
- anders (n=41; 14,8%).

## **6.6 Interventies en behandeling vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding**

In tabel 6.6 wordt het aantal interventies of behandelingen weergegeven die door de werknemers zijn gemeld in de periode vanaf 5 weken ziekte tot ongeveer 4/5 maanden na de ziekmelding. In deze tabel is te zien dat de werknemers de bedrijfsarts vaker zien dan de huisarts. Gesprekken voeren opnieuw de boventoon in de contacten. In vergelijking met de vorige periode neem het aantal gesprekken over de gezondheidsklachten met bedrijfsartsen toe, maar dit betreft vooral het absolute en niet het relatieve aantal. Arbeidsomstandigheden spelen in de gesprekken met de bedrijfsarts nog steeds een belangrijke rol. Net als in de eerste vier weken van het verzuim zijn de arbeidsomstandigheden in 40% van de contacten het onderwerp van gesprek. Het percentage werknemers dat de privé-situatie als onderwerp van gesprek noemt met huis- en bedrijfsarts is vrij stabiel in de tijd (en betreft 17 tot 19% van de gespreksonderwerpen).

In deze periode gaan ook nieuwe gespreksonderwerpen een rol spelen die eerder niet gemeld werden. Zo geven de werknemers aan dat nu ook gesprekken over de toekomst worden gevoerd.



Tabel 6.6 Aantal interventies of behandeling per contact met bedrijfs- en huisarts vanaf vijf weken na de ziekmelding ( $n_{\text{totaal}} = 555$ )

Interventie/activiteit	Bedrijfsarts	Huisarts
Totaal aantal contacten	492	324
Gesprekken		
• gezondheidsklachten	459 (93,3%)	296 (91,4%)
• arbeidsomstandigheden	192 (39%)	72 (22,2%)
• conflicten op het werk	64 (13,0%)	31 (9,6%)
• privé situatie	85 (17,3%)	64 (19,8%)
• andere gesprekken	47 (9,6%)	27 (8,3%)
Therapie tijdens contact	24 (4,9%)	17 (5,2%)
Medicijnen voorschrijven	6 (1,2%)	110 (34,0%)
Doorverwijzingen	40 (8,1%)	95 (29,3%)
Contact werkgever/werk	36 (7,3%)	-
Contact huisarts, c.q. bedrijfsarts	3 (0,6%)	3 (0,9%)
Contact andere hulpverlener	8 (1,6%)	4 (0,1%)
Acties werknemer zelf	39 (7,9%)	20 (6,2%)

Tabel 6.6 laat ook zien dat in deze periode bij zowel de huis- als de bedrijfsarts het aantal verwijzingen afneemt. Ook is het aantal contacten tussen huis- en bedrijfsartsen nog steeds uitermate gering. In de periode vanaf 5 weken tot zo'n 4-5 maanden na de ziekmelding maakt slechts 1% van de werknemers hier melding van. Onbekend is in welke mate huis- en bedrijfsarts informeel, zonder voorafgaande machtiging van de werknemer, met elkaar contact opnemen.

Contacten met de werkgever komen vooral voor rekening van de bedrijfsarts, en vinden in ruim 7% van de gevallen plaats. Dit is nauwelijks meer dan in de voorgaande periode.

In deze periode zien we, in vergelijking met de vorige periode, meer acties van de werkgever gericht op het reïntegreren van de zieke werknemer. In totaal 22 werkgevers stemmen toe in korter werken (4,0%), 21 veranderen de taakhoud (3,8%) en 17 verminderen het aantal taken (3,1%). In het totaal nemen 42 werkgevers één of meer van deze maatregelen (7,6%).

Acties die de werknemers zelf ontplooiën (soms verschillende acties per consult), betreffen vooral:

- opvolgen van adviezen aangaande sport en yogabeoefening ( $n=64$ );
- opvolgen van adviezen omtrent ontspanningsoefeningen ( $n=28$ );
- acties gericht op het werk ( $n=35$ );
- volgen van een cursus ( $n=8$ ), en
- meedoen aan een praatgroep ( $n=3$ ).

In 61% van deze gevallen gaat het om het opvolgen van adviezen om de leefstijl te veranderen of aan te passen (o.a. rust houden en handoplegging om energie te krijgen), privé-zaken op orde proberen te krijgen (overlijden zoontje te verwerken; veel van zich af schrijven om nare periode te verwerken etc), of zaken over het werk geregeld te krijgen (gesprek met chef; sollicitatie andere baan, externe sollicitatie, actief proberen contact te onderhouden met oude werkkring e.d.).

6.7 Relatie tussen vroegtijdig contact, oorzaak van ziekmelding en comorbide psychische klachten

In tabel 6.7 worden de contacten in de verschillende perioden van het verzuim uitgesplitst naar de door de werknemers zelf aangegeven oorzaak van het verzuim.

Tabel 6.7 Belangrijkste oorzaak van ziekmelding volgens werknemers en de vroegtijdige contacten met huis- en bedrijfsartsen (n=555)

Belangrijkste zelfgerapporteerde oorzaak voor verzuim						
Verzuimperioden	Gemiddeld percentage n= 555	Psychische gezondheidsklachten reden voor ziekmelding (referentie in de toetsing) 62	Lichamelijke gezondheidsklachten reden voor ziekmelding 145	Combinatie van psychisch en lichamelijk als reden voor ziekmelding 146	Werkomstandigheden als reden voor ziekmelding 145	Omstandigheden in privé-situatie of per- soon als reden voor ziekmelding 57
Twee maanden voor de ziekmelding						
huisarts-contact	43,2	35,5	46,9	57,5*	31,7	35,1
bedrijfsarts contact	10,8	11,3	8,3	14,4	11,0	7,0
Eerste vier weken na ziekmelding						
Huisartscontact	73,4	77,4	70,1	76,0	71,7	78,9
Bedrijfsartscontact	69,2	75,8	52,4*	71,2	79,3	73,7
Vijf weken tot 4/5 maanden na ziek- melding						
Huisartscontact	58,5	66,1	61,1	61,6	50,3*	56,1
Bedrijfsartscontact	88,8	90,3	86,1	87,7	89,0	96,5

\* er is sprake van een significante afwijking t.o.v. psychische klachten

Tabel 6.7 bevestigt dat er in de periode voor de verzuimmelding vaker contact is met de huisarts dan met de bedrijfsarts. Dit blijkt ook het geval in die situaties waarin de werknemer zelf de werkomstandigheden als voornaamste oorzaak van het verzuim beschouwd. Blijkbaar wordt in deze periode de bedrijfsarts ook bij werkgerelateerde klachten veel minder vaak geraadpleegd dan de huisarts. Verder blijkt uit tabel 6.7 dat met name een combinatie van psychische en lichamelijke klachten vaak resulteert in het consulteren van de huisarts.

Er zijn geen verschillen in het percentage contacten met de huisarts en de door de werknemers genoemde oorzaak van ziekmelding in de eerste vier weken na de ziekmelding, maar wel in de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding. Dan blijken er, met name wanneer het werk als oorzaak van het verzuim was opgegeven, beduidend minder contacten met de huisarts te zijn.

Voorafgaand aan de ziekmelding hangt het contact met de *bedrijfsarts* niet samen met de oorzaak van het verzuim. Er is niet vaker contact met de bedrijfsarts wanneer arbeidsomstandigheden de belangrijkste reden voor de ziekmelding zijn. Er is significant *minder* vaak contact met de bedrijfsarts wanneer men aangeeft dat lichamelijke klachten de belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding zijn.

Vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding hangt de als belangrijkste genoemde oorzaak van de ziekmelding niet meer samen met de contacten met de bedrijfsarts. Wel is te zien dat er in deze periode beduidend meer contacten met de bedrijfsarts zijn dan met de huisarts ongeacht de oorzaak van het verzuim. Het is wellicht verrassend om te zien dat dit ook geldt voor situaties waarin privé-omstandigheden de voornaamste oorzaak van het verzuim zijn.

Ook is nagegaan in hoeverre de contacten met de huis- en bedrijfsarts samenhangen met comorbide klachten in de periode vlak voor en vlak na de ziekmelding. Verondersteld kan worden dat er meer contact is met de arts, naarmate er meerdere klachten zijn. Uit tabel 6.8 blijkt dit niet het geval is.

Tabel 6.8 Consultatie van bedrijfs- of huisarts bij vroegtijdige comorbide klachten (n=555). De referentie voor de toetsing is het percentage werknemers dat alleen psychische klachten aangeeft.

	Gemiddeld (%) n=555	Alleen psychisch (referentie) 124	Psychisch en bew.app. 66	Psychisch en rest 90	Alleen bewap 76	Bew.app. en overig 52	Alleen overig 67	Geen aandoening 32	Onvoldoende inge- vuld 7
2 maanden voor ziekmel- ding									
• huisartscontact	35,5	33,1	42,4	42,2	52,6*	50,0*	49,3*	28,1	28,6
• bedrijfsarts contact	11,3	9,7	10,6	20,0*	3,9	11,5	7,5	12,5	14,3
Eerste vier weken na ziekmelding									
• huisartscontact	77,4	73,4	71,2	84,4	68,4	72,5	76,1	50,0*	0
• bedrijfsartscontact	75,8	75,0	71,2	82,2	59,2*	51,9*	58,2*	65,6	85,7
Vijf weken tot 4/5 maan- den na ziekmelding									
• huisartscontact	66,1	54,8	53,0	66,7	55,3	54,9	61,2	43,8	85,7
• bedrijfsartscontact	90,3	93,5	84,8	88,9	85,5	86,3	89,6	84,4	85,7

In de periode voorafgaand aan de verzuimmelding blijkt de huisarts vooral geconsulteerd te worden als er sprake is van klachten van het bewegingsapparaat en overige niet-psychische klachten. In geen van de andere onderzochte perioden verschilt het aantal contacten met de huisarts tussen werknemers met alleen psychische klachten, en zij met psychische en somatische klachten.

De contacten met de bedrijfsarts zijn voorafgaand aan de ziekmelding frequenter wanneer er sprake is van psychische klachten in combinatie met overige somatische (niet bewegingsapparaat) klachten. In geen van de andere twee perioden is er echter een significant verschil tussen alleen psychische klachten en psychische klachten in combinatie met comorbide klachten.

**6.8 Contacten met huis- en bedrijfsarts vanaf 4 tot 5 maanden na de ziekmelding tot einde eerste ziektejaar of een eerdere volledige werkhervatting**

Het beeld van de contacten met de bedrijfs- en huisarts vanaf 4-5 maanden verzuim tot het einde van het eerste ziektejaar of tot volledi-

ge werkhervatting is overeenkomstig het beeld in de periode van 5 weken tot 4-5 maanden na de ziekmelding (tabel 6.9). Opnieuw zijn er meer contacten met de bedrijfsarts, al ligt het percentage iets lager dan in de voorafgaande verzuimperiode. Het aantal contacten met de huisarts is naar verhouding hetzelfde als in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding. Vrouwen bezoeken vaker de huisarts dan de mannen. Het initiatief tot het nemen van het contact met de bedrijfsarts ligt in 13,4% van de gevallen bij de werknemer zelf. Voor de contacten met de huisarts is dat in 55,5% het geval. Vergeleken met de voorgaande periode ligt het initiatief om contact op te nemen met de bedrijfsarts wat vaker bij de werknemer.

Tabel 6.9 Contacten met de huis- en bedrijfsarts in de periode vanaf 4-5 maanden na de ziekmelding tot het einde van het eerste ziektejaar of volledige werkhervatting

	Totaal aantal	Bedrijfsarts gezien (%)	Verskil man/vrouw	Huisarts gezien (%)	Verskil man/vrouw	Beiden gezien	Verskil man/vrouw
Totaal	436	79,8%		58,0%		51,1%	
Mannen	189	77,1%		53,6%		46,4%	
Vrouwen	242	82,0%	ns	61,5%	Vrouwen vaker	54,9%	Vrouwen vaker

ns = niet significant

In de periode vanaf 4-5 maanden na de ziekmelding tot het einde van het eerste ziektejaar of volledige werkhervatting ziet 50,7% (n=221) van de werknemers een andere hulpverlener. Bijna 10% (n=41) ziet er zelfs meer dan één. Bijna eenderde van diegenen die in deze periode een andere hulpverlener dan huis- of bedrijfsarts bezoekt, gaat naar de psycholoog, het RIAGG, de psychiater of een andere behandelaar van psychische klachten (n=87). Eenzelfde deel ziet een specialist (n=87). Bijna een kwart (n=49) bezoekt een hulpverlener die zich specifiek met het bewegingsapparaat bezig houdt zoals een fysiotherapeut, sportarts of een orthopeed. Circa 15% (n=33) heeft in deze periode een alternatieve genezer bezocht.

6.9 Interventies en behandeling vanaf 4-5 maanden na de ziekmelding

In tabel 6.10 worden interventies of behandelingen weergegeven van de bedrijfs- en huisartsen. De opzet van de tabel wijkt enigszins af van de overeenkomstige tabellen die eerder werden gepresenteerd. Dit

komt omdat de werknemers tijdens het tweede interview wat gedetailleerder zijn bevraagd over de interventies dan in het eerste interview.

Tabel 6.10 Aantal interventies of behandelingen per contact met bedrijfs- en huisarts vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding tot het einde van het eerste ziektejaar of volledige werkhervatting. De contacten en interventies hebben betrekking op alle 436 werknemers die aan de tweede meting hebben meegedaan.

Interventie/activiteit	Bedrijfsarts	Huisarts
Totaal aantal contacten (meerdere contacten per werknemer mogelijk)		
0 keer	88	183
1 of 2 keer	101	79
> 2 keer	247	174
Gesprekken:		
• Aanhoren verhaal klacht/aandoening	276 (53,8%)	196 (45%)
• Aanhoren verhaal arbeidsomstandigheden	130 (25,3%)	53 (12,1%)
• Aanhoren verhaal privé-situatie	40 (7,8%)	6 (1,4%)
• Aanhoren verhaal over iets anders	22 (4,3%)	6 (1,4%)
Adviezen t.a.v.:		
Reductie van klachten	67 (13,1%)	38 (8,7%)
• Werkaanpassing en/of arbeidsomstandigheden	57 (11,1%)	18 (4,1%)
• Graduele werkopbouw	70 (13,6%)	11 (2,5%)
• Conflicten t.a.v. leiding	15 (2,9%)	7 (1,6%)
• Conflicten met collega's	4 (0,8%)	0
• Beïnvloeden privé-situatie	15 (2,9%)	11 (2,5%)
• Iets anders	13 (2,5%)	5 (1,1%)
Therapie tijdens contact:		
Omgaan met problemen	3 (0,6%)	6 (1,4%)
• Rationeel denken	2 (0,4%)	4 (0,9%)
• Stellen van grenzen	2 (0,4%)	6 (1,4%)
• Formuleren en opvolgen van 'leefregels'	1 (0,2%)	3 (0,7%)
• Ontspanning/relaxatie	3 (0,6%)	9 (2,1%)
• Iets anders	1 (0,2%)	4 (0,9%)
Voorschrijven van rust	24 (4,7%)	46 (10,6%)
Voorschrijven van medicijnen	0	106 (24,3%)
Doorverwijzingen	66 (12,9%)	140 (32,1%)
Contact bedrijfsarts/huisarts met werkgever	10 (1,9%)	0
Contact bedrijfsarts met huisarts en/of vice versa	0	0
Contact met andere hulpverlener	5 (1,0%)	1 (0,2%)

Tabel 6.10 laat zien dat in deze periode niet alleen het aantal werknemers dat de bedrijfsarts heeft gezien groter is dan het aantal dat de huisarts heeft geconsulteerd, maar dat zij de bedrijfsarts ook vaker hebben gezien. In de gesprekken met zowel de bedrijfs- als de huisarts gaat het meestal over de gezondheidsklachten. De arbeidsomstandigheden vormen het gespreksonderwerp in een kwart van de contacten met de bedrijfsarts. De huisarts verwijst in deze periode nog ongeveer een derde van de gevallen door en schrijft in een kwart van de gevallen medicijnen voor. Dat is minder vaak dan in de periode hiervoor. Veel minder vaak dan bij de bedrijfsarts zijn de arbeidsomstandigheden onderwerp van gesprek met de huisarts (12%). In circa 10% van de gevallen, twee keer zo vaak als de bedrijfsarts, schrijft de huisarts rust voor. De bedrijfsarts is daarentegen juist meer geneigd adviezen te geven ter activering en stimulering van de werknemer opdat deze het werk kan hervatten. Zo adviseert de bedrijfsarts over werkaanpassingen (11%) en een graduele werkopbouw (13,6%). Het therapeutisch karakter van zowel de contacten met de bedrijfs- als met de huisarts wordt in het geheel niet onderkend door de werknemers.

Opvallend is dat volgens de werknemers in deze periode geen contacten (meer) bestaan tussen de huis- en bedrijfsarts. In enkele gevallen heeft de bedrijfsarts nog wel contact met een andere hulpverlener. Het contact tussen de bedrijfsarts en werkgever is in deze fase minimaal. Nog geen 2% van de werknemer meldt deze contacten.

De werkgevers verrichten meer activiteiten gericht op werkhervatting dan in de voorgaande periode. Het gaat echter nog steeds om een vrij beperkt groep actieve werkgevers. Er zijn 58 (13,3%) werkgevers die iets doen aan de verandering en/of vermindering van taken en hun werknemer de gelegenheid bieden om korter te werken. In 15 gevallen (3,4%) krijgt de werknemer een andere werkplek krijgt in het bedrijf, of wordt verplaatst naar een andere afdeling. Hiernaast worden op beperkte schaal ook andere maatregelen getroffen zoals het verstrekken van andere apparatuur en hulpmiddelen (n=11) en het aanbieden van cursussen (n=5).

In totaal 77 werknemers (17,7%) hebben zelf actie ondernomen door contact op te nemen met de werkgever. Ook hebben 36 werknemers (8,3%) op andere wijze acties ondernomen om de terugkeer naar het werk te bevorderen: 15 doen aan sport/yoga, 14 aan ontspanningsoefeningen en 3 werknemers volgen een cursus.

### **6.10 Tevredenheid met de artsen, hulpverleners en werkgever over de periode van 2 maanden voor tot en met maximaal 1 jaar na de ziekmelding**

De tevredenheid met zowel de huis- als bedrijfsarts is aanvankelijk redelijk. Voor beiden geldt dat tijdens het eerste interview circa 76% van de werknemers tevreden is. Wanneer men ontevreden is over de arts komt dat voornamelijk doordat men te weinig contact met hem of haar heeft. Voor de bedrijfsarts geldt dit argument in 14,8% (n=82) van de gevallen en voor de huisarts in 16,0% (n=89) van de gevallen. De tevredenheid met de overige hulpverleners ligt in dezelfde orde van grootte: tevreden is men gemiddeld in 73,3% van de gevallen, en in 11,9% van de gevallen heeft men naar het oordeel van de werknemer te weinig contact.

Bijna de helft van de respondenten (48,9%) vindt dat de werkgever in de periode tot 4/5 maanden na de ziekmelding te weinig actie heeft ondernomen gericht op terugkeer naar het werk.

Tijdens het tweede interview blijkt dat circa 75% van de werknemers tevreden is over de begeleiding door de bedrijfsarts en 86% over de begeleiding door de huisarts. Wanneer men behandeld is door een 'psychisch behandelaar' toonde men zich in 90% van de gevallen tevreden, datzelfde geldt wanneer een therapeut gericht op het bewegingsapparaat zich met de behandeling heeft bemoeid. Werknemers zijn in het tweede interview minder tevreden over de werkgever. Toch is een kleine meerderheid van de respondenten nog wel tevreden: 52,5% (291 van de 555).

In het tweede interview is ook gevraagd of men vond dat de actie van de werkgever de werknemer geholpen heeft. Op deze vraag heeft 20% (n=87) positief geantwoord.

### **6.11 Samenvatting en conclusies**

Het blijkt dat in de laatste twee maanden voorafgaand aan de ziekmelding reeds ruim 40% van de werknemers in het cohort contact heeft gehad met de huisarts, en 10% met de bedrijfsarts. Na de ziekmelding neemt het percentage werknemers dat contact heeft met de bedrijfsarts sterk toe. Bijna 70% heeft contact gehad met hun bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding tegenover circa 75% met de huisarts. Ongeveer 55% heeft in deze periode met beiden contact gehad.



De contacten met de huisarts nemen af in de periode vanaf 5 weken tot circa 4/5 maanden na de ziekmelding, al heeft dan nog steeds bijna 60% contact met hun huisarts. In deze laatste periode heeft bijna 90% van de werknemers contact gehad met de bedrijfsarts. Die overige 10% had in ieder geval contact met de bedrijfsarts gehad in de eerste vier weken na de ziekmelding. Ruim de helft van de werknemers heeft in deze periode zowel contact gehad met de huisarts als de bedrijfsarts.

In de periode van 4/5 maanden na de ziekmelding tot het einde van het eerste ziektejaar of tot een eerdere volledige werkhervatting, heeft nog bijna 80% contact met de bedrijfsarts en 60% met de huisarts. Met uitzondering van de periode voorafgaand aan de ziekmelding ligt het initiatief voor het contact met de bedrijfsarts vooral bij de bedrijfsarts. Zoals mag worden verwacht, geldt dit in sterkere mate voor de periode vanaf 5 weken na de ziekmelding, en wordt dit weer minder na 4/5 maanden ziekte.

Opvallend is dat ondanks de vele contacten met huisarts en bedrijfsarts slechts zeer weinig werknemers aangeven (maximaal 3%) dat de huis- en bedrijfsarts onderling contact hebben gehad. Vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding lijkt dat contact geheel afwezig. Mogelijk zijn er meer informele contacten die niet gepaard gaan met een machtiging van de werknemer.

Vrouwen bezoeken in het algemeen vaker de huisarts dan de mannen. Alleen in de eerste vier weken na de ziekmelding is er geen verschil in het aantal contacten met de huisarts tussen mannen en vrouwen. In de literatuur wordt vaak een grotere medische consumptie door vrouwen gerapporteerd (Kolk e.a, 1995; Verbrugge, 1983, 1985, 1986). Dat lijkt in dit onderzoek wel voor de huisartscontacten, maar niet voor de bedrijfsartscontacten te worden bevestigd.

Tijdens de contacten met de huisarts en de bedrijfsarts gaan de gesprekken vooral over de gezondheid. In de contacten met de bedrijfsarts zijn ook de arbeidsomstandigheden (afhankelijk van de periode 25%-53%) en eventuele conflicten op het werk (afhankelijk van de periode 4% tot 23%) onderwerp van gesprek. Bij de huisarts gaat het minder vaak over deze onderwerpen. Toch vormen arbeidsomstandigheden, afhankelijk van de verzuimduur, toch nog in bijna in 12% tot 25% van de contacten een gespreksonderwerp. Conflicten op het werk zijn minder vaak gespreksonderwerp met de huisarts (afhankelijk van de verzuimduur in maximaal 10% van de contacten).

Het is vooral de huisarts die verwijst en medicijnen voorschrijft. In zeer beperkte mate, en vooral relatief kort na de ziekmelding, worden

de contacten met de huis- en bedrijfsarts door de werknemer als 'therapeutisch' beoordeeld. Dat is tot 4/5 maanden na de ziekmelding in circa 5% van de contacten met de huisarts het geval. Voorafgaand aan de ziekmelding is dit in 3% van de contacten met de bedrijfsarts het geval.

De contacten met de huis- en bedrijfsarts zijn relatief onafhankelijk van de door de werknemer genoemde oorzaak van de ziekmelding. Het lijkt er dus niet op dat vaker contact wordt opgenomen met de bedrijfsarts wanneer 'werk' als belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding wordt genoemd. Wel blijken er in de periode voorafgaand aan de ziekmelding meer contacten met de huisarts te zijn wanneer er sprake is van lichamelijke klachten als oorzaak voor de ziekmelding, vooral wanneer er gelijktijdig sprake is van andere niet-psychische klachten. Vanaf 5 weken na de ziekmelding zijn er minder contacten met de huisarts als het 'werk' is genoemd als belangrijkste oorzaak voor de ziekmelding. Met de bedrijfsarts zijn juist minder contacten wanneer er sprake is van (alleen) lichamelijke klachten als oorzaak voor de ziekmelding in de eerste vier weken na de ziekmelding.

Het hebben van comorbide klachten hangt tenslotte niet samen met de contacten met huis- en bedrijfsarts. Het hebben van contacten met de huis- of bedrijfsarts is hetzelfde, of er nu sprake is van alleen psychische klachten, of van het gecombineerd voorkomen van verschillende type klachten.

Driekwart of meer van de werknemers zijn tevreden met hun huis- en bedrijfsarts. Als men niet tevreden is komt dat meestal doordat er geen of onvoldoende contactmogelijkheden zijn.

Over de contacten met andere hulpverleners is vaak meer dan 90% van de werknemers tevreden. Voorafgaand aan de uitval heeft circa 20% van de werknemers al contacten met een andere hulpverlener dan de huis- of bedrijfsarts. Dit aandeel stijgt naar ruim 38% in de eerste vier weken na de ziekmelding, naar 47% in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding, en vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding uiteindelijk naar 50,7%. Opvallend is dat deze contacten in minderheid plaatsvinden met hulpverleners die zich hebben gespecialiseerd in het behandelen van psychische gezondheidsproblematiek zoals psychologen, psychiaters, (bedrijfs) maatschappelijk werkers en medewerkers van het RIAGG. Afhankelijk van de verzuimperiode heeft eenderde tot 40% van de werknemers contacten met deze behandelaars. Ongeveer een kwart van de hulpverleners is een behandelaar van klachten van het bewegingsapparaat (fysiotherapeut, orthopeed e.d.). De overige hulpverleners zijn meestal medisch

specialisten (anders dan een psychiater, orthopedist of sportarts) of alternatieve hulpverleners.

In het voorgaande is het aantal werknemers dat een contact heeft gehad bij een specifieke hulpverlener (anders dan huisarts of bedrijfsarts) steeds uitgedrukt als percentage van het totaal aantal werknemers dat "overige hulpverleners" consulteerde.

In tabel 6.11 wordt dit gedaan voor alle bevraagde periodes uitgedrukt ten opzichte van het totale cohort, dat wil zeggen de hele groep werknemers die minimaal 12-20 weken om psychische redenen verzuimt.

Tabel 6.11 Het percentage werknemers dat contacten heeft gehad met arts en andere hulpverleners over de vier periodes waarover informatie is verzameld. Het percentage is het aantal contacten per type arts/hulpverlener ten opzichte van het totaal aantal werknemers in het cohort dat 12-20 weken om psychische redenen ziek was.

Contact met arts/ hulpverlener (%)	Periode			
	2 mnd voor ziekmelding N=555	Eerste 4 weken na de ziekmelding N=555	5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding N=555	Vanaf 4/5 mnd tot einde eerste ziektejaar of volledige werkhervatting hiervoor N=436
Huisarts	43,2	73,8	58,5	58,0
Bedrijfsarts	10,8	69,2	88,8	79,8
Behandelaar psychische klachten	4,9	10,3	15,7	20,0
Behandelaar klachten over bewegingsapparaat	4,1	6,1	9,7	11,2
Medisch specialist (excl. psychiater, orthopedist, sportarts)	7,9	15,7	15,7	20,0
Alternatieve hulpverlener	3,1	4,5	7,0	7,6
Anders...	1,6	2,7	7,4	7,1

Tabel 6.11 laat niet alleen opnieuw zien dat maar relatief weinig werknemers een behandelaar van psychische klachten zien, maar ook dat opvallend vaak een andere medisch specialist wordt gezien. Zelfs in de laatste periode is dit aandeel nog opvallend groot. Dit zou het gevolg kunnen zijn van het GHQ inclusie criterium waardoor ook werknemers die geen psychische klachten hadden in het cohort zijn opgenomen.

Na de medisch specialist wordt de behandelaar van 'psychische klachten' het meest door werknemers bezocht. Deze behandelaar werd door bijna 5% van de werknemers voorafgaand aan de ziekmelding geraadpleegd en door maximaal 20% in de periode na 4/5 maanden verzuim.

Behandelaren van bewegingsapparaat-aandoeningen worden ook zeer regelmatig geconsulteerd door de werknemers. Daarnaast zien we dat het aantal werknemers dat alternatieve hulpverleners raadpleegt meer dan verdubbelt vanaf 5 weken na de ziekmelding. Het is vooralsnog onduidelijk wat de betekenis is van deze contacten voor de werkhervatting en klachtenreductie. Hierop zal in de volgende twee hoofdstukken nader worden ingegaan.

Het is volgens verwachting vooral de bedrijfsarts die contacten onderhoudt met de werkgever. De contacten met de werkgever zijn naar verhouding het meest frequent in de laatste twee maanden voorafgaand aan de ziekmelding. Volgens de werknemers is in deze periode in 15% van de gevallen een contact tussen de bedrijfsarts en werkgever gespreksonderwerp geweest. Na de ziekmelding neemt het aantal contacten tussen de bedrijfsarts en werkgever in absolute zin toe. In verhouding tot de sterke toename van het aantal contacten met de bedrijfsarts zakt het relatieve aandeel terug naar circa 7%, om daarna nagenoeg geheel te verdwijnen.

Met name vanaf zo'n 5 weken na de ziekmelding wordt een beperkt aantal werkgevers actief en ontwikkelen zij activiteiten ten behoeve van vooral de reïntegratie van de zieke werknemer. In de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden nemen 35 werkgevers (6,3%), respectievelijk 58 werkgevers (13,3%) maatregelen ten aanzien van de inhoud en/of zwaarte van het werk. Bijna de helft van de werknemers vindt omstreeks 4/5 maanden na de ziekmelding dat de werkgever te weinig voor hen doet. In het tweede interview geeft 20% van de werknemers aan dat de activiteiten van de werkgever geholpen hebben.

Een aantal werknemers heeft zelf diverse activiteiten ontplooid om hun werkhervatting te bevorderen. Aanvankelijk betreffen deze activiteiten vooral aspecten van leefstijl, zoals sporten, aan yoga doen, een

cursus volgen. In de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding betreffen de meeste activiteiten van de werknemer echter nog steeds de leefstijl. Pas vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding onderneemt een substantieel deel van de werknemers werkgerichte acties, zoals contact opnemen en onderhouden met de werkgever (17,7%) en andere werkgerichte acties (8,3%) tegenover 7,3% acties gericht op het veranderen van de leefstijl en volgen van cursussen.

## Conclusies hoofdstuk 6

- Iedere werknemer in het cohort heeft na de ziekmelding de bedrijfs- of huisarts gezien. In de eerste vier weken na de ziekmelding heeft 74% de huisarts gezien en 70% de bedrijfsarts.
- Circa 40% ziet de huisarts in de laatste twee maanden voor de ziekmelding. In deze periode ziet bijna 11% de bedrijfsarts.
- Deze contacten betreffen meestal gesprekken over gezondheidsproblemen. In de gesprekken met de bedrijfsarts komen vaak ook arbeidsomstandigheden (25 tot 53%) en in mindere mate conflicten aan de orde. De huisarts verwijst vaak, en schrijft vaak medicijnen voor.
- Hoewel meer dan de helft van de werknemers na de ziekmelding zowel de huis- als de bedrijfsarts ziet, hebben deze artsen onderling nauwelijks (3%) contact volgens de werknemers.
- De door de werknemer genoemde oorzaak van de ziekmelding hangt niet samen met de contacten met huis- en bedrijfsarts.
- De aanwezigheid van comorbide klachten hangt niet samen met de contacten met de huis- en bedrijfsarts.
- Slechts een beperkte groep werknemers heeft voorafgaand aan en na de ziekmelding contact met een behandelaar van psychische klachten.
- Vanaf 5 weken na de ziekmelding rapporteren werknemers dat hun werkgever maatregelen neemt. Het gaat dan om het veranderen of verminderen van het takenpakket of het korter laten werken. Aanvankelijk gebeurt dat door circa 6,3% van de werkgevers, en vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding door 13,3% van de werkgevers.
- Bijna de helft van de werknemers vindt omstreeks 4/5 maanden na de ziekmelding dat de werkgever te weinig voor hem of haar doet.

- De werknemers ondernemen zelf ook diverse activiteiten om de klachten te verminderen en het werk te hervatten. Aanvankelijk gaat het vooral om leefstijl gerichte activiteiten. Vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding is de meerderheid van de acties werkgericht (bijna 18% neemt in deze periode contact op/onderhoudt contact met de werkgever en 8,3% onderneemt andere werkgerichte acties).

## 7 Aard en voorspellers van volledige werkhervatting

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag welke werknemers het werk hervat hebben aan het einde van het eerste ziektejaar ('hervatters') en welke kenmerken of factoren de werkhervatting voorspellen. Het gaat hierbij om *volledige* werkhervatting bij de eigen of een andere werkgever. Bij de voorspelling van werkhervatting wordt getoetst of deze samenhangt met de klachten bij aanvang of aan het einde van het eerste ziektejaar en de contacten met de huis- en bedrijfsarts of andere hulpverleners. Daarbij wordt rekening gehouden met andere factoren zoals de oorzaak van de ziekmelding en kenmerken van de werknemer en zijn werk- of thuissituatie.

Vanwege de vele mogelijk relevante voorspellers, is allereerst gekeken of de genoemde factoren afzonderlijk (univariaat) samenhangen met werkhervatting. Alleen die variabelen die univariaat significante verschillen laten zien tussen diegenen die wel en niet volledig hervatten aan het einde van het eerste ziektejaar ( $p < 0,05$ ) dan wel een tendens tot een verschil laten zien ( $0,05 < p < 0,10$ ), zijn voor de verdere analyses geselecteerd. Daarnaast zijn ook variabelen geselecteerd die alleen bij mannen of alleen bij vrouwen een significant verschil laten zien tussen wel en niet volledig hervatten; ook al is het verschil voor de groep als geheel niet significant.

Met de geselecteerde voorspellers zijn multivariate logistische regressie analyses uitgevoerd. In deze analyses worden de voorspellers gelijktijdig in het regressiemodel opgenomen. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met onderlinge afhankelijkheden van de voorspellers. Zo speelt bij het huidige onderzoek bijvoorbeeld het probleem dat er waarschijnlijk meer door artsen wordt gedaan bij werknemers met ernstige gezondheidsklachten. In een multivariate analyse kan voor deze afhankelijkheid worden gecorrigeerd. De resultaten van dergelijke analyses geven dus de meest belangrijke *onafhankelijke* variabelen weer, met een eigen voorspellend vermogen voor volledige werkhervatting.

In dit hoofdstuk zal eerst een beschrijving worden gegeven van de werkhervatters. Daarna worden de resultaten van de univariate analyse gepresenteerd en vervolgens die van de multivariate analyses. Tenslotte zal worden onderzocht in hoeverre er sprake is van sekseverschillen in de set van meest belangrijke voorspellers van werkhervatting.

## 7.2 Respons en werkhervatting

De respons van de werknemers naar werkhervatting is weergegeven in figuur 7.1. Figuur 7.1 laat zien dat 51% van de werknemers die 12-20 weken verzuimden ten gevolge van psychische klachten of psychosociale problemen, aan het einde van het eerste ziektejaar volledig zijn hervat. Het betreft hier de werknemers waarvan ook gegevens uit de tweede meting beschikbaar zijn. De werkhervatting is redelijk 'stabiel' gezien het feit dat 91 % van de hervatters ten tijde van het tweede interview, ongeveer een half jaar later, nog steeds aan het werk was. Slechts 20 van de 223 hervatters (9%) zijn ongeveer een half jaar na de volledig werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar weer ziek.

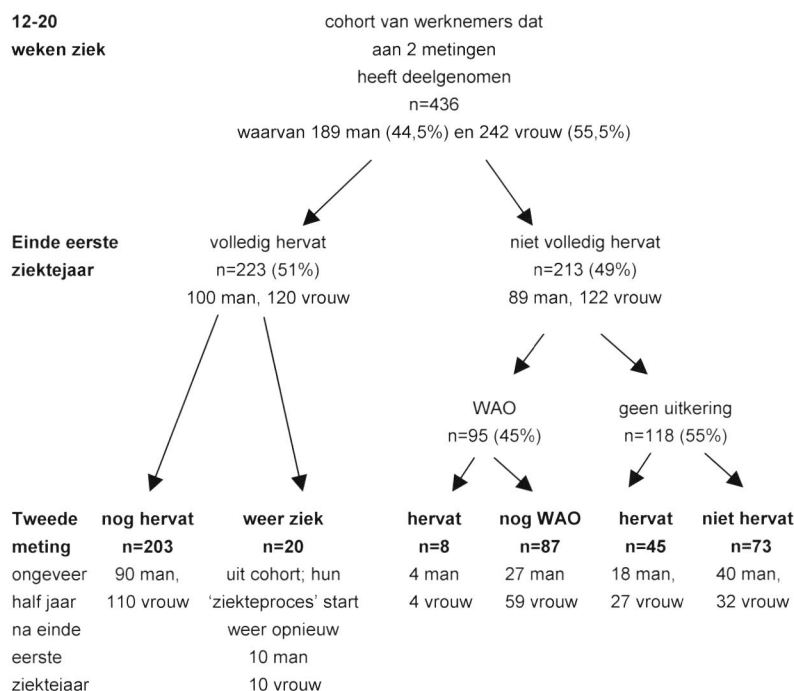


Fig. 7.1 Respons naar werkhervatting, uitgesplitst in de tijd, en naar sekse



Veel werknemers die nog niet volledig zijn hervat aan het einde van het eerste ziektejaar en geen WAO-uitkering hebben, zijn een half jaar later wel volledig hervat (45 van de 213; 21%). Iets minder dan de helft van de werknemers die aan het eind van het eerste ziektejaar nog niet volledig zijn hervat krijgen vanaf het einde van het eerste ziektejaar een WAO-uitkering (45%).

### 7.3 Werkgerelateerde kenmerken van de hervatters

Werkgerelateerde kenmerken van de werknemers die het werk weer volledig hebben hervat aan het einde van het eerste ziektejaar zijn opgenomen in tabel 7.1. Het blijkt dat het merendeel bij de oude werkgever is hervat (80,8%). Voor hen is het werk meestal hetzelfde gebleven: ze werken nog vaak in hetzelfde beroep, en het werk is fysiek en psychisch vaak nog even zwaar. Voor werknemers die bij een andere werkgever zijn hervat geldt dat het werk fysiek en psychisch *minder zwaar* is geworden. Een aanzienlijk deel van deze werknemers is korter gaan werken, maar een ander deel is juist langer gaan werken.

Een deel van de volledig hervatters is dus korter gaan werken. Aangezien het om een structurele aanpassing van hun arbeidscontract beschouwen we deze groep toch als volledige hervatters.

Tabel 7.1 Kenmerken van de werkhervatters. De getallen in de tabel zijn kolompercentages.

Variabele/vraag	Respons totaal (%ja)  n=203	Werk hervat bij <b>oude</b> werkgever (%) n=164 (80,8%)	Werk hervat bij <b>nieuwe</b> werkgever (%) n=39 (19,2%)
Beroep is sinds de werkhervatting veranderd:			p<0,000
• Nee	66,5%	76,4	25,9
• Ja, maar valt binnen zelfde categorie	20,2%	17,4	35,2
• Ja	13,3%	6,2	38,9
Vindt u uw huidige werk lichamelijk zwaarder dan uw werk voor uw ziekmelding?			p<0,000
• Nee, minder zwaar	22,1%	16,4	42,6
• Nee, even zwaar	61,6%	65,1	38,9
• Ja, zwaarder	16,3%	18,5	18,5

Variabele/vraag	Respons totaal (%ja)  n=203	Werk hervat bij <b>oude</b> werkgever (%)  n=164 (80,8%)	Werk hervat bij <b>nieuwe</b> werkgever (%)  n=39 (19,2%)
Vindt u uw huidige werk psychisch zwaarder dan uw werk voor uw ziekmelding?			p<0,000
• Nee, minder zwaar	19,7%	14,9	40,7
• Nee, even zwaar	44,8%	47,7	27,8
• Ja, zwaarder	35,5%	37,4	31,5
Heeft uw werkgever of leidinggevende in deze periode acties ondernomen..			p<0,10 (niet sign)
• Nee	64,6%	63,1	77,8
• Ja	33,6%	35,4	20,4
• Weet ik niet	1,8%	1,5	1,9
Verskil in contractuele aanstelling (contracturen meting 2-contracturen meting 1)			p<0,000
• >=12 uur minder	3%	1,0	9,3
• 8-11 uur minder	3%	2,6	5,6
• 4-7 uur minder	6%	4,1	13,0
• 1-3 uur minder	10,3%	10,8	7,4
• gelijk	53,7%	62,6	25,9
• 1-3 uur meer	11,3%	9,2	16,7
• 4-7 uur meer	9,4%	6,7	16,7
• 8-11 uur meer	2%	2,1	1,9
• >=12 uur meer	1,5%	1,0	1,4

## 7.4 Kenmerken van de niet-hervatters

De niet-hervatters omvatten zowel werknemers die aan het einde van het eerste ziektejaar een WAO-uitkering krijgen als werknemers die geen uitkering krijgen. In tabel 7.2 wordt een kort overzicht gegeven van enkele algemene kenmerken van deze twee groepen werknemers.

Tabel 7.2 Kenmerken van werknemers die aan het einde van het eerste ziektejaar nog niet volledig zijn hervat (per kenmerk staan kolompercentages weergegeven)

	Totaal (n=213)	WAO-uitkering (n= 91)	Geen WAO- uitkering (n=118)
Hervatting werk 2 <sup>e</sup> meting			
• Ja geheel	53 (24,9%)	8 (8,4%)	45 (38,1%)
• Ja gedeeltelijk	87 (40,8%)	46 (48,4%)	41 (34,7%)
• Nee	81 (38,0%)	42 (44,2%)	39 (33,1%)
Belangrijkste oorzaak voor Verzuim itv klachten			
• psychische klachten	63 (29,6%)	29 ( 30,5%)	34 (28,8%)
• rugklachten	15 ( 7,0%)	6 (6,3%)	9 (7,6%)
• hand, pols, elleboog en schouder	6 (2,8%)	1 (1%)	5 (4,2%)
• letsel agv ongeval	8 (3,8%)	5 (5,3%)	3 (2,5%)
• rest	121 (56,8%)	54 (58,9%)	49 (56,9%)
Huidige inkomensbron (ten tijde van het 2 <sup>e</sup> interview; meerdere antwoorden moge- lijk)			
• salaris uit werk	123 (57,7%)	47 (51,6%)	75 (63,6%)
• WAO	87 (40,8%)	80 (87,9%)	5 (4,2%)
• WW	13 (6,1%)	8 (8,8%)	4 (3,4%)
• Loon doorbetaling wegens ziekte	24 (11,3%)	9 (9,9%)	15 (12,7%)
• Ziektewet/vangnet	14 (6,6%)	3 (3,3%)	11 (9,3%)
• Bijstand	7 (3,3%)	-	1 (0,1%)
Waarom niet aan het werk? (meerdere antwoorden mogelijk)			
Vraag beantwoord/van toepassing	n=82	n=48	n=26
• Niet fit genoeg	46 (56,1%)	28 (58,3%)	18 (69,2%)
• Werkgever/bedrijf wil me niet	9 (11,0%)	3 (6,3 %)	6 (23,1%)
• Conflict met leiding	4 (4,9%)	2 (4,2%)	2 (7,7%)
• Therapie niet afgerond	4 (4,9%)	4 (8,3%)	-
• Therapeut is erop tegen	1 (1,2%)	1 (2,1%)	-
• Anders	24 (29,3%)	10 (20,8%)	14 (53,8%)

Tabel 7.2 laat zien dat 38% van de groep werknemers die geen WAO krijgt, een half jaar later (bij het tweede interview) alsnog volledig aan het werk is. Bijna 35% is dan gedeeltelijk aan het werk. Voor de groep WAO'ers geldt dat dan ruim 8% weer volledig aan het werk is en 48% gedeeltelijk aan het werk..

Van de groep met een WAO-uitkering heeft 49% een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100%. Psychische klachten werden door werknemers uit beide groepen het meest frequent als oorzaak voor de ziekmelding genoemd.

De groep die geen WAO-uitkering heeft geeft vaker aan salaris uit werk als inkomen te ontvangen. Ook de helft van diegenen die wel een WAO-uitkering heeft, ontvangt salaris uit werk. Bijna 60% van diegenen die ook ten tijde van het tweede interview nog niet aan het werk zijn, voelt zich niet fit genoeg om te werken. Dit geldt zowel voor diegenen met als zonder WAO uitkering. Andere oorzaken voor het niet hervatten, zoals een onwillige werkgever of een conflict met de leiding, worden nauwelijks genoemd (4,2%, respectievelijk 1,9%).

## 7.5 Univariante verschillen tussen wel en geen volledige werkhervatting

In de screener en in de interviews zijn erg veel mogelijke voorspellers of oorzaken van werkhervatting in kaart gebracht. Een overzicht van de univariaat *significante* voorspellers is opgenomen in tabel 7.3 tot en met 7.7.

### 7.5.1 Demografische kenmerken en werkhervatting

De demografische kenmerken die univariaat significant met werkhervatting samenhangen zijn weergegeven in tabel 7.3.

Tabel 7.3 Achtergrondvariabelen en werkhervatting (univariaat getoetst; rijpercentages; percentage wel en niet hervat tellen samen op tot 100%, alleen de percentages wel hervat zijn in de tabel opgenomen).

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Leeftijd	p=.04	p=.17	p=.09
• Tot 45 jaar	56	58	54
• 45 jaar en ouder	46	49	43
Alleenstaand	p=.02	p=.05	p=.18
• Ja	39	33	42
• Nee	54	56	52
Zorg voor andere mensen	p=.21	p=.60	p=.05
• Nee/enigszins	50	54	47
• Zwaar belast	60	47	67

Noot. Percentages wel en niet hervat tellen op tot 100%, alleen de percentages 'wel' zijn in de tabel opgenomen

Tabel 7.3 laat zien dat leeftijd significant samenhangt met werkhervatting in de totale groep werknemers. Voor mannen en vrouwen afzonderlijk is er geen sprake van een significante samenhang ( $p > 0,05$ ). Dit kan verklaard worden door de kleinere aantallen werknemers in elk van de afzonderlijke groepen. Voor ouderen (45 jaar en ouder) geldt dat de werkhervattingskans met 46% lager is dan die bij jongeren (56%). Het leeftijdseffect is sterker aanwezig bij vrouwen dan bij mannen. Uit tabel 7.3 blijkt verder dat alleenstaanden een kleinere kans hebben op werkhervatting. Dit geldt vooral voor alleenstaande mannen. Verder is opvallend is dat het 'zwaar belast zijn' met de zorg voor anderen de kans op werkhervatting vergroot en dat dit alleen voor vrouwen geldt. In de technische rapportage kunnen we zien dat dit ook voornamelijk bij vrouwen vóórkomt. Het is waarschijnlijk zo dat wanneer anderen een (tijdelijk) beroep op zorg doen, vooral vrouwen die zorg op zich nemen en zich daarvoor ziek melden. In die situatie zal de kans op werkhervatting na afloop van de zorgperiode groot zijn. Voor mannen geldt echter dat in een dergelijke situatie de werkhervattingskans kleiner is.

#### 7.5.2 *Kwaliteit van de arbeid en werkhervatting*

Van de arbeidsomstandigheden hangen "een geringe werkzekerheid", "hoge kwantitatieve taakeisen" en "een slechte onderlinge sfeer op het werk" samen met een geringe kans op werkhervatting (zie tabel 7.4). Deze drie aspecten van kwaliteit van de arbeid werpen blijkbaar drempels op voor een snelle werkhervatting

Tabel 7.4 Arbeidsomstandigheden en werkhervatting (univariaat getoetst; rijpercentages).

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Werkzekerheid	p=.03	p=.01	p=.44
• Goed	55	59	51
• Slecht	43	39	46
Kwantitatieve taakeisen	p=.07	p=.20	p=.21
• Laag	58	55	60
• Midden	58	63	53
• Hoog	46	48	45

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Onderlinge sfeer			
op werk goed	p=.01	p=.06	p=.10
• Goed	56	59	54
• Slecht	44	45	43

### 7.5.3 *Gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting en werkhervatting einde eerste ziektejaar*

Tabel 7.5 laat zien op welke wijze vroege werkhervatting samenhangt met werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar.

Tabel 7.5 Werkhervatting en toekomstverwachting ten tijde van het eerste interview en werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar (univariaat getoetst; rijpercentages).

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Gedeeltelijk aan het werk (vraag uit screener, ten tijde van 13 weken ziek)	p=.000	p=.003	p=.06
• Ja, gedeeltelijk	64	66	63
• Ja, op therapeutische basis	61	70	54
• Nee	44	43	44
Werk situatie nu (4 maanden na ziekmelding)	p=.000	p=.000	p=.005
• Geheel ziek thuis	39	38	40
• Therapeutisch aan het werk	58	67	52
• Gedeeltelijk aan het werk	60	58	62
• Geheel aan het werk	77	81	72
Toekomstverwachtingen t.o.v. werken (4 maanden na ziekmelding)	p=.000	p=.002	p=.02
• Nooit meer kunnen werken	21	33	10
• Werken in eigen werk	51	53	49
• Werken, maar niet in eigen werk	46	42	50
• N.v.t., werkt weer volledig	78	87	70

Uit tabel 7.5 blijkt dat gedeeltelijk of therapeutisch aan het werk zijn ten tijde van het invullen van de screener (circa 12-20 weken ziek) bij vrouwen een beduidend geringere voorspellende waarde heeft voor werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar dan bij mannen (54% resp. 70% werkhervatting). Wanneer men 4/5 maanden na de ziekmelding de verwachting heeft nooit meer te werken, is de kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar gering (33%) . Bij vrouwen is de kans dan slechts 10%.

#### 7.5.4 Gezondheid en werkhervatting

De vragen in de UBOS zijn sterk gericht op klachten aan het begin, tijdens en na afloop van de werkdag. Deze vragen konden tijdens het tweede interview slechts door zeer weinig niet-hervatters worden ingevuld. De UBOS-resultaten uit het 2<sup>e</sup> interview zijn dan ook niet opgenomen.

In tabel 7.6 zijn de gezondheidsklachten in relatie tot werkhervatting weergegeven.

Tabel 7.6 Werkhervatting en klachtenniveaus op T1 (eerste meting) en T2 (tweede meting (univariaat getoetst; rijpercentages).

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
GHQ-meting T1	p=.66	p=.20	p=.71
• Laag (t/m score 6)	54	61	46
• Midden (score 7-10)	51	51	52
• Hoog (score 11 en meer)	48	45	50
GHQ-meting T2	p=.003	p=.06	p=.02
• Laag (t/m score 6)	55	57	54
• Midden (score 7-10)	38	46	29
• Hoog (score 11 en meer)	29	25	33
SCL-Depressie T1	p=.004	p=.03	p=.12
• Laag (Man: <26; Vrouw: <29)	61	65	59
• Midden (M: 26-36; V: 29-41)	49	52	47
• Hoog (M: >36; V: >41)	42	41	44
SCL-Depressie T2	p=.000	p=.01	p=.006
• Laag (Man: <26; Vrouw: <29)	59	62	57
• Midden (M: 26-36; V: 29-41)	44	44	45
• Hoog (M: >36; V: >41)	31	35	27

Omschrijving	Werkherhvatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
SCL-Angst T1	p=.003	p=.02	p=.10
• Laag (t/m score 14)	60	64	56
• Midden (score 15-21)	53	51	54
• Hoog (score 22 en meer)	40	39	41
SCL-Angst T2	p=.000	p=.27	p=.000
• Laag (t/m score 14)	60	58	61
• Midden (score 15-21)	44	49	39
• Hoog (score 22 en meer)	37	42	33
UBOS Emotionele uitputting T1	p=.72	p=.54	p=.25
• Laag (t/m score 2.20)	50	56	44
• Hoog (vanaf score 2.20)	52	51	52
UBOS Distantie/cynisme T1	p=.92	p=.79	p=.92
• Laag (t/m score 2.20)	51	54	49
• Hoog (vanaf score 2.20)	51	52	50
UBOS Persoonlijke bekwaamheid T1	p=.98	p=.32	p=.37
• Hoog (vanaf score 3.50)	51	56	47
• Laag (t/m score 3.50)	51	49	53
Co-morbiditeit (zelfrapportage)	p=.04	p=.11	p=.10
• Alleen psychisch	56	59	54
• Psychische en overige klachten	52	49	54
• Alleen bewegingsapparaat of alleen overig	41	50	35
• Bewegingsapparaat en overig	51	48	55
• Geen aandoening	76	100	64
Samengestelde score 'ernst psychische klachten'	p=.008	p=.05	p=.12
• Geen klachten	65	71	57
• Algemene psychische klachten	51	53	48
• Burnout	56	51	57
• Depressie, angst	41	43	39

Tabel 7.6 laat zien dat het vooral de resultaten op de vragenlijsten naar depressieve klachten en angstklachten een duidelijk contrast laten zien tussen werknemers die wel en niet volledig hervatten aan het einde van het eerste ziektejaar. Dit geldt in het bijzonder voor de scores op de tweede meting.

Het rapporteren van meervoudige, comorbide klachten hangt *niet* samen met een geringere hervattingskans. Het significante effect dat in



tabel 7.6 wordt gerapporteerd hangt samen met de grotere hervatting-kans van werknemers zonder aandoening. Opvallend is overigens wel dat bijna een kwart van hen – uitsluitend vrouwen - aan het einde van het eerste ziektejaar nog niet is hervat.

De samengestelde score, die enerzijds de ernst van de klachten typeert en anderzijds de specificiteit van de psychische klachten (zie hoofdstuk 4) hangt niet op een verwachte wijze samen met werkhervatting. Bij vrouwen blijkt de groep met ‘burnout’ een grotere kans op werkhervatting te hebben dan de groep met de als minder ernstig beschouwde algemene psychische klachten.

In alle gevallen is er wel sprake van een beduidend geringere kans op hervatting wanneer aan het depressie- en angst-criterium wordt voldaan. Omdat de samengestelde score ‘ernst psychische klachten’ minder eenduidig discrimineert tussen wel of geen werkhervatting dan de klachtenscalen zelf, is ervoor gekozen om in de multivariate analyses de afzonderlijke schalen op te nemen, en niet de op basis hiervan samengestelde variabele.

#### 7.5.5 *Oorzaken van ziekmelding en werkhervatting*

In tabel 7.7. is aangegeven op welke wijze de door de werknemers genoemde oorzaken voor verzuim samenhangen met de kans op werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar.

Tabel 7.7 laat zien dat van de oorzaken voor de ziekmelding vooral ‘emotionele belasting thuis’ en de gezondheidsaandoening zelf sterk bijdragen aan de voorspelling van werkhervatting. Wanneer emotionele belasting thuis de oorzaak voor de ziekmelding was, is de kans groter dat men aan het eind van het eerste ziektejaar weer volledig hervat was. Stress in de thuissituatie als oorzaak voor de ziekmelding hangt bij mannen samen met een geringere kans op werkhervatting, maar bij vrouwen juist met een grotere kans op werkhervatting. Voor de groep als geheel is het contrast tussen wel- en niet hervatters niet significant. Wanneer men heeft aangegeven dat de relatie met de partner of kinderen de oorzaak was van de ziekmelding is er net geen significant contrast, maar slechts een tendens ( $.10 < p < .05$ ) op een grotere hervattingskans aan het einde van het eerste ziektejaar.

Wanneer de gezondheidsklachten zelf de belangrijkste oorzaak zijn voor de ziekmelding, is de kans op werkhervatting geringer dan wanneer het werk of de privé-situatie is genoemd. Het maakt daarbij niet uit of het om de psychische of somatische gezondheidsklachten gaat.

Tabel 7.7 Oorzaak ziekteverzuim en werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar (univariaat getoetst; rij-percentages).

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Verzuim, werkgebonden arbeidsomstandigheden belangrijkste oorzaak	p=.06	p=.56	p=.04
• Nee	53	54	53
• Ja	41	48	36
Belangrijkste oorzaak verzuim door omstandigheden buiten werk:			
lichamelijke belasting thuis	p=.28	p=.84	p=.17
• Nee	51	53	49
• Ja	67	57	80
Belangrijkste oorzaak verzuim door omstandigheden buiten werk:			
emotionele belasting thuis	p=.000	p=.08	p=.003
• Nee	48	51	46
• Ja	71	71	71
Belangrijkste oorzaak verzuim door omstandigheden buiten het werk:			
stress in de thuissituatie	p=.86	p=.01	p=.08
• Nee	52	56	48
• Ja	50	21	67
Belangrijkste oorzaak verzuim door omstandigheden buiten werk: relatie met partner of kinderen	p=.07	p=.48	p=.08
• Nee	50	53	48
• Ja	68	64	71
Belangrijkste oorzaak verzuim door omstandigheden buiten werk:			
aandoening zoals genoemd	p=.000	p=.004	p=.03
• Nee	56	58	54
• Ja	34	29	37
Volgens betrokkene meest belangrijke oorzaak	p=.009	p=.28	
• Somatisch	44	48	
• Psychisch	43	44	p=.06
• Psychisch en somatisch	46	47	e
• Werkomstandigheden/conflicten	60	62	
• Privé-omstandigheden	69	69	

#### 7.5.6 *Interventies tot 4/5 maanden na ziekmelding en werkhervatting*

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van de analyses naar de samenhang tussen enerzijds contacten en interventies van hulpverleners en acties van werkgevers en werknemers en anderzijds volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Het betreft contacten, interventies en acties die plaatsvonden in de periode tot 4/5 maanden na de ziekmelding. Het cijfermateriaal is in bijlage 6 opgenomen.

De meeste contacten met de huis- en bedrijfsartsen, en met andere hulpverleners in deze periode hangen samen met een kleinere hervattingskans (bijlage 6).

Contacten en interventies die univariaat samenhangen met een *grotere* hervattingskans zijn de volgende:

- meer dan twee keer contact hebben met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding. Deze groep had met name een bedeutend grotere hervattingskans vergeleken met diegenen die één of twee keer contact hadden. In totaal ging het om 27 werknemers die meer dan tweemaal contact hebben met de bedrijfsarts in deze periode. Deze drie groepen werknemers (geen, één of twee keer, vaker dan tweemaal contact) blijken bij nadere bestudering op een groot aantal kenmerken te verschillen;
- wanneer het contact met de bedrijfsarts in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding over de privé-situatie ging;
- als de werkgever in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding maatregelen getroffen heeft. Het gaat hierbij om verandering of vermindering van taken en korter werken. Dit is vooral gerelateerd aan werkhervatting bij de mannen. Het contrast tussen wel en niet hervatters is bij mannen veel groter dan bij vrouwen (zie bijlage 6);
- wanneer de werkgever voorafgaande aan de ziekmelding interesse heeft getoond in de gezondheidsklachten, of het probleem van de werknemer;
- wanneer men zelf actief is, bijvoorbeeld door te sporten of een cursus te gaan doen, heeft men een grotere hervattingskans. Dit is vooral het geval bij mannen;
- wanneer men zelf initiatief neemt en contact onderhoudt met collega's, vooral in de eerste maand na uitval, heeft men een grotere hervattingskans. Dit is vooral het geval bij mannen;
- wanneer men zelf weer wilde werken, maar ervan werd weerhouden. Vooral wanneer dat door de huisarts gebeurde, bleek de werkhervattingskans groter. Dat laatste was vooral bij vrouwen het geval.

Factoren die samenhangen met een *geringere* kans op werkhervatting zijn de volgende:

- wanneer het contact met de bedrijfsarts op diens initiatief plaats had gevonden, en wanneer tijdens dat contact de gezondheidsproblemen gespreksonderwerp waren. Dit geldt ook voor contacten met de huisarts of een andere hulpverlener. Het kan een indicatie zijn dat de arts of een andere hulpverlener vooral initiatief neemt wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen. Dat zou de samenhang met een geringere kans op werkhervatting kunnen verklaren;
- wanneer de huisarts een behandelplan had opgesteld en met de werknemer had besproken. Ook dit duidt er volgens de huisarts sprake is van gezondheidsproblemen;
- wanneer de werknemer voorafgaande aan de ziekmelding met de huisarts over conflicten op het werk had gesproken. Dit is voor de groep als geheel een significant resultaat, maar komt al met al toch weinig voor (in totaal gaat het om tien werknemers waarvan er acht niet volledig waren hervat);
- indien men in de laatste twee maanden voor de ziekmelding een psycholoog had bezocht hing dat vooral bij mannen samen met een geringere hervattingskans;
- indien men in de eerste vier weken na de ziekmelding of in de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding voor een diagnostisch consult bij een alternatief genezer of specialist was geweest, is de kans op werkhervatting kleiner. Dit geldt vooral voor vrouwen.

#### 7.5.7 *Interventies vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding en werkhervatting*

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van de analyses naar de samenhang tussen enerzijds contacten en interventies van hulpverleners en acties van werkgevers en werknemers en anderzijds volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Het betreft contacten, interventies en acties die plaatsvonden in de periode vanaf 4-5 maanden verzuim tot einde ziektejaar of eerdere volledige werkhervatting. De gegevens over deze contacten en activiteiten zijn verzameld tijdens het tweede interview. Het meer gedetailleerde cijfermateriaal is in bijlage 7 opgenomen.

Contacten met artsen en andere hulpverleners in de periode vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding hangen nagenoeg allemaal samen met een geringere kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Dit kan een indicatie zijn dat deze contacten plaatsvin-

den omdat er sprake is van (chronische) gezondheidsproblemen. Alleen activiteiten van de werkgever in deze periode hangen samen met een grotere kans op werkhervatting.

Een *grotere* kans op werkhervatting als gevolg van contacten en interventies vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding wordt vastgesteld bij:

- actie van de werkgever: alleen bij vrouwen hangen maatregelen van de werkgever zoals vermindering of verandering van taken en korter werken significant samen met een grotere hervattingskans. In de voorgaande periode, die van 5 weken tot zo'n 4/5 maanden verzuim, bleken deze maatregelen alleen voor mannen samen te hangen met een grotere hervattingskans. Ondanks het feit dat deze maatregelen in die periode ook voor vrouwen werden getroffen, kon toen (nog) geen significant verschil in werkhervattingskans bij vrouwen worden aangetoond. Als de werkgever één interventie heeft uitgevoerd hangt dat samen met een grotere hervattingskans, weer vooral bij vrouwen. Wanneer het meer maatregelen betreft keren de kansen;

Allerlei andere contacten en interventies vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding, vooral vanuit de (para)medische en alternatieve geneeskunde hangen samen met een *kleinere hervattingskans*. Het gaat onder meer om de volgende factoren:

- meerdere contacten met de bedrijfsarts: vooral wanneer gezondheidsklachten onderwerp van gesprek zijn, of een verwijzing plaatsvindt (het laatste vooral bij vrouwen);
- één of meerdere contacten met de huisarts: vooral wanneer gezondheidsklachten onderwerp van gesprek zijn, medicijnen worden voorgeschreven, of een verwijzing plaatsvindt;
- meer dan één type hulpverlener hebben gezien: naarmate het aantal hulpverleners dat in deze periode wordt bezocht groter is neemt de hervattingskans af;
- therapeutische contacten met een psycholoog: veelal gaat het dan interventies die beogen de werknemer beter te leren omgaan met problemen of, advies te geven over het verminderen van klachten e.d. In al deze situaties neemt de hervattingskans af;
- acties van de werkgever gericht op herplaatsing naar een andere werkplek of afdeling. Wanneer een dergelijke actie in deze periode plaatsvindt is de kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar gering;
- opname in een ziekenhuis: wanneer er sprake is van opname in een ziekenhuis, en bij vrouwen vooral wanneer het opname op

een psychiatrische afdeling betreft, is de kans op werkhervatting aan het eind van het eerste ziektejaar klein;

- contact hebben met een verzekeringsarts of arbeidsdeskundige hangt samen met een verminderde kans op werkhervatting.

## **7.6 De belangrijkste voorspellers voor werkhervatting**

In deze paragraaf worden de resultaten van de multivariate analyses besproken. Daarbij worden alle variabele die elk afzonderlijk significant samenhangen met volledige werkhervatting tegelijk in de analyses opgenomen. Het betreft variabelen die significant samenhangen met werkhervatting voor het gehele cohort of alleen voor vrouwen dan wel alleen voor mannen. In het totaal zijn 74 variabelen als voorspeller in de multivariate regressies opgenomen. Deze multivariate analyses identificeren de meest belangrijke voorspellers met een eigen, onafhankelijke voorspellende waarde voor werkhervatting. Met de uitvoering van een multivariate regressieanalyse wordt voor al dan niet verwachte onderlinge samenhangen tussen voorspellers gecorrigeerd. Zoals verwacht en eerder in dit hoofdstuk al bevestigd gaan contacten en interventies van artsen vaak gepaard met een kleinere kans op werkhervatting. Dat zou verklaard kunnen worden door het feit dat artsen contact hebben met, en interventies uitvoeren bij werknemers met (ernstiger) klachten. Het is de vraag of de ongunstige voorspellende waarde van de interventies overeind blijft als tegelijkertijd ook de klachtenniveaus van de werknemers in de statistische analyse worden opgenomen.

De multivariate analyse laat zien welke voorspellers een unieke – zij het waarschijnlijk kleinere dan univariaat vastgestelde – bijdrage aan de verklaring van werkhervatting laten zien.

De multivariate analyses zijn stapsgewijs uitgevoerd. Daarmee wordt beter inzicht verkregen in het bovengenoemde correctieproces en op de vraag of bepaalde voorspellers zo sterk met werkhervatting samenhangen dat ze andere voorspellers geheel ‘wegdrukken’, of dat - en dat kan soms ook gebeuren - een voorspeller ineens versterkt wordt. De geselecteerde variabelen zijn ‘bloksgewijs’ (methode ‘enter’) in drie stappen opgenomen in de analyse:

Stap 1: de achtergrondvariabelen, informatie over de arbeidsomstandigheden, de gezondheidsklachten gemeten met de screener en tijdens het eerste interview, de contacten met en interventies door de artsen en andere hulpverleners, en overige

- interventies en acties die bevraagd zijn tijdens het eerste interview, dat wil zeggen tot 4/5 maanden na de ziekmelding;
- Stap 2: weer gedeeltelijk of therapeutisch aan het werk zijn ten tijde van het invullen van de screener (12-20 weken ziek) of ten tijde van het eerste interview (circa 4/5 maanden na ziekmelding);
- Stap 3: de contacten met en interventies door artsen en andere hulpverleners, de overige interventies vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding tot het einde van het eerste ziektejaar of volledige werkhervatting voor het einde van het ziektejaar en de gezondheidsklachten uit het tweede interview circa 4/5 maanden na het einde van het eerste ziektejaar.

In tabel 7.8 worden de resultaten van deze 3 stappen samengevat.

Tabel 7.8 De belangrijkste determinanten voor werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar (alleen significante resultaten zijn opgenomen). OR: Odds Ratio; OR >1: grotere kans op werkhervatting; OR<1: kleinere kans op werkhervatting (ref. = referentie met OR = 1.00).

Variabele	OR-stap1: Determinanten eerste interview	OR-stap2: Toevoeging gedeeltelijk/ therapeutisch hervat	OR-stap3: Determinanten tweede interview	Kans op werkhervat- ting
Taakeisen				
• Laag	0.59 ns	0.55 ns	0.43 ns	Kleiner bij hoge taakeisen
• Gemiddeld (ref.)	1	1	1	
• Hoog	0.35***	0.35**	0.24***	
Onderlinge sfeer goed	1.64 ns	1.75*	1.52 ns	Groter bij goede sfeer
SCL-Depressie T1				
• Laag (Man: <26; Vrouw: <29) (ref.)	1	1	1	Kleiner bij depressieve klachten
• Midden (M: 26-36; V: 29-41)	0.54 ns	0.56 ns	0.77 ns	
• Hoog (M: >36; V: >41)	0.48*	0.50 ns	0.81 ns	
Oorzaak verzuim is emotionele belasting buiten het werk (ref. = nee)	3.39**	3.27**	5.79***	Groter wanneer emotionele belasting buiten werk oorzaak is
Oorzaak verzuim is stress in thuissituatie (ref. = nee)	0.33 *	0.33*	0.41 ns	Kleiner wanneer stress in de thuissituatie oorzaak is

Variabele	OR-stap1:	OR-stap2:	OR-stap3:	Kans op werkhervat- ting
	Determinanten eerste interview	Toevoeging gedeeltelijk/ therapeutisch hervat	Determinanten tweede interview	
Aantal contacten met de BA in de eerste 4 weken na ziekmelding				Groter bij zeer fre- quent contact met bedrijfsarts in de eerste 4 weken na ziekmelding
• 0 contacten	1.76 ns	1.95 ns	0.52 ns	
• 1-2 contacten (ref.)	1	1	1	
• >2 contacten	5.06**	5.11**	6.05**	
Alternatief genezer doet diagnostisch consult in de eerste 4 weken na de verzuimmelding (ref. = nee)	0.42 ns	0.40*	0.46 ns	Kleiner indien dia- gnostisch consult met een alternatief gene- zer.
Eigen actie, sporten e.d., in de eerste 4 weken na de verzuimmelding (ref. = geen)	1.94*	1.98*	2.01 ns	Groter wanneer men actie ondernam
Is het voorgekomen dat u wilde werken maar ande- ren u weerhielden in de periode vanaf 4 weken tot 4/5 maanden na ziekmel- ding (ref. = nee)	1.53 ns	1.53 ns	2.18*	Groter wanneer men wilde werken maar anderen dat weer- hielden
Interview 2				
SCL-Depressie T2			1	Kleiner bij veel depres- sieve klachten tijdens het tweede interview (na tweede meting)
• Laag (Man: <26; Vrouw: <29) (ref.)			0.57 ns	
• Midden (M: 26-36; V: 29- 41)			0.24*	
• Hoog (M: >36; V: >41)				
Aantal keer BA bezocht				Kleiner bij contact met bedrijfsarts in periode van 4/5 maanden na ziekmelding
• 0 (ref.)			1	
• 1			0.41 ns	
• >1			0.13***	
Contact met meerdere soor- ten van hulpverleners gehad				Kleiner bij >1 hulpverle- ner
• 0 (ref.)			1	
• 1			0.58 ns	
• >1			0.12**	



Andere werkplek of afdeling gekregen (ref. = nee)	0.08**	Kleiner wanneer men na 5 maanden nog naar een andere werkplek of afde- ling wordt herplaatst
--	--------	---

ns: niet significant; \*: p=.05; \*\*: p=.01; \*\*\*: p=.001.

In tabel 7.8 is te zien dat toevoeging van de verschillende blokken variabelen in stappen twee en drie slechts tot enkele geringe veranderingen leidt in de set voorspellende variabelen.

De resultaten in de eerste stap van de analyse kunnen als volgt worden samengevat. De hervattingskans is *kleiner* wanneer:

- het werk hoge eisen stelt (men moet veel in betrekkelijk korte tijd doen, heeft werk vaak niet af e.d.);
- de oorzaak van de ziekmelding is gelegen in de stresssituatie thuis;
- men een hoge score heeft op depressieve klachten ten tijde van het eerste interview.

De hervattingskans is juist *groter* wanneer:

- de oorzaak voor de ziekmelding volgens de werknemer is gelegen in de emotionele belasting thuis;
- men meer dan twee contacten heeft met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding;
- men zelf activiteiten ontplooit in de eerste vier weken na de ziekmelding; het gaat dan bijvoorbeeld om sporten of het volgen van een cursus.

Deze resultaten geven aan dat er blijkbaar al vroeg in het verzuimproces voorspellers zijn van volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Variabelen zoals “hoge taakeisen”, “stress in de thuissituatie” en een hoge score op depressieve klachten zo’n 4 tot 5 maanden na de ziekmelding, dragen bij aan het voorspellen van volledige werkhervatting. Opvallend is ook dat variabelen als leeftijd en geslacht geen eigen onafhankelijke bijdrage aan de voorspelling leveren.

In een vroeg stadium van het verzuimproces zelf activiteiten ontplooiën om je weerbaarder te maken blijkt ook gunstig te zijn voor volledige werkhervatting evenals frequent contacten met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de verzuimmelding. Dit laatste gegeven is echter lastig te interpreteren. Zoals we eerder hebben beschreven zijn er complexe verschillen in kenmerken tussen werknemers die eenmaal, tweemaal of vaker dan tweemaal naar de bedrijfsarts gaan in die eerste vier weken. Indien de variabele contactfrequentie wordt weggelaten uit de analyse (zie bijlage 8) verandert er weinig aan de voorspel-

lers die in de eerste stap worden ingevoerd, maar het niveau van depressieve klachten ten tijde van de eerste meting verdwijnt als significante voorspeller uit de regressievergelijking. Dit suggereert dat het hebben van frequent contacten met de bedrijfsarts in de eerste maand na de verzuimmelding iets te maken kan hebben met een hoog niveau van depressieve klachten.

Toevoeging van het wel of niet in een vroeg stadium gedeeltelijk of therapeutisch hervatten verandert nauwelijks iets aan de set voorspellende variabelen. De vroegtijdige gedeeltelijke of therapeutische werkherhvatting heeft *geen* eigen, unieke bijdrage aan het volledig hebben hervat van werk aan het eind van het eerste ziektejaar, onafhankelijk van de initiële depressieve klachten en de acties van artsen, hulpverleners en de werknemer zelf. Op zich is dit verrassend. Het rekening houden met die gedeeltelijke en therapeutische werkherhvatting betekent tevens dat ook het niveau van depressieve klachten zoals vastgesteld tijdens het eerste interview geen eigen, unieke bijdrage meer levert aan het volledig hebben hervat van werk aan het einde van het eerste ziektejaar. Dit kan betekenen dat het wel of niet vroegtijdig gedeeltelijk of therapeutisch hervatten van werk zodanig sterk samenhangt met de psychische gezondheid van de werknemers dat ze elkaar als voorspeller voor volledige werkherhvatting wegdrukken en geen eigen unieke voorspellende waarde meer hebben.

Er treden ook nog andere veranderingen op in de set voorspellende variabelen na toevoeging van gedeeltelijke of therapeutische hervatting. Een goede onderlinge sfeer draagt 'ineens' bij aan een grotere kans op werkherhvatting en het consulteren van een alternatief genezer in de eerste vier weken na de verzuimmelding aan een kleinere kans op werkherhvatting. Wanneer gekeken wordt naar de (niet significante) Odds Ratio van deze voorspellers in de eerste stap, blijkt dat de richting en grootte van de verbanden grotendeels vergelijkbaar waren. Door de toevoeging van gedeeltelijke of therapeutische werkherhvatting worden de bijdragen van de eerder genoemde twee variabelen blijkaar net significant. Dit duidt overigens op een reëel effect. Een goede werksfeer vergroot de kans op volledige werkherhvatting en het consulteren van een alternatief genezer in de eerste vier weken na de ziekmelding verkleint de hervattingskans.

Toevoeging van gegevens uit het tweede interview (derde stap van de analyses) laat allereerst zien dat hoge ongunstige scores op de vragenlijst depressieve klachten ten tijde van het tweede interview een belangrijke oorzaak zijn van niet hervatten. Zonder dat de odds ratio's

sterk veranderen, zijn ook de variabelen ‘sfeer op het werk’, ‘oorzaak ziekmelding is stress in de thuissituatie’, en ‘alternatief genezer geraadpleegd’ niet meer significant. De voorspellers van de eerste stap blijven dus grotendeels overeind. Dit betekent dat op basis van de gegevens die in de beide interviews zijn verzameld, volledige werkherhvatting wordt verklaard door de hieronder opgesomde oorzaken.

Een *grotere* kans op volledige werkherhvatting aan het einde van het eerste ziektejaar hangt samen met de volgende factoren:

- middelmatige taakeisen (niet te laag, maar vooral niet te hoog);
- emotionele belasting buiten werk is de oorzaak is voor de ziekmelding (men heeft verzuim in dit geval wellicht gewoon even ‘nodig’, maar men heeft, in vergelijking tot andere oorzaken, een *grotere* kans om aan het einde van het eerste ziektejaar weer volledig te zijn hervat);
- frequent contact met de bedrijfsarts in de eerste 4 weken na de ziekmelding (hier zit waarschijnlijk nog een relatie met de aard van de gezondheidsklachten achter);
- anderen de werknemers weerhouden om te gaan werken, als de werknemer zelf wil hervatten (het lukt dus toch).

Een *geringere* kans op werkherhvatting hangt vooral samen met: hoge taakeisen. Het gaat dan om “veel doen in betrekkelijk korte tijd” en “het werk niet afhebben”. Een middelmatige belasting (niet te laag, maar vooral niet te hoog) is gewenst;

- last blijven houden van ernstige depressieve gezondheidsklachten;
- meer dan tweemaal contacten hebben met de bedrijfsarts na 4/5 maanden verzuim;
- contact hebben met verschillende hulpverleners na 4/5 maanden verzuim;
- herplaatst worden naar een andere werkplek of afdeling na 4/5 maanden verzuim.

## 7.7 Voorspellers van werkherhvatting en sekseverschillen

In paragraaf 7.5 bleek dat er een enkele voorspellers zijn die alleen of vooral bij mannen dan wel vrouwen samenhangen met werkherhvatting. In een nadere analyse is gekeken over deze voorspellers een significante interactie vertonen met ‘geslacht’. Omdat in de analyses op het hele cohort de variabelen zelf al in de regressie waren ingevoerd, kon in één extra (vierde) stap worden onderzocht of de toevoeging van de interactietermen er wat toe deed. Hierbij zijn geen interacties

met opgenomen voor de variabelen uit het tweede interview. Het model werd bij deze stap instabiel als gevolg van de grote hoeveelheid onafhankelijke variabelen.

De resultaten van de analyse zijn samengevat in tabel 7.9.

**Tabel 7.9** Samenvatting van de variabelen die een verschillende voorspellende waarde hebben voor mannen en vrouwen na toevoeging van de interactietermen in de multivariate logistische regressie-analyse.

Variabele	Kans op werkhervatting
Oorzaak verzuim door stress in de thuissituatie	Alleen voor vrouwen: Kleiner wanneer oorzaak door stress in de thuissituatie komt
Hoe denkt u dat uw werksituatie op de langere termijn zal zijn (4/5 maanden na ziekmelding)?	Alleen voor mannen: Kleiner wanneer men rond 4/5 maanden na ziekmelding denkt niet in eigen werk te kunnen hervatten
Diagnostisch consult alternatief genezer in de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	Alleen voor vrouwen: Kleinere kans

Slechts een enkele interactie met ‘geslacht’ bleek significant. Voor vrouwen geldt dat er een kleinere kans op werkhervatting is als de oorzaak van het verzuim gelegen was in de thuissituatie (excl. emotionele belasting) of een diagnostisch consult met een alternatief genezer had plaatsgevonden in de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de verzuimmelding. Voor mannen was de kans op werkhervatting kleiner wanneer men zelf omstreeks 4/5 maanden na de ziekmelding denkt het werk niet meer te kunnen hervatten.

## 7.8 Toetsing van de aanvullende hypothesen

Het beantwoorden van de vraag wat de voorspellers zijn van werkhervatting na uitval om psychische redenen is één van de hoofddoelen van dit onderzoek. Hoewel er nog niet zo veel recent onderzoek is gedaan naar de determinanten van werkhervatting na uitval om psychische redenen, is er op basis van de literatuur wel een aantal hypothesen geformuleerd over oorzaken die van belang zijn voor de werkhervatting (zie hoofdstuk 1).

Deze verwachtingen ten aanzien van werkhervatting zullen hieronder nader worden besproken op grond van de resultaten van dit onderzoek.

*Gaat klachtenvermindering gepaard met een grotere hervattingskans?*

Gemiddeld genomen is er in het hele cohort sprake van een daling van het aantal depressieve klachten zoals gemeten met de SCL-90 depressie. Maar ook is er een aanzienlijke groep werknemers bij wie geen vermindering of zelfs een toename van klachten heeft plaatsgevonden. Werknemers die bij de tweede meting minder depressieve klachten hebben aangegeven dan bij de eerste meting, hebben inderdaad een grotere hervattingskans dan werknemers bij wie geen vermindering van depressieve klachten kon worden vastgesteld. Het aanhouden of toenemen van depressieve klachten zit een volledige werkhervatting blijkbaar in de weg.

Wanneer rekening wordt gehouden met andere voorspellers hangt de mate van onwelbevinden (gemeten met de GHQ-12) niet meer samen met werkhervatting.

Zeer opvallend is dat de mate van burnout in de eerste 3-5 maanden van ziekmelding in het geheel niet samenhangt met de kans op werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Door de formulering van de burnout vragen, die rechtstreeks betrekking hebben op het werk, zijn deze niet afgenomen tijdens de tweede meting. Er kan dus niet nagegaan worden of er sprake is van een vermindering van burnout.

Het chronisch worden of verergeren van (ondergediagnosticeerde?) depressieve klachten blijkt een belangrijkere voorspeller te zijn voor het niet hervatten van werk.

*Hangen comorbide klachten samen met een geringere kans op werkhervatting?*

In dit cohort heeft ongeveer 35% van de werknemers naast psychische klachten ook andere somatische klachten. Verder heeft 9% een combinatie van verschillende somatische klachten zonder dat er sprake is van psychische klachten. Er is in dit breed samengestelde cohort dus sprake van een omvangrijke comorbiditeit

De veronderstelling dat werknemers die last hebben van psychische en somatische klachten minder snel hervatten dan werknemers die alleen psychische klachten ervaren, kon niet worden bevestigd.

*Leidt samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts tot een grotere kans op werkhervatting?*

De verwachting is dat samenwerking tussen de huis- en bedrijfsarts zou leiden tot meer overeenstemming in diagnostiek en behandeling. Dit zou dan weer resulteren in een grotere kans om aan het einde van het eerste ziektejaar het werk volledig hervat te hebben. Deze verwachting kon niet worden getoetst omdat er volgens de werknemers nauwelijks sprake was van samenwerking. Door het machtigingssysteem zouden werknemers wel op de hoogte moeten zijn van een eventuele samenwerking. Het is echter mogelijk dat er informele contacten zijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen waar werknemers geen weet van hebben. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat deze informele contacten het totale beeld erg kunnen veranderen.

Uit dit onderzoek blijkt dat bedrijfsartsen en huisartsen bij dezelfde werknemers verschillende diagnoses vaststellen. Met name over de vraag of er sprake is van overspanning of depressie lopen de oordelen nogal uiteen. Gezien de consequenties die dat kan hebben voor de begeleiding en behandeling is een verbetering van de communicatie noodzakelijk. Er valt veel te winnen, zeker gezien het feit dat een ruime meerderheid van de werknemers in de eerste vier weken na de ziekmelding toch al contact heeft met zowel de huisarts als de bedrijfsarts.

*In hoeverre zijn persoonskenmerken mede bepalend voor werkhervatting?*

Mannen en vrouwen hebben eenzelfde kans op hervatting. Ook jong en oud blijken hierin niet te verschillen. Het enige kenmerk dat na correctie voor andere voorspellers overreedend blijft heeft te maken met de motivatie van de werknemer. Werknemers die willen hervatten, maar daarvan worden weerhouden blijken een grotere kans op volledige werkhervatting te hebben. Zelf acties ondernemen gericht op werkhervatting draagt in de eerste stappen van de multivariate regressies bij aan een grotere hervattingskans. Nadat echter gegevens uit het tweede interview worden opgenomen in het analysemodel, valt het 'zelf acties ondernemen tot 4/5 maanden na de ziekmelding' weg als voorspeller. Diverse andere motivationele variabelen, inclusief kostwinnerschap, hangen niet samen met werkhervatting. De resultaten van dit onderzoek bevestigen echter wel het beeld dat bij werkhervatting na uitval om psychische klachten meer betekenis moet worden gegeven aan motivationele en minder aan sekse- of leeftijdsgebonden factoren.

*Zijn er voor mannen en vrouwen verschillende voorspellers van werkhervatting?*

Na correctie voor andere mogelijke voorspellers blijken vrouwen, in tegenstelling tot mannen, een kleinere kans op werkhervatting te hebben wanneer stress in de thuissituatie de oorzaak van het verzuim is of een diagnostisch consult heeft plaatsgevonden met een alternatieve genezer in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de verzuim melding. Alleen voor mannen geldt dat de kans op werkhervatting kleiner is als zij na 4/5 maanden verzuim geen perspectief zien om het eigen werk weer te hervatten.

Het feit dat stresserende gebeurtenissen thuis vooral bij vrouwen tot een geringere kans op werkhervatting leidt, past in het beeld dat vooral de vrouw bereid is carrière in te leveren wanneer de thuissituatie daar een beroep op doet (o.a. Houtman en Van den Heuvel, 2001). Er is geen duidelijke verklaring waarom het hebben bezocht van een alternatieve hulpverlener in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding vooral bij vrouwen samenhangt met een geringere werkhervatting.

Uit de literatuur blijkt dat de gemiddelde man een veel sterkere oriëntatie op een carrière in het werk heeft, en minder een eigen rol ziet in het gezin dan de gemiddelde vrouw (Houtman en Van den Heuvel, 2001). Dit is ook het geval wanneer ze eenzelfde, hogere opleiding hebben (Van Schie, 1997). Het besef dat men het eigen werk misschien niet meer kan doen, verklaart wellicht dit sekseverschil.

*Zijn vroegtijdige interventies effectief?*

In de univariate analyses blijkt dat veel van de contacten met en interventies van huisartsen, bedrijfsartsen en andere behandelaars gepaard gaan met een kleinere kans op werkhervatting. Dit geldt voor alle perioden van het verzuim inclusief de vroege verzuimfasen. Dit kan er op wijzen dat contacten en interventies vooral plaatsvinden in situaties waar vanaf het begin sprake is van een slechte prognose voor werkhervatting (ernstiger psychische, psychosociale of werkgebonden problematiek).

In de multivariate analyses, waarin gecorrigeerd wordt voor overige voorspellers zoals het niveau van de klachten, blijkt dat contacten en interventies veelal geen invloed meer hebben op de werkhervattingskansen. Blijkbaar wordt er dan gecorrigeerd voor overige factoren die samenhangen met een slechte werkhervattingsprognose. De interventies gaan in de multivariate analyses echter niet gepaard met het vergroten van de kans op werkhervatting.

Een opvallende uitzondering is het hebben van meer dan twee contacten met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de verzuimmelding. Dat gaat wel gepaard met een grotere kans op werkhervatting. Indien men precies eenmaal of tweemaal naar de bedrijfsarts gaat is de kans op werkhervatting juist kleiner. Bij nadere beschouwing blijkt het om een complexe variabele te gaan. Er kunnen in de eerste vier weken na de verzuimmelding drie groepen werknemers onderscheiden worden (geen contact, precies eenmaal of tweemaal resp. meer dan tweemaal contact met de bedrijfsarts) die onderling op veel kenmerken verschillen. Nadere analyses wijzen er op dat frequent contact hebben met de bedrijfsarts mogelijk te maken heeft met een hoog niveau van depressieve klachten en minder vaak last hebben van klachten over het bewegingsapparaat. De samenhang tussen contactfrequentie en werkhervatting is echter complex en moeilijk te interpreteren.

Bij de analyses naar voorspellers van werkhervatting moet verder bedacht worden dat er een groot aantal variabelen is opgenomen in de analyses. Dit kan leiden tot overcorrectie: de verschillende interventies hebben elk op zich geen unieke bijdrage, maar gezamenlijk is er wel sprake van een effect. Een alternatieve verklaring voor het niet vinden van een positief effect op werkhervatting kan gelegen zijn in een eventueel sterk wisselende kwaliteit van de interventies. Een mengeling van kwalitatief goede en slechte interventies kan er toe leiden dat voor de groep als geheel geen effect wordt gevonden. Zo kon Van der Weide aanvankelijk ook geen onafhankelijk effect van het bedrijfsgeneeskundig handelen vaststellen bij werknemers met lage rugklachten. Wanneer zij echter rekening hield met de *kwaliteit* van de begeleiding, in dit geval met objectieve prestatie-indicatoren voor de begeleiding door de bedrijfsarts zoals de continuïteit van zorg en aspecten van technische deskundigheid, kon wel degelijk een gunstig effect van kwalitatief goed bedrijfsgeneeskundig handelen worden aangetoond (Van der Weide e.a., 1999). In het huidige onderzoek waren deze indicatoren niet beschikbaar.

De tevredenheid van de werknemer met de bedrijfsarts en het bedrijfsgeneeskundig handelen bleek in het huidige onderzoek geen relatie te hebben met werkhervatting.

*Speelt de oorzaak van verzuim een rol bij de voorspelling van werkhervatting?*

Verondersteld werd dat de werkhervattingskans mede werd bepaald door de oorzaak van de ziekmelding. Wanneer conflicten op het werk door de werknemers als oorzaak van het 'psychisch verzuim' werden



genoemd zou de kans op werkhervatting klein zijn. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat oorzaken van de ziekmelding inderdaad een voorspellende waarde hebben voor werkhervatting. Conflicten op het werk blijken echter niet met de kans op werkhervatting samen te hangen. Wel blijkt dat de werkhervattingkans groter is wanneer de oorzaak van de ziekmelding is gelegen in de emotionele belasting buiten het werk. De verklaring kan zijn dat deze oorzaak vaak van tijdelijke aard is en lang niet altijd negatief hoeft te zijn (denk bijvoorbeeld aan de geboorte van een kind). In dergelijke situaties is er vaak geen aanleiding voor verzuim dat duurt tot het einde van het eerste ziektejaar.

*Spelen het werk en de acties van de werkgever een rol bij werkhervatting?*

Een hoge werkdruk bleek een belemmering te vormen voor het volledig hervat zijn aan het einde van het eerste ziektejaar. Uit de univariante analyses blijkt dat wanneer de werkgever maatregelen neemt om het takenpakket te veranderen, te verlichten, of de werknemer korter te laten werken, dit samenhangt met een grotere hervattingskans. We zien echter ook dat slechts een beperkt aantal werkgevers dit soort maatregelen neemt. Ruim de helft van de werknemers vindt omstreeks 4/5 maand na de ziekmelding dat de werkgever te weinig voor hen doet.

Na correctie voor de invloed van andere variabelen blijkt een hoge werkdruk nog steeds gepaard te gaan met een kleinere werkhervattingskans. Eventuele maatregelen van de werkgever leveren geen eigen bijdrage meer aan de voorspelling van werkhervatting.

Verder laten de resultaten van de analyses zien dat de kans op werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar kleiner wordt, als een werknemer na 4/5 maanden verzuim nog overgeplaatst wordt naar een andere werkplek of afdeling. Wellicht kost het veranderen van werkplek of afdeling na 4/5 maanden verzuim zoveel energie, dat de werknemer daardoor nog niet volledig hervat is. Het zou interessant zijn nader te onderzoeken of deze werknemers op langere termijn, na het einde van het eerste ziektejaar, wellicht wel weer volledig zijn hervat.

## **7.9 Conclusies ten aanzien van volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar**

Werkhervatting na uitval om psychische redenen is één van de centrale thema's van dit onderzoek. Om hier meer inzicht in te krijgen is een

cohort van 555 werknemers gedurende een jaar gevolgd. Het betrof werknemers die 12-20 weken verzuimenden als gevolg van psychische klachten of psychosociale problemen. Een groot deel van hen (79%) werd een jaar na het eerste interview opnieuw uitgebreid geïnterviewd over hun gezondheid en werkhervatting. Het blijkt dat de helft van deze groep werknemers met langdurig verzuim (51%) het werk aan het einde van het eerste ziektejaar weer volledig heeft hervat. Deze werkhervatting blijkt redelijk stabiel: 91% is een half jaar later nog steeds aan het werk. Van de werknemers die aan het eind van het eerste ziektejaar niet hervat zijn, is een groot deel een half jaar later alsnog volledig of gedeeltelijk aan het werk. Diegenen die dan nog helemaal niet aan het werk zijn, geven meestal aan dat zij niet fit genoeg zijn.

De meeste hervatters (81%) keren terug naar hun eigen werkgever. De werkomstandigheden waren nagenoeg gelijk gebleven. Dat geldt niet voor diegenen die bij een andere werkgever zijn hervat. Hun beroep is vaak veranderd, hoewel toch nog wel vaak in dezelfde 'functiecategorie', en de lichamelijke en psychische belasting van het werk is minder geworden. Een flink aantal werknemers zijn korter gaan werken bij hun nieuwe werkgever, maar anderen zijn juist langer gaan werken. Het gaat in al die gevallen om structurele veranderingen in de werktijd.

De belangrijkste voorspellers, zoals zowel univariaat als multivariaat significant bleken, zijn in tabel 7.10 samengevat.

Tabel 7.10 Samenvatting van significante voorspellers van werkherhvatting, zowel op basis van de univariate, als de multivariate toetsing. Wanneer het kenmerk alleen voor één van beide seksen een voorspeller is, is dit cursief aangegeven.

Categorie	Grotere/kleinere kans op werkherhvatting		
	Univariate toetsing	Groter/kleiner	Multivariate toetsing
Achtergrondvariabelen	Jong	groter	-
	Alleenstaand (ja)	kleiner	-
	Belast met zorg voor anderen (vrouwen)	groter	-
Werk	Goede werkzekerheid (ja)	groter	-
	Hoge kwant. taakeisen (ja)	kleiner	kleiner
	Goede onderlinge sfeer (ja)	groter	-
Gedeeltelijk/therapeutisch hervat	12-20 weken na ziekmelding (ja)	groter	-
	4/5 mnd na ziekmelding (ja)	groter	-
	Toekomstverwachting 4/m mnd na ziekmelding (nooit meer kunnen werken)	kleiner	<i>Toekomstverwachting (nooit meer...); alleen mannen</i>
(Psychische) gezondheid	Depressie t1 (hoog)	kleiner	-
	Depressie t2 (hoog)	kleiner	kleiner
	GHQt2	kleiner	-
Oorzaak ziekmelding	Oorzaak: emotionele bel. thuis	groter	groter
	Oorzaak: stress in thuissituatie	kleiner	<i>Oorzaak: stress in thuissituatie; alleen vrouwen</i>
	Oorzaak: aandoening	kleiner	-
Interventies 2 mnd. Voor ziekmelding	Oorzaak: gezondheidsklachten	kleiner	-
	Contact huisarts (ja)	kleiner	-
	Psycholoog bezocht (ja)	kleiner	-
Interventies eerste vier weken na ziekmelding	Aantal keer contact bedrijfsarts > 2x	groter	groter
	Initiatief bij bedrijfsarts (ja)	kleiner	-
	<i>Contact ging over aandoening (Mannen: ja)</i>	kleiner	-
	<i>Contact met fysiotherapeut (etc.) (vrouwen: ja)</i>	kleiner	-
	Diagn. consult bij alternatieve genezer/ hulpverlener (ja)	kleiner	-
	<i>Zelf acties ondernomen (met name mannen: ja)</i>	groter	-

Categorie		Grotere/kleinere kans op werkherhvatting	
	Univariate toetsing	Groter/kleiner	Multivariate toetsing
Interventies vanaf 5 weken tot 4/5 mnd na ziekmelding	Contact bedrijfsarts over aandoening (ja)	kleiner	-
	Contact bedrijfsarts therapiesessie (ja)	kleiner	-
	Huisarts/specialist heeft behandelplan besproken (ja)	kleiner	-
	Aantal contacten met huisarts: > 2	kleiner	-
	Initiatief contact huisarts: werknemer	kleiner	-
	Contact huisarts, gesprek over klachten/aandoening (ja)	kleiner	-
	<i>Diagn. consult bij alternatief genezer/ hulpverlener (ja; vrouwen)</i>		-
	Werkgerichte maatregelen werkgever (ja)	groter	-
	Werkherhvatting weerhouden door huisarts (ja)	groter	groter
Interventies vanaf 4/5 mnd na ziekmelding tot einde eerste ziektejaar of eerder bij volledige werkherhvatting	Contact bedrijfsarts > 2 keer	kleiner	kleiner
	Contact bedrijfsarts over aandoening	kleiner	-
	Contact bedrijfsarts over arbo	kleiner	-
	Bedrijfsarts adviseert werkaanpassing	kleiner	-
	Bedrijfsarts adviseert inzake conflict	kleiner	-
	Bedrijfsarts verwijst door	kleiner	-
	Contact huisarts > 2 keer	kleiner	-
	Contact huisarts over aandoening	kleiner	-
	<i>Contact huisarts over arbo (alleen vrouwen)</i>	kleiner	-
	Huisarts doet minimaal 1 interventie of advies	kleiner	-
	<i>Huisarts schrijft rust voor (alleen vrouwen)</i>	kleiner	-
	Huisarts schrijft medicijnen voor	kleiner	-
	Huisarts verwijst door	kleiner	-
	Contact met meerdere hulpverleners > 1	kleiner	kleiner
	Aantal keer psycholoog bezocht, initiatief huisarts of bedrijfsarts	kleiner	-
	Advies psycholoog: reductie van klachten	kleiner	-
	Therapie psycholoog: beter omgaan met problemen	kleiner	-
	Contact therapeut bew. Apparaat	kleiner	-
	Ziekenhuisopname (ja)	kleiner	-
	Opname psychiatrische afdeling (ja)	kleiner	-
	Verzekeringsgeneeskundige gezien (ja)	kleiner	Niet opgenomen
	Arbeidsdeskundige gezien (ja)	kleiner	Niet opgenomen
Acties werkgever	Maatregelen gericht op vermindering van taken/korter werken vanaf 5 weken tot 4/5mnd na ziekmelding	groter	-
	Werkgever actie ondernomen vanaf 4/5 na de ziekmelding mnd (minder taken/korter werken)	groter	-

Categorie	Grotere/kleinere kans op werkherhvatting		
	Univariate toetsing	Groter/kleiner	Multivariate toetsing
Acties werknemer	Verandering van werkplek of afdeling	kleiner	kleiner
	Werkgever 1 actie, geen 0, maar ook niet méér dan 1	groter	-
	Zelf acties ondernomen in de eerste 4 weken na ziekmelding (sport, cursus e.d. $p=.07$ )	groter	-
	Contact met collega's, initiatief werknemer, eerste 4 weken na ziekmelding ( $p=.06$ )	groter	-
	Werknemer wilde werken, maar werd weerhouden door huisarts, vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	groter	groter

### Conclusies hoofdstuk 7:

- In dit cohort werknemers blijkt dat ruim 50% van de werknemers, die deelnamen aan de eerste en tweede meting het onderzoek, het werk aan het einde van het eerste ziektejaar volledig hervat hebben. Een half jaar later is 9% van deze groep weer ziek geworden. Van diegenen die aan het einde van het eerste ziektejaar nog niet volledig zijn hervat is 25% dat een half jaar later wel en 41% is dan gedeeltelijk hervat.
- Ruim 80% van diegenen die volledig zijn hervat, werkt nog bij de oude werkgever.
- Hervatting bij een nieuwe werkgever gaat gepaard met minder lichamelijke en psychische werkbelasting. Een groot deel van de werknemers die bij een nieuwe werkgever gaat werken verandert van beroep, maar in de helft van deze gevallen blijft het in eenzelfde 'categorie'. Een deel van hen gaat korter werken, maar een deel gaat ook langer werken.
- De belangrijkste voorspellers voor volledige werkherhvatting in het hele cohort zijn:
  - o Hoge kwantitatieve taakeisen (kleinere hervattingkans);
  - o Blijvende depressieve klachten (kleinere hervattingkans);
  - o Belangrijkste oorzaak van ziekmelding is de emotionele belasting in de thuis/privé situatie (grotere hervattingkans);

- o Frequent contact ( $> 2$  keer) met bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding (grotere hervattingkans);
  - o Meer dan één contact met de bedrijfsarts vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding (kleinere hervattingkans);
  - o Contacten met meerdere hulpverleners vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding (kleinere hervattingkans);
  - o Werkgevers verplaatsen na 4/5 maanden na de ziekmelding iemand nog naar een andere werkplek of afdeling (kleinere hervattingkans).
- Veel variabelen die in de univariate analyses significant samenhangen met volledige werkhervatting blijven in de multivariate analyses geen voorspellende waarde meer te hebben. Er is blijkbaar een dusdanige samenhang tussen de verschillende voorspelers onderling, dat er geen eigen onafhankelijke bijdrage overblijft.
- Zo draagt ook vroegtijdige (gedeeltelijke of therapeutische) werkhervatting (multivariaat) niet bij aan de verklaring van volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Mogelijke reden hiervoor is dat deze gedeeltelijke werkhervatting sterk samenhangt met het niveau van depressieve klachten, en de getroffen acties van vooral artsen en andere hulpverleners.
- De verschillen in resultaten tussen de univariate en multivariate analyses kunnen als volgt worden samengevat. De aanwezigheid van depressieve klachten (maar niet burnout) en activiteiten van de artsen en hulpverleners hangen univariaat sterk samen met een kleinere kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar. Gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting gaat univariaat sterk samen met een grotere kans op volledige werkhervatting. De psychische klachten zoals vastgesteld aan het begin van het onderzoek, evenals de gedeeltelijke/therapeutische werkhervatting en vele acties van artsen en hulpverleners blijken geen onafhankelijke bijdrage te leveren aan werkhervatting in de multivariate analyses. Blijkbaar heffen de afzonderlijke effecten elkaar op wanneer zij als voorspeller in één analyse worden opgevoerd.

## 8 Voorspellers van reductie in psychische klachten

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de mate waarin de klachten van de werknemers verminderden tussen de eerste en tweede meting. Vervolgens zullen de resultaten worden besproken van analyses naar de factoren die het verminderen van klachten kunnen voorspellen. De opbouw van dit hoofdstuk is in grote lijnen gelijk aan die van hoofdstuk zeven. Eerst wordt ingegaan op de kenmerken van de groepen werknemers waar wel en niet sprake is van vermindering van klachten. Vervolgens wordt nagegaan welke variabelen univariaat samenhangen met vermindering van klachten. Variabelen die univariaat significant samenhangen met vermindering van klachten worden tenslotte multivariaat geanalyseerd. Ook nu worden de variabelen bloksgevijs ingevoerd in de multivariate analyse.

De resultaten van de multivariate analyse geven aan wat de meest belangrijke onafhankelijke voorspellers van klachtenvermindering<sup>6</sup> weer.

In paragraaf 8.2 zal eerst worden ingegaan op de kenmerken van werknemers bij wie wel en niet een vermindering van klachten is vastgesteld. In paragraaf 8.3 zal worden ingegaan op de resultaten van de univariate analyses en in paragraaf 8.4 wordt ingegaan op de resultaten van de multivariate analyse. In paragraaf 8.5 zullen de voorspellers die univariaat en multivariaat met klachtenvermindering samenhangen worden samengevat en bediscussieerd.

### 8.2 Klachtenvermindering

In hoofdstuk 7 werd duidelijk dat de gecombineerde schaal voor het classificeren van psychische klachten minder eenduidig samenhang met werkhervatting dan de afzonderlijke schalen. Met name de depressiescores bleken goed te differentiëren tussen wel en geen volledige werkhervatting. De UBOS was minder geschikt voor dit cohort langdurig zieken (zie hoofdstuk 7) en de GHQ meet meer het algemeen onwelbevinden, inclusief lichamelijke klachten. De SCL-90-angst schaal vertoont zeer grote overlap met de SCL-90 depressie

---

<sup>6</sup> Als maat van klachtenvermindering is gekozen voor de Depressie-schaal van de SCL-90. Dit is een gevalideerde schaal voor het meten van depressieve gevoelens en gedachten in de afgelopen maand. De SCL-90 is afgenomen in interview 1 (na ongeveer 4 maanden ziekteverzuim) en in interview 2 (na ongeveer 18 maanden ziekteverzuim).

schaal (zie hoofdstuk 4). Om al deze redenen wordt in dit hoofdstuk de vermindering van klachten geoperationaliseerd als een vermindering van klachten op de SCL-90 depressieschaal.

De verandering in depressieve klachten tussen eerste en tweede meting is uitgedrukt in een verschuiving in tertielen welke zijn vastgesteld op basis van eerste meting. De tertielen zijn voor mannen en vrouwen apart berekend, omdat vrouwen systematisch hoger op deze vragenlijst scoren dan mannen en er voor mannen en vrouwen ook aparte normtabellen bestaan. Zo blijft de verdeling van mannen en vrouwen in de tertielen van de eerste meting gelijk. Voor mannen zijn als afkappunten de waarden 26, en 38 gehanteerd als grens tussen laag en gemiddeld, respectievelijk gemiddeld en hoog. Voor vrouwen zijn als afkappunten 28, en 41 gehanteerd als grens tussen laag en gemiddeld, respectievelijk gemiddeld en hoog (Arrindell & Ettema, 1986). De resultaten zijn van de verandering in depressieve klachten is weer gegeven in tabel 8.1.

Tabel 8.1 De verandering in depressieve klachten (SCL-90-depressie) tussen T1 (eerste meting) en T2 (tweede meting). De grenzen van de tertielen zijn gebaseerd op de uitkomsten van de eerste meting.

Eerste meting	Tweede meting		
	Tertiel 1	Tertiel 2	Tertiel 3
Tertiel 1 lage score	116	25	7
Tertiel 2 gemiddelde score	87	43	15
Tertiel 3 hoge score	55	47	41

Tabel 8.1 laat zien dat 200 werknemers (116 + 43 + 41) in hetzelfde tertiel zijn gebleven, waarvan er overigens 116 van meet af aan laag scoren op depressie, dat 189 werknemers (87 + 55 + 47) minimaal één tertiel zijn gedaald, maar ook dat 47 werknemers (25 + 7 + 15) naar een hoger tertiel zijn gestegen op de depressie schaal.

In bijlage 5 wordt een nadere beschrijving gegeven van de kenmerken van de stijgers, dalers en gelijkblijvers. Daaruit blijkt dat alleen de verdeling naar leeftijd een significant verschil laat zien tussen deze drie groepen. Jongere werknemers (tot 35 jaar) en oudere werknemers ( $\geq 55$  jaar) behoren vaker tot de stijgers.



Om de voorspellers van klachtenvermindering nader te kunnen onderzoeken zijn veel methoden mogelijk. Dalers kunnen worden afgezet tegen de groep die niet daalt, maar ook kan het verschil tussen de twee metingen worden getoetst. Bij de keuze moet meegewogen worden dat de werknemers die geen klachten hebben op beide metingen, niet bijdragen aan het contrast tussen wel of geen vermindering van klachten.

Er is hier gekozen voor de meest eenvoudige methode: uitgaande van de mediaan van de verschillscores. Dit bleek 10 punten te zijn. De groep werknemers is vervolgens in tweeën gedeeld: een groep waarbij de depressiescore tenminste 10 punten (de mediaan) is gedaald ( $n=162$ ), en de groep waarbij de depressiescore minder dan 10 punten is gedaald, gelijk is gebleven, of zelfs is gestegen ( $n=144$ ). Deze daling van 10 punten is overigens niet alleen statistisch, maar ook klinisch een betekenisvolle daling (Arrindell & Ettema, 1986). De analyses in dit hoofdstuk hebben dus betrekking op 306 werknemers. Omdat de analysegroep veel kleiner is dan het totale cohort, worden in dit hoofdstuk geen analyses gedaan om sekseverschillen bij de vermindering van klachten nader te onderzoeken.

### **8.3 Univariante verschillen tussen wel en geen daling in psychische klachten**

Een overzicht van de univariaat significante voorspellers is opgenomen in tabellen 8.2 tot en met 8.8. Bij vragen met twee antwoordcategorieën verschillen de percentages van beide groepen significant ( $p < .05$ ). Bij vragen met meer antwoordmogelijkheden is de antwoordcategorie die significant verschilt van de andere aangegeven met een asterisk (\*). De variabelen die niet significant univariaat voorspellen zijn dus niet opgenomen in de tabellen.

Tabel 8.2 laat zien dat mannen en lager opgeleiden een kleinere kans hebben op klachtenvermindering. De klachten verminderden bij 45 % van de mannen en bij 60% van de vrouwen. Voor de 11 mensen met alleen lagere school verminderden de klachten slechts bij twee personen (18%). Omdat voor een multivariate analyse tenminste vijf personen in iedere 'cel' vereist zijn, is deze variabele niet meegenomen in de multivariate analyse in paragraaf 8.4.

Tabel 8.2 Achtergrondvariabelen en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven (d.w.z. de percentages tellen horizontaal op tot 100%).

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		Betekenis significante verschillen (p<.05)
	Totale groep		
	% ja (n=162)	% nee (n=144)	
Geslacht			
• Man (n=140)	45	55	Vrouwen meer kans op KV
• Vrouw (n=166)	60	40	
Opleiding			
• Lagere school (n=11)	18#	82	Overige school meer kans op KV
• Overig (n=295)	46	54	

# n in deze cel te klein voor multivariate toetsing

Terwijl de werkkenmerken in de analyses voor werkherhervatting in hoofdstuk 7 een ondergeschikte rol spelen, hangt een opvallend groot aantal variabelen samen met een geringere kans op klachtenreductie (zie tabel 8.3): werkzaam in landbouw, kostwinner, niet-administratieve beroepen, fulltime contract, leidinggevend, werkend in klein of groot bedrijf, en werkend in ruimte met giftige gassen. Opvallend is dat deze werkkenmerken vooral gelden voor mannelijke werknemers. Uit tabel 8.2 bleek dat vrouwen een grotere kans hebben op klachtenvermindering. Of nu het geslacht van de werknemer of de werkkenmerken bepalend zijn voor het voorspellen van vermindering van klachten zal uit de multivariate analyses moeten blijken (zie paragraaf 8.4).

Werknemers met problemen met leiding en collega's hebben een grotere kans hebben op klachtenvermindering. Dat is in lijn met de bevinding dat emotionele belasting op het werk als oorzaak van de ziekmelding samenhangt met klachtenvermindering (zie tabel 8.6). Een mogelijke verklaring is dat wanneer conflicten op het werk de oorzaak zijn van de klachten, deze in de meeste gevallen niet chronisch worden. Mogelijk zijn de conflicten tijdig opgelost, of is de werknemer in staat om te gaan met de conflicten door ze eenvoudig uit de weg te gaan (bijvoorbeeld door langdurig verzuim of door het vinden van een andere werkring).

Tabel 8.3 Werkkenmerken en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		
	Totale groep % ja (n=162)	% nee (n=144)	Betekenis significante verschillen ( $p < .05$ )
Branche:			
• Landbouw (n=4)	0 #	100	
• Overig (n=296)	55	45	Overig meer kans op KV
Kostwinner			
• Ja (n=183)	46	54	
• Nee (n=123)	63	37	Overig meer kans op KV
Beroep			
• Administratief (n=55)	35 #	65	Administratief meer kans op KV
• Overig (n=251)	50	50	
Werktijd volgens contract			
• 30 uur of meer (n=217)	49	51	
• minder dan dertig uur (n=89)	63	37	Parttimers meer kans op KV
Leidinggevend			
• ja (n=74)	42	58	
• nee (n=232)	56	44	Niet-leidinggevend meer kans op KV
Bedrijfsgrootte			
• 1-10 werknemers (n=51)	47	53	
• 11-50 werknemers (n=106)	61	39 *	11-50 werknemers in bedrijf meer kans op KV
• 51-100 werknemers (n=54)	43	57	
• 101-500 werknemers (n=65)	52	48	
• meer dan 500 werknemers (n= 30)	53	47	
Problemen leiding en collega's (int 1)			
• Vrijwel geen problemen (0-1) (n=113)	43	57	Geen problemen minder kans op KV
• Lichte problemen (2-3) (n=77)	52	48	
• Zware problemen (4-5) (n=116)	63	37	Veel problemen meer kans op KV
Fysiek zwaar werk			
• Giftige gassen in werkrimte (n=24)	29	71	Giftige gassen minder kans op herstel
• Overige (incl. geen fysiek zwaar werk) (n=282)	55	45	

# n te klein voor multivariate toetsing;

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

Gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting omstreeks 12-20 weken en 4/5 maanden na de ziekmelding hangt niet samen met een reductie van klachten na anderhalf jaar (zie tabel 8.4). Integendeel, werknemers die ten tijde van de screener therapeutisch, of 4/5 maanden na de ziekmelding gedeeltelijk aan het werk zijn hebben juist een

kleinere kans op klachtenvermindering. Hierbij moet worden aangetekend dat de analyses zich beperken tot werknemers die tijdens het eerste interview hoog scoorden op depressie. Mogelijk heeft (partieel of therapeutisch) werken met depressieve klachten uiteindelijk een negatief lange termijn effect op de klachten. Opvallend is dat de afhankelijke variabele uit het vorige hoofdstuk – volledige werkhervatting na een jaar – univariaat geen significante samenhang heeft met de kans op klachtenvermindering.

Tabel 8.4 Werkhervatting ten tijde van screener en het eerste interview en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		
	Totale groep		Betekenis significante verschillen (p<.05)
	% ja (n=162)	% nee (n=144)	
Werkhervatting 12-20 weken na de ziekmelding (screener)			
• Ja gedeeltelijk (n=52)	54	46	Therapeutische werkhervatting minder kans op KV
• Ja, therapeutisch (n=57)	40	60*	
• Nee (n=197)	56	44	
Werkhervatting na vijf maanden (interview 1)			
• Nee (n=169)	59	41*	Niet hervat meer kans op KV
• Ja therapeutisch (n=59)	48	52	Gedeeltelijke werkhervatting minder kans op KV
• Ja, gedeeltelijk (n=52)	38	62*	
• Ja geheel (n=26)	57	43	

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

In het onderzoek zijn de vragenlijsten met vragen over de door de werknemer zelf ervaren aard en ernst van de psychische klachten tweemaal afgenomen. In tabel 8.5 wordt de samenhang weergegeven tussen de uitkomsten van de ze vragenlijsten en klachtvermindering. De angstschaal is in verband met de hoge correlatie met de depressieschaal niet opgenomen.

Tabel 8.5 Klachten ten tijde van screener, eerste interview en tweede interview en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven, met uitzondering van de scores op vragenlijsten: daar zijn gemiddelden weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		
	Totale groep		Betekenis significante verschillen ( $p < .05$ )
	% ja (n=162)	% nee (n=144)	
GHQ-score (interview 1)			
• Laag; 0 t/m 6 (n=64)	39	61	
• Hoog; 7 t/m 10 (n=130)	45	55	
• Zeer hoog; 10 en hoger (n=112)	70	30 *	Hoge score op GHQ meer kans op KV
GHQ-score (interview 2)			
• laag; 0 t/m 6 (n=227)	60	40 *	Lage score GHQ meer kans op KV
• hoog; 7 t/m 10 (n=60)	33	67	
• zeer hoog; 10 en hoger (n=19)	26	74	
UBOS- cynisme/distantie score (interview 2)	49	51	
• laag; 0 tm 1.25 (n=72)	44	56	Hoge score op UBOS-Distantie meer kans op KV
• hoog; 1.26-2.50 tm 10 (n=113)	64	36 *	
• zeer hoog; 2.50 en hoger (n=121)			
Belangrijkste klacht als oorzaak ziekmelding (screener)			
• Psychische klachten (n=154)	62	38 *	Psychische klachten meer kans op KV
• Letsel t.g.v. ongeval (n=14)	50	50	
• Rugklachten (n=18)	22 #	78 *	Rugklachten minder kans op KV
• Klachten hand, pols elleboog (n=13)	54	46	
• Overig (n=76)	42	58 *	Overig minder kans op herstel

# n te klein voor multivariate toetsing;

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

Een hoge GHQ-score op de eerste meting en een lage GHQ-score op de tweede meting hangen samen met psychisch herstel (zie tabel 8.5). Dit is volgens verwachting, omdat de GHQ-schaal een licht verband vertoont met de depressieschaal van de SCL-90. Een hoge score op de UBOS-schaal distantie tijdens het eerste interview hangt ook samen met een grotere kans op klachtenvermindering.

Werknemers die aangeven dat de oorzaak van de ziekmelding met psychische klachten samenhangt, hebben een grotere kans op klachtenvermindering. Dit is waarschijnlijk een artefact. De kans is groot

dat deze werknemers ten tijde van het invullen van de screener en het eerste interview ook daadwerkelijk veel psychische klachten hadden, en derhalve oververtegenwoordigd zijn onder in de groep werknemers waarop de analyses in dit hoofdstuk betrekking hebben (werknemers met een gemiddelde of hoge score op de depressieschaal). De kans dat de klachten kunnen dalen is daarmee ook groter.

In tabel 8.6 zijn de significante samenhangen tussen oorzaken van verzuim, zoals aangegeven door de werknemer, en vermindering van klachten weergegeven.

Tabel 8.6 Oorzaak ziekteverzuim volgens werknemer na vier maanden verzuim en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		Betekenis significante verschillen ( $p < .05$ )
	Totale groep % ja (n=162)	% nee (n=144)	
Oorzaak buiten het werk			
• Relatie met partner en/of kinderen (n=25)	76 50	24 50	Relatieproblemen meer kans op KV
• Overig (n=277)			
Oorzaak binnen het werk			
• Emotionele belasting (n=67)	64	36	Emotionele belasting werk meer kans op KV
• Overig (n=236)	49	51	

Uit tabel 8.6 blijkt dat van alle mogelijke oorzaken alleen de relatie met de partner en de emotionele belasting op het werk samenhangen met (een grotere kans) op klachtenvermindering. Het is niet direct duidelijk welke interpretatie hieraan moeten worden gegeven. Mogelijk gaat het om oorzaken die op redelijke korte termijn aangepakt en opgelost kunnen worden (relatieproblemen?). Maar ook kan het gaan om problemen die leiden tot langdurig verzuim. Op de tweede meting heeft men dan weinig last van klachten omdat het werk nog steeds niet hervat is (emotionele belasting op het werk?).

In tabel 8.7 is de informatie over de contacten met artsen en andere hulpverleners tot en met 4/5 maanden na de ziekmelding samengevat. Opvallend is dat een enkel contact met de huis- en bedrijfsarts in de eerste maand na ziekmelding samenhangt met een grotere kans op herstel. Wanneer de huisarts in die periode niet wordt bezocht is er

minder kans op klachtenvermindering. Wanneer met de huisarts is gesproken over conflicten op het werk is er meer kans op klachtenvermindering. Dit is in lijn met de eerdere bevinding dat emotionele belasting op het werk samenhangt met klachtenvermindering op de lange termijn.

Tabel 8.7 Behandelingen tot 4-5 maanden na ziekmelding en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		
	Totale groep		Betekenis significante verschillen ( $p < .05$ )
	% ja (n=162)	% nee (n=144)	
Aantal keer bedrijfsarts bezocht in eerste maand			
• Niet bezocht (n=103)	47	53	Een of twee bezoeken meer kans op KV
• Een of twee (n=172)	58	42 *	
• Meer dan twee keer (n=31)	45	55	
Aantal keer huisarts bezocht in eerste maand			
• Niet bezocht (n=83)	42	58 *	Huisartsbezoek meer kans op KV
• Een of twee (n=151)	58	42	
• Meer dan twee keer (n=72)	56	44	
Initiatief huisartsbezoek in eerste maand			
• Werknemer (n=196)	58	42	Werknemer initiatief meer kans op KV
• Overig (n=110)	44	56	
Initiatief huisartsbezoek in eerste maand			
• Bedrijfsarts (n=5)	100	0 #	Bedrijfsarts initiatief meer kans op KV
• Overig (n=301)	52	48	
Contact met huisarts in eerste maand over			
• Conflicten werk (n=20)	75	25	Contact met huisarts over conflicten meer kans op KV
• Overig (n=286)	51	49	

# n te klein voor multivariate toetsing;

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

Opvallend is verder dat in het enkele geval dat het initiatief voor het huisartsbezoek bij de bedrijfsarts lag, de kans op klachtenvermindering groter was. Helaas is het aantal werknemers waarvoor dit het geval erg kleine. Deze variabele kon niet opgenomen worden in de multivariate analyses.

In tabel 8.8 is de informatie uit het tweede interview over de contacten met artsen en andere hulpverleners vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding samengevat. Wanneer werknemers vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding een psycholoog bezoeken en daar leren omgaan met hun problemen, hebben ze meer kans op klachtenvermindering. Dit is een opvallende uitkomst, omdat dit waarschijnlijk ook de werknemers zijn met de meeste klachten. Daarnaast zijn het mogelijk ook de mensen met het meeste ziekte-inzicht.

Werknemers die achteraf aangaven dat ze het meest hebben gehad aan hun fysiotherapeut en andere hulpverleners op het gebied van het bewegingsapparaat, hebben minder kans op psychische klachtenvermindering. Dit is lastig te interpreteren. Mogelijk zijn dit werknemers die hun klachten vooral definiëren als lichamelijk en daarvoor ook behandeld worden. De psychische klachten blijven echter bestaan. Opname in het ziekenhuis of een psychiatrische inrichting hangt samen met minder kans op klachtenvermindering. De aantallen zijn echter erg klein.

Gebeurtenissen in de thuissituatie die volgens de werknemer een negatief effect hebben op de gezondheid, hangen samen met een geringere kans op klachtenvermindering (tabel 8.9). Uit tabel 8.9 blijkt ook dat verwachtingen over de werksituatie sterk samenhangen met de kans op klachtenvermindering. Met name de werknemers die denken dat ze nooit meer zullen werken hebben een zeer kleine kans op vermindering van klachten. Dat de toekomstvisie op het werken over een jaar samenhangt met klachtenvermindering kan op twee verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds kunnen de sombere perspectieven de depressieve klachten in stand houden, dan wel positieve perspectieven bijdragen aan klachtenvermindering. Anderzijds kan ook het in stand blijven van depressieve klachten het toekomstbeeld bepalen of versluieren.



Tabel 8.8 Behandelingen in de tweede helft van het eerste ziektejaar tot anderhalf jaar na ziekmelding (en over alle perioden heen) en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		
	Totale groep		Betekenis significante verschillen
	% ja (n=162)	% nee (n=144)	( $p < .05$ )
Gedragsadviezen van huisarts (interview 2)			
• Geen (n= 294)	50	50	Geen interventie: meer kans op KV
• 1 of meer (n=12)	25 #	75	
Inhoud therapie psycholoog			
• omgaan problemen (n=27)	78	22	Leren omgaan met problemen meer kans op KV
• overig (incl. geen psycholoog) (n=279)	51	49	
Aan welke hulpverlener achteraf het meest gehad?			
• Specialist bewegingsapparaat (n=20)	25	75	Overig: meer kans op KV
• Overig (n=286)	55	45	
Aantal soorten therapie psycholoog			
• 2 soorten (n=9)	88	12 #	Twee soorten meer kans op KV
• overig (incl. geen psycholoog) (n=306)	53	47	
Ziekenhuisopname in tweede helft ziektejaar (interview 2)			
• Ja (n=37)	25 #	75	Geen opname meer kans op KV
• Nee (n=269)	53	47	
Opname psychiatrie in hele periode			
• Ja (n=4)	25 #	75	Geen opname meer kans op KV
• Nee (n=302)	53	47	

# n te klein voor multivariate toetsing;

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

Acties van de werkgever hangen voor de groep als geheel niet samen met klachtenvermindering, maar laat een opvallend, en tegengesteld verband zien voor mannen en vrouwen. Bij mannen betekent het ontbreken van dergelijke acties in de periode vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding minder kans op klachtenreductie terwijl bij vrouwen juist sprake is van een grotere kans hierop. In het vorige hoofdstuk zagen we dat acties van de werkgever in deze periode voor mannen samenhangt met een grotere kans op volledige werkhervatting, bij de vrouwen (nog) niet. Omdat deze variabele voor mannen en vrouwen zo'n opvallend verschillende samenhang heeft met klachten-

vermindering, is deze in de multivariate analyse ook samen met geslacht als interactieterm meegenomen.

**Tabel 8.9** Ontwikkelingen thuis en rond werk aan het einde van ziektejaar en daarna en klachtenvermindering (univariaat getoetst op  $p < .05$ ). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven.

Omschrijving	Kans op klachtenvermindering		Betekenis significante verschillen ( $p < .05$ )
	Totale groep % ja (n=162)	% nee (n=144)	
Effect verandering privé-situatie op gezondheid			
• Nee (231)	54	46	
• Ja, negatief (n=29)	35	65*	Ja, negatief minder kans op KV
• Ja, positief (n=46)	61	39	
Arbeidskundige van uvi gezien na eerste maand tot vier maanden			
• Ja (n=6)	25 #	75	Arbeidsdeskundige gezien meer kans op KV
• Nee (n=300)	53	47	
Verwachting werknemer werksituatie over een jaar (interview twee, anderhalf jaar na ziekmelding)			
• Nooit meer kunnen werken (n=16)	19 #	81*	Nooit meer werken minder kans op KV Gewoon werken meer kans op KV
• Gewoon werken in eigen werk (n=164)	60	40*	
• Kunnen werken, niet in eigen werk (n=64)	55	45	
• Misschien wel weer uitgevallen (n=19)	58	42	Anders minder kans op KV
• Anders (n=43)	35	65*	
Actie werkgever in verband met klachten: een maand tot vier maanden na ziekmelding			Niet significant. Wel significant voor mannen en vrouwen apart. Voor vrouwen geldt: geen actie meer kans op KV. Voor mannen is dat andersom.
• Actie	53	47	
• Geen actie	53	47	

# n te klein voor multivariate toetsing;

\* significant verschil t.o.v. andere antwoordcategorieën

## 8.4 De belangrijkste voorspellers van reductie in psychische klachten

In deze paragraaf worden de resultaten van de multivariate analyses besproken. Op basis van de univariate analyses komen 24 van de

hierboven beschreven voorspellers in aanmerking voor de multivariate analyses. Vanwege de kleine aantallen en de grote conditionele samenhang zijn enkele van de hierboven beschreven voorspellers, zoals het hebben gezien van de verzekeringsgeneeskundige en opname in een ziekenhuis of psychiatrische inrichting, niet in de multivariate analyses opgenomen.

In tegenstelling tot de voorspelling van werkhervatting zijn er uit de univariate analyses geen voorspellers naar voren gekomen die betrekking hebben op de periode voorafgaand aan de ziekmelding.

De multivariate analyses zijn stapsgewijs uitgevoerd. Per stap is een ‘blok’ variabelen opgenomen in de analyses (methode ‘enter’). Dit is als volgt gebeurd.

- Stap 1: De demografische achtergrondvariabelen, aspecten van de werksituatie, oorzaken van de ziekmelding, weer gedeeltelijk of therapeutisch aan het werk zijn ten tijde van het invullen van de screener (12-20 weken ziek) of het eerste interview (circa 4/5 maanden na ziekmelding)
- Stap 2: Interventies door artsen en hulpverleners gedurende verschillende perioden
- Stap 3: Veranderingen in de privé-situatie aan het einde ziektejaar en verwachtingen ten aanzien van de werksituatie in de toekomst, scores op de GHQ (eerste en tweede interview) en UBOS (eerste interview), acties van de werkgever, en klachten als oorzaak van de ziekmelding (screener).

In tabel 8.10 worden de resultaten van deze drie stappen samengevat.

Tabel 8.10 De belangrijkste voorspellers voor klachtenvermindering (alleen significante resultaten zijn opgenomen). OR=Odds Ratio;  $OR > 1$  grotere kans op klachtenvermindering, en  $OR < 1$  kleinere kans op klachtenvermindering (ref. = referentie met  $OR = 1,00$ ).

Variabele	OR-stap 1 Voor- spellers 1 <sup>e</sup> interview	OR-stap 2 Toevoe- ging interventies	OR (stap 3) Toe- voeging GHQ en UBOS	Kans op klachten- vermindering
<b>Stap 1</b>				
Leidinggevend				Leidinggevende minder kans op KV
• Ja	0.50 *	0.54	0.57	
• nee (ref.)				

Variabele	OR-stap 1 Voor- spellers 1 <sup>e</sup> interview	OR-stap 2 Toevoe- ging interventies	OR (stap 3) Toe- voeging GHQ en UBOS	Kans op klachten- vermindering
Bedrijfs grootte				Bedrijf met 11-50 werk- nemers meer kans op KV
• 11- 50 werknemers	2.03	2.50	4.98 **	
• overig (ref.)				
Problemen leiding en collega's (interview 1)				
• Vrijwel geen problemen (0- 1 ref.)			1.00	
• Problemen (2-3)	1.09	1.29	1.24	Veel problemen meer kans op KV
• Problemen (4-5)	2.27 **	2.52**	2.94**	
Fysiek zwaar werk				
• Giftige gassen in werkruim- te	0.33	0.27*	0.15 *	Giftige gassen in werk- ruimte minder kans op KV
• Overige fysiek werk (incl. geen; ref)				
Oorzaak buiten het werk				
• Relatie met partner en/of kinderen	3.48 *	2.54	2.81	Relatieproblemen in ge- zin meer kans op KV
• Overig (ref.)				
Werkherhvatting na vijf maan- den (interview 1)				
• Nee (ref.)	1.00	1.00	1.00	Gedeeltelijke werkhervat- ting minder kans op KV
• Ja gedeeltelijk	0.62	0.71	0.40	
• Ja, therapeutisch	0.40	0.31*	0.21*	
• Ja geheel	0.66	0.66	0.63	
<b>Stap 2</b>				
Aantal contacten huisarts in de eerste 4 weken na ziekmelding				
• 0 contacten (ref.)		1.00	1.00	Huisarts bezocht meer kans op KV
• 1 of 2 contacten		2.11	5.01*	
• meer dan 2 contacten		2.23	3.39	
<b>Stap 3</b>				
Effect verandering privé- situatie op gezondheid				Negatieve verandering minder kans op KV
• Nee, geen verandering (ref.)			1.00	
• Ja, positief			1.08	
• Ja negatief			0.28 *	

Variabele	OR-stap 1 Voor- spellers 1 <sup>e</sup> interview	OR-stap 2 Toevoe- ging interventies	OR (stap 3) Toe- voeging GHQ en UBOS	Kans op klachten- vermindering
Verwachting werknemer werk- situatie over een jaar				
• Nooit meer kunnen werken			5.03	
• Gewoon werken in eigen werk (ref.)			1.00	
• Kunnen werken, maar niet in eigen werk			2.93	
• Misschien wel weer uitge- vallen			9.47 *	Niet meer werken minder kans op KV
• Anders			1.15	
Actie werkgever i.v.m. klach- ten in periode 3 (van een maand t/m 5 maand na ziek- melding x geslacht)			7.70**	Vrouwen: geen actie meer kans Mannen: actie meer kans
GHQ-score (interview 1)				
• laag; 0 t/m 6 (n=64)			1.00	Hoge score op GHQ
• hoog; 7 t/m 10 (n=130)			1.08	screenen: meer kans op KV
• zeer hoog; 10 en hoger (n=112)			5.86 **	
GHQ-score (interview 2)				
• laag; 0 t/m 6 (n=227)			1.00	Hoge score GHQ tijdens
• hoog; 7 t/m 10 (n=60)			0.25**	2 <sup>e</sup> interview minder kans
• zeer hoog; 10 en hoger (n=19)			0.10 **	op KV

\* p < .05; \*\*p < .01; \*\*\* p < .001

Net als bij de stapsgewijze uitvoering van de multivariate regressies op werkhervatting, verandert ook hier bij iedere stap weinig aan de resultaten van eerdere stappen.

In de eerste stap met achtergrondvariabelen zijn het alleen kenmerken van de werksituatie die significant bijdragen aan klachtenvermindering. De resultaten van deze eerste stap kunnen als volgt worden samengevat. De vermindering van klachten tussen vier maanden en anderhalf jaar na de ziekmelding is *groter* wanneer:

- men in een redelijk klein bedrijf werkt (11-50 werknemers);
- er sprake is van (veel) problemen met collega's en leidinggeven-  
den;
- de werknemer vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding *niet*  
therapeutisch hervat is.

De voorspeller geslacht die univariaat wel significant was, is dat multivariaat niet meer. Ook de als 'typisch mannelijke' te omschrijven voorspellers (o.a. leidinggevende) zijn multivariaat niet meer significant.

In stap twee van de multivariate analyse worden de univariaat significante interventies als voorspellers toegevoegd. Er blijkt maar voorspeller over te blijven: het contact met de huisarts in de eerste maand na de ziekmelding. Er is wel sprake van een complex verband: het niet bezoeken, of het vaker dan tweemaal bezoeken gaat gepaard met een groter kans op vermindering van klachten. Dit verband is bovendien alleen significant als andere klachtenschalen zoals de GHQ in de derde stap worden toegevoegd. Alle overige interventies dragen niet significant bij aan de voorspelling van klachtenvermindering.

De kans op vermindering van klachten is *groter* wanneer:

- de werknemer de huisarts niet bezoekt of meer dan twee contacten heeft in de eerste vier weken na de ziekmelding;

In de derde stap worden de scores op de GHQ- en de UBOS-distantie toegevoegd. Een hoge GHQ-score op de screener en een lage GHQ-score tijdens het tweede interview hangen samen met klachtenvermindering. Dit is geen verrassing; de GHQ meet immers ook het psychische klachtenniveau. Dit is ook de reden geweest om deze voorspeller pas op te nemen in de laatste stap.

Wel is het zeer sterke verband – met een odds ratio van 7.70 - tussen de actie van de werkgever vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding (uitgesplitst naar mannen en vrouwen) opvallend. Mannen waarvoor de werkgever maatregelen neemt hebben meer kans op klachtenvermindering en vrouwen juist minder. Zoals al eerder opgemerkt is dit resultaat in lijn met het (univariate) resultaat van deze voorspeller voor werkhervatting. Bij de vrouwen 'werkte' de werkgeversmaatregelen ook niet als voorspeller voor werkhervatting tot 4/5 maanden na de ziekmelding, maar bij de mannen wel. Overigens hingen acties van de werkgever *vanaf* 4/5 maanden na de ziekmelding bij vrouwen wel (univariaat) samen met een grotere kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar.

Het feit dat een sombere toekomstvisie op het werken over een jaar samenhangt met een geringere kans op klachtenvermindering kan, zoals eerder aangegeven, op twee verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds kunnen de sombere perspectieven kunnen de

depressieve klachten in stand houden. Anderzijds kan het in stand blijven van depressieve klachten het toekomstbeeld ook bepalen en versluieren.

De odds ratio van de bedrijfsgrootte neemt in deze derde stap overigens opvallend toe. Dit is zonder nader onderzoek niet goed te verklaren. Mogelijke is er een samenhang met het opnemen van acties van de werkgever de derde stap van de analyse.

## 8.5 Toetsing van de aanvullende hypothesen

Het beantwoorden van de vraag wat de voorspellers zijn van klachtvermindering na uitval om psychische redenen is één van de hoofdoelen van dit onderzoek. Hoewel hiernaar nog niet zo veel onderzoek is gedaan, zijn er op basis van de literatuur wel een aantal hypothesen geformuleerd over oorzaken die van belang zijn voor de klachtvermindering (zie hoofdstuk 1).

De verwachtingen over de effecten van de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen kon niet worden getoetst omdat het zo weinig voorkwam. Vanwege de selectieprocedure zijn voor dit onderdeel van het onderzoek zijn geen aparte analyses voor mannen en vrouwen uitgevoerd.

Hieronder worden de hypothesen besproken.

*In hoeverre zijn persoonskenmerken mede bepalend voor klachtenvermindering?*

Opvallend genoeg hangen persoonskenmerken als geslacht en leeftijd niet samen met de kans op klachtenvermindering. Alleen het leidinggevend zijn hing samen met een grotere kans op klachtenvermindering, maar ook dit effect verdween op het moment dat de er voor de invloed van de contacten met de huis- en bedrijfsarts gecorrigeerd werd.

*Vroegtijdige interventie effectief ten aanzien van klachtenreductie?*

De aandacht bij het voorspellen van klachtenreductie richtte zich voor het onderzoek vooral op de interventies van de hulpverleners. De resultaten zijn in die zin zeer verrassend. Uit de multivariate analyses bleek dat van alle mogelijke voorspellers slechts één significant klachtenvermindering voorspelt: het bezoeken van de huisarts in de eerste maand na de verzuimmelding. Alle overige hulpverleningsvariabelen hadden geen eigen onafhankelijke voorspellende waarde voor klachtenvermindering.

Een opvallend resultaat is dat gedeeltelijke en therapeutische werkhervatting de vermindering van depressieve klachten ‘tegenwerkt’. Wellicht vergt dit veel energie van de werknemers waardoor depressieve klachten in stand blijven. Een andere, de vorige niet uitsluitende, verklaring kan zijn dat er sprake is van een slechte begeleiding van gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting waardoor de klachten niet of onvoldoende afnemen, of dat de werknemer. De tevredenheid over de begeleiding en behandeling hing echter niet samen met de vermindering van klachten.

Overigens geldt ook hier de eerder genoemde bedenking dat er een groot aantal variabelen is opgenomen in de multivariate analyses. Het is mogelijk dat verschillende interventies afzonderlijk geen unieke bijdrage hebben (elkaar in de analyses door overcorrectie uitdoven) terwijl het totaal aan interventies wel effectief is.

#### *Arbeidsomstandigheden en klachtenvermindering*

Belastende factoren in het werk blijken van belang te zijn voor de kans op klachtenvermindering. Fysiek zwaar werk en de aanwezigheid van giftige gassen op de werkplek hangen samen met een geringere kans op vermindering van klachten.

Ook problemen met leiding en collega's gaan gepaard met een grotere kans op klachtenvermindering. Dit is een verrassende uitkomst. Wellicht gaat het hier om problemen die snel en adequaat worden opgelost, of is er sprake van een situatie waarin in de eerste verzuimfase sprake is van medische klachten, maar wordt in een latere fase deze “medicalisering” losgelaten.

Het werken in een middelgroot bedrijf hangt samen met een grotere kans op klachtenvermindering. In een middelgroot bedrijf is er wellicht een ideale combinatie van enerzijds mogelijkheden om een andere functie of werkplek te krijgen, en anderzijds voldoende persoonlijke betrokkenheid bij de realisering van een dergelijke wijziging in werkomstandigheden.

## **8.6 Conclusies ten aanzien van determinanten van klachtenvermindering**

In dit hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd van univariate en multivariate analyses om voorspellers van klachtenvermindering te identificeren. Het ging daarbij meer specifiek om vermindering van depressieve klachten tussen vier maanden na ziekmelding en anderhalf jaar na de ziekmelding.



Het grootste deel van de werknemers met een gemiddeld of hoog niveau van depressieve klachten op de eerste meting blijkt ruim een jaar later veel minder klachten te hebben. Werknemers die op zowel de eerste als tweede meting een laag niveau van depressieve klachten hadden zijn buiten beschouwing gebleven bij de verdere analyses naar vermindering van klachten. Er viel bij deze stabiel laag scorende groep weinig te verminderen wat betreft depressieve klachten.

De resultaten van de multivariate analyses zijn verrassend. Van alle mogelijke interventies die in het onderzoek zijn gemeten, blijkt er uiteindelijk slechts één over die significant klachtenvermindering voorspelde: werknemers die de huisarts hadden bezocht in de eerste maand na ziekmelding hadden meer kans op klachtenvermindering. Alle overige hulpverleningsvariabelen hadden geen eigen onafhankelijk voorspellende waarde voor klachtenvermindering. Dit resultaat is overigens gedeeltelijk in lijn met één van de vooraf geformuleerde veronderstellingen, namelijk dat vroegtijdige interventie gunstig zou zijn, niet alleen voor werkhervatting, maar ook voor de vermindering van klachten. Het verrassende ‘antwoord’ van dit onderzoek is dat vroegtijdig contact in de verzuimperiode met de *huisarts* vooral zoden aan de dijk zet als het gaat om de vermindering van depressieve klachten.

Een ander opvallend resultaat is dat gedeeltelijke werkhervatting de klachtenvermindering ‘tegenwerkt’. Dit kan er op wijzen dat gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting (te)veel energie vergt, waardoor de depressieve klachten in stand blijven. Een andere, overigens de vorige niet uitsluitende verklaring, zou kunnen zijn dat er sprake is van onvoldoende begeleiding, waardoor de klachten ook onvoldoende afnemen. Ook zou werkhervatting de werknemer kunnen confronteren met (dezelfde) problemen die (opnieuw) depressieve klachten oproepen. In het vorige hoofdstuk bleek al dat gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting univariaat samenhangt met een grotere kans op volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar, maar dat dit effect multivariaat verdween. Juist in deze laatste stap wordt ook rekening gehouden met allerlei acties van hulpverleners, werkgever en de persoon zelf rekening opgenomen.

Opvallend is tenslotte dat werkhervatting na een jaar – de onafhankelijke variabele uit het vorige hoofdstuk – in dit hoofdstuk niet als voorspeller van klachtenvermindering voorkomt omdat het univariaat niet samenhangt met klachtenvermindering. Dit zou suggereren dat werkhervatting en klachtenvermindering twee heel verschillende be-

grippen zijn, die vrijwel onafhankelijk van elkaar kunnen worden voorspeld. De resultaten uit hoofdstuk 7 laten echter anders zien. Het is wel degelijk zo dat het hebben van ernstige depressieve klachten de werkhervatting in de weg staat. In tabel 8.11 zijn de resultaten van de univariate en multivariate analyses nog eens samengevat

Tabel 8.11 Samenvatting van de significante voorspellers van klachtenvermindering, zowel op basis van de univariate, als de multivariate toetsing.

Categorie	Grotere/ kleinere kans op klachtenvermindering		
	Univariate toetsing	Groter/kleiner	Multivariate toetsing
Achtergrondvariabelen	vrouw	groter	-
	Alleen lagere school	kleiner	-
Werk	Landbouw (ja)	kleiner	-
	Kostwinner (ja)	kleiner	-
	Administratief beroep (ja)	groter	-
	Contract minder dan 30 u/w	groter	-
	Leidinggevend (ja)	kleiner	kleiner
	Bedrijfs grootte 11-50 wns	groter	groter
	Problemen met leiding en collega's 4/5 mnd ziek (veel; 4-5)	groter	groter
	Giftige gassen in werkruimte (ja)	kleiner	kleiner
Gedeeltelijk/ therapeutisch hervat	Therapeutisch hervat 12-20 wk na ziekmelding (ja)	kleiner	-
	Gedeeltelijk/therapeutisch hervat 4/5 mnd na ziekmelding (niet hervat: groter; gedeeltelijk hervat: kleiner)	kleiner	kleiner
(Psychische) gezondheid	GHQ-Onwelbevinden t1 (hoog)	groter	groter
	GHQ-Onwelbevinden t2 (hoog)	kleiner	kleiner
	UBOS-distantie t1 (hoog)	groter	-
Oorzaak ziekmelding	Belangrijkste klacht als oorzaak ziekmelding:		
	• psychische klachten	groter	-
	• rugklachten	kleiner	-
	• overig	kleiner	-
	Oorzaak buiten het werk: relatie met partner /kinderen	groter	groter
	Oorzaak binnen het werk: Emotionele belasting	groter	-

Categorie	Grotere/ kleinere kans op klachtenvermindering		
	Univariate toetsing	Groter/kleiner	Multivariate toetsing
Interventies eerste vier weken na ziekmelding	Aantal keer bedrijfsarts bezocht (1 of 2 keer)	groter	-
	Aantal keer huisarts bezocht (1 of 2 keer en > 2 keer)	groter	groter
	Initiatief huisartsenbezoek (werknemer)	groter	-
	Initiatief huisartsenbezoek (bedrijfsarts)	groter	-
	Contact huisarts over conflicten op het werk (ja)	groter	-
	Gedragsadviezen (geen)	groter	-
Interventies 5 wk tot 4/5 mnd na ziekmelding	Inhoud therapie psycholoog (omgaan met problemen)	groter	-
	Welke hulpverlener achteraf het meest aan gehad (speciaal bew. apparaat)	kleiner	-
	Aantal soorten therapie (2 soorten)	groter	-
	Ziekenhuisopname (na 4/5 mnd)	kleiner	-
Interventies vanaf 4/5 mnd na ziekmelding tot einde eerste ziektejaar of eerder bij volledige werkhervatting	Opname psychiatrisch ziekenhuis	kleiner	-
	Arbeidsdeskundige gezien	groter	niet opgenomen
Acties werkgever	Actie vanaf 4/5 mnd na ziekmelding (vrouwen)	kleiner	-
Acties werknemer	Verwachting in periode vanaf 4/5/ mnd na ziekmelding dat men nooit meer kan werken	kleiner	kleiner
Invloed van verandering privé-sit. op gezondheid	Negatieve verandering	kleiner	kleiner

### Conclusies hoofdstuk 8

- Bij ruim de helft van die werknemers die omstreeks 4/5 maanden na de ziekmelding veel depressieve klachten hadden, bleken een jaar later veel minder klachten te hebben.

- Deze klachtenvermindering bleek nauwelijks te kunnen worden verklaard door interventies van de huis- en bedrijfsarts, dan wel andere hulpverleners.
- Opvallend is dat gedeeltelijk, en vooral therapeutische werkhervatting een geringere kans op klachtenvermindering voorspelt. Onduidelijk is of dat komt doordat de werkhervatting (te) veel energie vraagt en de depressieve klachten daardoor aanwezig blijven, de begeleiding onvoldoende is of omdat men bij werkhervatting weer wordt geconfronteerd met problemen die de depressieve klachten weer oproepen of laten voortduren.
- Opvallend is dat volledige werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar niet van invloed is op de vermindering van klachten. Andersom zit het aanwezig blijven van depressieve klachten een volledige werkhervatting wel in de weg.
- Belangrijkste voorspellers van klachtenvermindering (KV) op een rij:
  - o Werkzaam zijn in een klein tot middelgroot bedrijf (grotere kans KV)
  - o Veel problemen op het werk met leiding en collega's (grotere kans KV)
  - o Gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting vanaf 4/5 maanden na de ziekmelding (kleiner kans KV)
  - o De huisarts hebben bezocht in de eerste vier weken na de ziekmelding (grotere kans KV)
  - o Een negatieve verandering in de privé-situatie (kleinere kans KV)
  - o De verwachting dat men over een jaar misschien niet meer kan werken (kleinere kans KV)
  - o Acties van de werkgever vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding (mannen: grotere kans op klachtenvermindering; vrouwen juist een kleinere kans)
  - o 4/5 maanden na de ziekmelding sterke gevoelens van onwelbevinden (GHQ) hebben (grotere kans KV) en ruim een jaar later een lage score hebben op de vragenlijst waarmee dit wordt gemeten (grotere kans KV).

## 9 Literatuur

Andries F, Haan HF de, Gründemann RWM. Werken met een voorziening of uitkering. Amsterdam: NIA TNO, 1998.

Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar, de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: NIA TNO, 1997.

Arrindell W, Ettema J. Handleiding SCL90. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.

Beek AJ van der, Frings-Dresen MHW, Dijk FJH van, Houtman ILD, Fortuin RJ. Programmeringsstudie Arbo-risicobeheersing en Sociaal-medische begeleiding. Den Haag: RGO. 1996

Bernasco W, Voogd-Hamelink AM de, Vosse JPM, Wetzels CMMP. trendrapport Vraag naar arbeid 1998, Den haag, service Centrum Uitgevers, OSA-publicatie A-163, november 1998.

Bijl RC, Zessen G van, Ravelli A. psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. NTG 1997;151(50):2453-2460.

Blonk RWM. Arbeidsongeschiktheid op psychische gronden. In: Trends in arbeid 2002. PGW Smulders, ILD Houtman en J Klein Hesselink (red.). Alphen a/d Rijn: Kluwer, 2001: 155-173.

Blonk RWB, Dijk FJH van. Concept richtlijnen voor de diagnostiek van beroepsgebonden psychische aandoeningen. Amsterdam: Coronel, AMC, 1998.

Blonk RWB, Klink JJL van der. Het effect van stress management trainingen: een literatuuroverzicht. Gedrag en Organisatie, 1999;12(6):326-334

Bültman U. Fatigue and psychological distress in the working population : the role of work and lifestyle. Maastricht: academisch proefschrift, 2002.

Buijs P. Meer aandacht voor de relatie sociale zekerheid en gezondheidszorg. In: Trends in Arbeid 1999. Houtman, Smulders en Klein Hesselink (red). Alphen a/d Rijn: Samsom, 1999: 173-195.

CBS. Standaard Bedrijfs Indeling (SBO 1993). Voorburg/Heerlen: CBS, 1993.

Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA). Leidraad: Aanpak verzuim om psychische redenen. November 2001.

Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA). Implementatieplan bij leidraad voor verzuim om psychische redenen. November 2001.

Cuelenaere B. Verder na langdurig ziekteverzuim – Een onderzoek naar trajecten van mannen en vrouwen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Cuelenaere B, Giezen AM van der, Veerman TJ, Prins R. Werkhervatting na rugklachten. Langdurig zieke werknemers twee jaar gevolgd. Eindrapport Nederlandse Studie. Zoetermeer: Ctsv, april 1999.

Eck MAA van. Diagnosestelling: categorie V. In: Bijl R & Bauduin D (red). Categorie V. Arbeidsongeschiktheid wegens psychische stoornissen. Utrecht: NcVg. 1991.

Engers RW. overspannen in de ziektewet; een onderzoek naar oorzaken en het beloop van ziekteverzuim wegens overspanning. Amsterdam: Tica, 1995.

Giezen A van der. Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: Lisv, januari 2000.

Giezen AM van der, Molenaar-Cox PGM, Jehoel-Gijsbers G. Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1998, Amsterdam: Lisv, 1999.

Giezen AM van der, Veerman TJ. Werkhervatting na rugklachten. Gezondheid en werk negen maanden na een periode van drie maanden arbeidsongeschiktheid; Deelrapport 4. Zoetermeer: Ctsv, 1997.

Gründemann RWM, Nijboer I. WAO-intrede en werkhervatting. Academisch Proefschrift, UvA, Amsterdam; 1998.

Gründemann RWM, Nijboer ID en Schellart AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Deelrapport I: resultaten van de enquête onder WAO-ers, Den Haag: Sdu, 1991.

Gründemann RWM en Schellart AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Deelrapport 3: Enquête en dossier vergeleken. Den Haag: Sdu, 1993.

Hatch D, Leighton L. Comparison of men and women on self-disclosure. Psychol. Reports 1986;58:175-8.

Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. Br J Psychiatry 1998;172:250-256.

Houtman ILD. Personal coping resources and sex differences. Personality and individual differences 1990;11(1):53-63

Houtman ILD. Aanpak van werkdruk en het voorkomen van uitval wegens psychische klachten. In: ILD Houtman, PGW Smulders, JK Hesselink. Trends in Arbeid 1999. Alphen a/d Rijn: Samsom. 1999: 91-106.

Houtman ILD, Heuvel FMM van den. Verwerkingsvermogen van vrouwen en mannen in relatie tot ziekte en uitval: een literatuurstudie. Doetinchem: Elsevier, 2001.

Houtman ILD, Zuidhof AJ, Heuvel S van den. Arbobeleid in ontwikkeling: werkdruk en RSI de belangrijkste problemen.-De Monitor Stress en Lichamelijke Belasting 1995/1996. Den Haag: VUGA, 1998.

Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. OEM 1996;53:488-494.

Jonge J de, Reuvers MMEN, Houtman ILD, Bongers PM, Kompier MAJ. Linear and Nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: baseline results from SMASH. JOHP 2000;5(2): 256-268.

Kikkert MJ, Schene AH, Swinkels JA. Effectiviteitsstudie ergotherapeutische interventie voor patiënten met een depressie en arbeidsproblematiek. Amsterdam: De Meren/AMC

Kisely SR, Goldberg P. Physical and Psychiatric Comorbidity in General Practice. *Br J Psychiatry* 1996;169:236-242.

Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & Dijk, F.J.H. van.. The benefits of interventions for work related stress. *American Journal of Public Health*, 2001;91: 270-276.

Klink J.J.L. van der, Putten-Driesen E.J.H. van der (red.). Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten; geautoriseerde richtlijn, 28 januari 2000, Eindhoven: NVAB, 2000.

Koeters MWJ, Ormel J. Handleiding General Health Questionnaire. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.

Kolk A, Schagen S, Poll N, Leferink op Reinink M, Mierlo C van. Vrouwen en werkstress; onderzoek en beleid. Den Haag: Vuga, 1995.

Kompier MAJ, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW, Aan de slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1996.

Kunnen R, Praat WCM, Voogd-Hamelink AM de, Wetzels CMMP. Trendrapport aanbod van arbeid 1997. Den Haag: OSA, 1997; OSA-rapport nr. 25

Laitinen-Krispijn S, Bijl R.V. Mental disorders and employee sickness absenteeism: the NEMESIS study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2000 ;35 :71-77.

Laitinen-Krispijn S, Bijl R.V. Werk, psyche en ziekteverzuim. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002 (in druk).

LHV/NVAB. samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij SMB van werknemers. Utrecht: april, 1998.

Lisv (Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen). Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid. Jaaroverzicht WAO, WAZ en Wajong 2000. Amsterdam: Lisv, 2001.



Lisv (Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen). Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid. Jaaroverzicht WAO/WAZ/Wajong 1998. Amsterdam: Lisv, december 1999.

Maas PJ van der, Schaapveld K, heide A van der, Davidse W, Bonneux L, Barendregt JJ. Prioriteiten in Preventie-onderzoek. Den Haag: RGO, 1996.

Meer, K. van, Tiemens, B.G., Brink, W. van den. Depressie in de eerstelijnsgezondheidszorg: internationale gegevens over prevalentie en behandeling, onder meer uit Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1996;140: p. 2135-39.

Messing K, Dumais L, Courville J, Seifert AM, Boucher M. Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. JOM 1994;36 (8):913-918.

Messing K, Tissot F, Saurel-Cubizolles M-J, Kaminski M, Bourguine M. Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence-. JOEM 1998;40(3):251-260.

Murphy LR. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. American Journal of Health Promotion 1996;11(2):112-35

Nieuwe Weme JGM, Janssen JP. Werkgevers over geestelijke arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. TBV 1998;6(1):2-7.

Nijboer ID, Gründemann RWM, Andries F. Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Vuga, 1993.

Ormel, J. Brink, W. van den & Meer, K. van der. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1994;138:123-126.

Ormel J, Koeter MWJ, Brink W van den, Willige G van de. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psychiatry 1991;48:700-706.

Otten F. De bijdrage van werkstress aan ziekteverzuim. TBV 1997;5(6):204-210.

Otten F. Kwaliteit van de arbeid. In: De Leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Pop VJM, Heck GL van. Vroegdetectie van depressie op de werkplek. Tilburg: sectie Klinische Gezondheidspsychologie, januari 1999.

Prins R, Veerman TJ, Giezen AM van der. Werkherhvatting na rugklachten. een internationale studie: deelrapport 1: probleemstelling, opzet en uitvoering van de eerste fase. Zoetermeer: Ctsv, maart 1996. R96/2.

Proper KI, Bongers PM, Jonge J de, Houtman ILD, Kompier MAJ, Reuvers MMEN. Longitudinaal onderzoek naar rug-, nek-, en schouderklachten. Deelrapport 4: Werkkenmerken en psychische klachten. Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.

Schaufeli W, Enzmann. The burnout companion to study & practice. A critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.

Schellekens EILM, Deursen CGL van, Fux RAP, Huurne AG ter, Janssen J, Reuling AMH, Veerman TJ. SZW-werkgeverspanel rapportage 1997-1998. Den Haag: Elsevier, april 1999.

Schie ECM van. Loopbaanaspiraties van mannen en vrouwen vóór het betreden van de arbeidsmarkt. Gedrag& Organisatie 1997;10(5):286-299.

Schoemaker C, Bijl R. Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen. Utrecht: NcGv, 1996.

Schroër CAP. Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening, en het verzuimbeloop. Academisch proefschrift. Maastricht: RL, 1993.

Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD, Rogers W, Burnam A, Judd LL. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. Am J Psychiatry 1994;151(12):1777-1784.

Souëtre E, Lozet H, Cimarosti I, Martin P, Chignon JM, Adès J, Tignol J, Darcourt G. Cost of anxiety disorders: impact of comorbidity. J Psychosom Res 1994;38(Suppl1):151-160.

Spijker, J. & Donker, M. Doeltreffendheid van depressiebehandeling in Nederland. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1998;53:579-597.

Stelt HG van der. Werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken 1998;14(1):59-71.

Stelt HG van der, Fiseler JC, Kers WC, Molenaar-Cox PGM, Smaal M. Herstel of WAO. Den Haag: VUGA, 1996a.

Stelt HG van der, Fiseler JC, Smaal M, Molenaar-Cox PGM, Kers WC. De WAO als eindstation. Den Haag: VUGA, 1996b.

SZW (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid). De Nederlandse verzorgingsstaat in internationaal en economisch perspectief. Den Haag: Sdu, 1996.

SZW (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid). Sociale Nota 2000. Den Haag: Sdu, 1999.

Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartsenpraktijk. Academisch Proefschrift. Utrecht: UU, 1994.

Tiemens, B.G., Brink, W. van den, Meer, K. van der, Ormel, J. Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1998; 41:109-116.

Veerman TJ, Ter Huurne AG, Kersten A, Reuling AMH, Schellekens E, Vissers AMC. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1995-1996. Den Haag: Sdu, 1996.

Veerman TJ, Jehoel-Gijsbers G. Psychische klachten en de WAO. Amsterdam: Lisv, november 1998.

Veerman TJ, Schoemaker CG, Cuelenaere B, Bijl RV. Psychische arbeidsongeschiktheid; een overzicht van actuele feiten en cijfers. Doetinchem: Elsevier, 2001.

Verbrugge LM. Multiple roles and physical health of women and men. J Health Soc. Beh. 1983;24:16-30.

Verbrugge LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 1985;26:156-82

Verbrugge LM. From sneezes to adieux: Stages of health for American men and women. *Soc.Sci.Med.* 1986;22(11):1195-1212.

Vinke H, Andriessen S, Heuvel s van den, Houtman ILD, Rijnders S, Vuuren CV van, Wevers CWJ. Vrouwen en reïntegratie: onderzoek naar de verschillen tussen vrouwen en mannen bij WAO-intreden en reïntegratie. Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.

Weide WE van der, Verbeek JHAM, Dijk FJH van. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *OEM* 1999;56:488-493.

Zouwe N van der, Klerk JM de. Diagnosecategorie-V: psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later: deel 2. een vergelijking tussen mannen en vrouwen. *TBV* 1993, maart: 11-15.

## Bijlage 1 De screeningsvragenlijst

### 1. Data rond ziekteverzuim

1.1 Op welke datum heeft u deze vragenlijst ingevuld?

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 19 \_\_ \_\_

1.2 Op welke datum heeft u zich ziek gemeld?

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 19 \_\_ \_\_

1.3 Bent u inmiddels weer aan het werk?

- ☐ ja, volledig
- ☐ ja, gedeeltelijk
- ☐ ja, maar op therapeutische basis
- ☐ nee (ga verder naar vraag 2.1)

1.4 Op welke datum bent u weer aan het werk gegaan?

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 19 \_\_ \_\_

### 2. Personalia

2.1 Bent u man of vrouw?

- ☐ man
- ☐ vrouw

2.2 Wat is uw leeftijd?

\_\_ \_\_ (twee cijfers)

2.3 Wat is de hoogste school of opleiding die u heeft voltooid, of die u op dit moment volgt?

- ☐ Lagere school
  - ☐ Lager beroepsonderwijs (bijv. LEAO, LHNO, LTS)
  - ☐ Middelbaar algemeen onderwijs (bijv. MAVO, (M)ULO, LAVO, 3-jarige HBS)
  - ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MEAO, MTS)
  - ☐ Voortgezet algemeen onderwijs (bijv. HAVO, VWO, 5jr. HBS, MMS, Atheneum, Gymnasium)
  - ☐ Hoger beroepsonderwijs (bijv. HEAO, HTS, SA, PA, MO-A, MO-B)
  - ☐ Academisch onderwijs (Universiteit, TH)
  - ☐ Anders, nl
-

### 3. Bedrijfstak en functie

#### 3.1 Binnen welke bedrijfstak werkt u?

- ☐ landbouw, visserij en bosbouw
- ☐ industrie en delfstoffenwinning
- ☐ bouwnijverheid en -installatiebedrijven
- ☐ groothandel, detailhandel en horeca
- ☐ transport, opslag en communicatiebedrijven
- ☐ bank- en verzekeringswezen en zakelijke dienstverlening
- ☐ openbaar bestuur, wettelijke sociale verzekering
- ☐ onderwijs en religieuze organisaties
- ☐ gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, welzijnszorg
- ☐ sociaal-culturele en culturele instellingen, sport en recreatie
- ☐ researchinstellingen en overige sociale organisaties
- ☐ overig, nl \_\_\_\_\_

#### 3.2 Kunt u aangeven in welke onderstaande categorie uw beroep of functie valt?

- A agrarische beroepen, hoveniers, vissers
- B ambachtelijke en industriële beroepen:
  - ☐ metselaars, timmerlieden, andere bouwvakkers
  - ☐ loodgieters, lassers e.d.
  - ☐ elektromonteurs, elektriciens e.d.
  - ☐ machinebankwerkers-monteurs, machinale metaalbewerkers e.d.
  - ☐ toezichthoudend productiepersoneel e.d.
  - ☐ overige ambachtelijke en industriële beroepen
- C transportberoepen:
  - ☐ bus- en taxichauffeurs, tram- en treinbestuurders e.d.
  - ☐ laders, lossers, inpakkers e.d.
  - ☐ overige transportberoepen
- D administratieve beroepen:
  - ☐ secretaresses, datatypisten e.d.
  - ☐ boekhouders, kassiers e.d.
  - ☐ overige administratieve beroepen
- E commerciële beroepen:
  - ☐ winkelier, winkelbediende, verkoper e.d.
  - ☐ vertegenwoordiger, sales manager, marketing medewerker e.d.
  - ☐ reclame ontwerpers, vormgevers e.d.
  - ☐ overige commerciële beroepen

- F dienstverlenende beroepen:
  - ☐ horecapersoneel, koks, kelners, catering medewerkers e.d.
  - ☐ conciërges, schoonmaakpersoneel in gebouwen e.d.
  - ☐ politie, brandweer, bewakers e.d.
  - ☐ bejaardenverzorger, kinderverzorger, gezinshulp, alpha hulp e.d.
  - ☐ overige dienstverlenende beroepen
- G medische beroepen:
  - ☐ artsen, tandartsen, apothekers, fysiotherapeuten e.d.
  - ☐ verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, verloskundigen e.d.
  - ☐ analisten, laboranten e.d.
  - ☐ overige medische beroepen
- H docenten:
  - ☐ leerkrachten in kleuter- en basisonderwijs e.d.
  - ☐ docenten middelbare en hoger onderwijs e.d.
  - ☐ overige docenten
- I wetenschappelijke functies en andere vakspecialisten:
  - ☐ bedrijfskundigen, economen, juristen e.d.
  - ☐ biologisch, scheikundig, natuurkundig wetenschappelijk personeel e.d.
  - ☐ hoger technisch en bouwkundig personeel e.d.
  - ☐ systeemanalisten en -ontwerpers, programmeurs e.d.
  - ☐ journalisten, publicisten, redacteurs e.d.
  - ☐ sociaal, maatschappelijk, psychologisch, taalkundig wetenschappelijk personeel e.d.
  - ☐ overige wetenschappelijke functies en andere vakspecialisten
- J overige beroepen
  - ☐ beleidsmedewerkers bij gemeente, provincie, of rijksoverheid e.d.
  - ☐ beleidsmedewerkers bij non-profit organisaties, managers bedrijfsleven
  - ☐ hogere leidinggevenden, directeuren
  - ☐ overig, nl \_\_\_\_\_

#### 4. Ervaren gezondheid

##### Toelichting

Wij willen graag weten hoe gezond u zich voelt en welke klachten U DE AFGELOPEN PAAR WEKEN heeft gehad. Denk erom dat het bij deze vragen gaat om de klachten VAN DIT MOMENT OF VAN DE AFGELOPEN PAAR WEKEN, en dus niet om klachten die u in het verleden ooit heeft gehad.

- 4.1 Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?
- ☐ Helemaal niet
  - ☐ Niet meer dan gewoonlijk
  - ☐ Wat meer dan gewoonlijk
  - ☐ Veel meer dan gewoonlijk
- 4.2 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?
- ☐ Helemaal niet
  - ☐ Niet meer dan gewoonlijk
  - ☐ Wat meer dan gewoonlijk
  - ☐ Veel meer dan gewoonlijk
- 4.3 Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden?
- ☐ Beter dan gewoonlijk
  - ☐ Net zo goed als gewoonlijk
  - ☐ Slechter dan gewoonlijk
  - ☐ Veel slechter dan gewoonlijk
- 4.4 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?
- ☐ Zinvoller dan gewoonlijk
  - ☐ Net zo zinvol als gewoonlijk
  - ☐ Minder zinvol dan gewoonlijk
  - ☐ Veel minder zinvol dan gewoonlijk
- 4.5 Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?
- ☐ Beter dan gewoonlijk
  - ☐ Net zo goed als gewoonlijk
  - ☐ Slechter dan gewoonlijk
  - ☐ Veel slechter dan gewoonlijk
- 4.6 Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?
- ☐ Beter in staat dan gewoonlijk
  - ☐ Net zo goed in staat als gewoonlijk
  - ☐ Wat minder goed in staat dan gewoonlijk
  - ☐ Veel minder goed in staat dan gewoonlijk
- 4.7 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?
- ☐ Nee, had dat gevoel helemaal niet
  - ☐ Niet minder de baas dan gewoonlijk
  - ☐ Wat minder de baas dan gewoonlijk
  - ☐ Veel minder de baas dan gewoonlijk



- 4.8 Heeft u zich de laatste tijd alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?
- ☐ Gelukkiger dan gewoonlijk
  - ☐ Even gelukkig als gewoonlijk
  - ☐ Minder gelukkig dan gewoonlijk
  - ☐ Veel minder gelukkig dan gewoonlijk
- 4.9 Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?
- ☐ Meer dan gewoonlijk
  - ☐ Even veel als gewoonlijk
  - ☐ Wat minder dan gewoonlijk
  - ☐ Veel minder dan gewoonlijk
- 4.10 Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld?
- ☐ Helemaal niet
  - ☐ Niet meer dan gewoonlijk
  - ☐ Wat meer dan gewoonlijk
  - ☐ Veel meer dan gewoonlijk
- 4.11 Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?
- ☐ Helemaal niet
  - ☐ Niet meer dan gewoonlijk
  - ☐ Wat meer dan gewoonlijk
  - ☐ Veel meer dan gewoonlijk
- 4.12 Heeft u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd?
- ☐ Helemaal niet
  - ☐ Niet meer dan gewoonlijk
  - ☐ Wat meer dan gewoonlijk
  - ☐ Veel meer dan gewoonlijk

## 5. Oorzaken ziekteverzuim

- 5.1 Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen? (maximaal 3 antwoorden aankruisen)
- ☐ Aandoeningen aan ademhalingsorganen (zoals CARA, astma, bronchitis)
  - ☐ Hart- en vaatziekten (inclusief gevolgen hart- en herseninfarct)
  - ☐ Endocriene aandoeningen (zoals klier- en hormoonafwijkingen, diabetes)
  - ☐ Nieuwvormingen (kanker)
  - ☐ Neurologische aandoeningen (zoals epilepsie, MS, Parkinson)
  - ☐ Chronische hoofdpijn (zoals migraine)
  - ☐ Psychische klachten (zoals depressie, fobie, overspannenheid)
  - ☐ Aandoeningen in spijsverteringsorganen (zoals maagzweer)
  - ☐ Urogenitale klachten (zoals blaasontsteking, nierstenen)

- ☐ Chronisch vermoeidheidssyndroom (ME)
- ☐ Huidaandoeningen (zoals eczeem of psoriasis)
- ☐ Infectieziekten
- ☐ Letsel als gevolg van ongeval (zoals botbreuk, kneuzing, whiplash)
- ☐ Reumatische aandoeningen
- ☐ Rugklachten (zoals hernia, lage rugpijn)
- ☐ Klachten aan hand, pols, elleboog of schouder (zoals RSI, tennis-arm)
- ☐ Aangeboren lichamelijke aandoeningen
- ☐ Zwangerschap
- ☐ Aandoeningen aan zintuigen (zoals blindheid of doofheid)
- ☐ Overige aandoeningen, nl \_\_\_\_\_
- ☐ Geen enkele aandoening

5.2 Is uw ziekteverzuim volgens u het gevolg van de hierboven aangekruiste aandoeningen?

- ☐ ja, geheel
- ☐ ja, voor een belangrijk deel
- ☐ ja, voor een beperkt deel
- ☐ nee, dat staat er los van (ga door naar 6.1)

5.3 Wanneer u op vraag 5.1 meerdere aandoeningen heeft aangekruist, kunt u dan hieronder het nummer van de aandoening opschrijven die u beschouwt als de belangrijkste oorzaak van uw ziekteverzuim? (als u een of geen aandoening heeft aangekruist, ga door naar 6.1)  
belangrijkste oorzaak

\_\_\_\_\_

ook belangrijk

\_\_\_\_\_

## **6. Invloed werk en privé op ziekteverzuim**

6.1 Is uw ziekteverzuim volgens u het gevolg van het werk dat u doet?

- ☐ ja, geheel
- ☐ ja, voor een belangrijk deel
- ☐ ja, voor een beperkt deel
- ☐ nee (ga door naar 6.3)

6.2 Zo ja, wat is binnen het werk volgens u de belangrijkste oorzaak van uw ziekteverzuim? (maximaal 2 antwoorden aankruisen)

- ☐ ongeval op het werk
  - ☐ arbeidsomstandigheden
  - ☐ lichamelijke belasting
  - ☐ emotionele belasting
  - ☐ werkdruk en stress
  - ☐ conflicten op het werk of relatie met chef en collega's
  - ☐ werkuren (bijv. ploegendienst of onregelmatige diensten)
  - ☐ overig, nl.
- 

6.3 Is uw ziekteverzuim volgens u het gevolg van omstandigheden buiten het werk?

- ☐ ja, geheel
- ☐ ja, voor een belangrijk deel
- ☐ ja, voor een beperkt deel
- ☐ nee (ga door naar 6.5)

6.4 Zo ja, wat is volgens u dan de belangrijkste oorzaak van uw ziekteverzuim? (maximaal 2 antwoorden aankruisen)

- ☐ ongeval buiten het werk (incl. sportblessures)
  - ☐ leef-omstandigheden
  - ☐ lichamelijke belasting thuis
  - ☐ emotionele belasting thuis
  - ☐ stress in thuissituatie
  - ☐ relatie met partner of kinderen
  - ☐ conflicten (bijv. met familie, vrienden, burens of kennissen)
  - ☐ zit in mijn karakter (bijv. perfectionisme, geen nee kunnen zeggen)
  - ☐ financiële problemen
  - ☐ aandoening zoals genoemd bij vraag 5.1
  - ☐ overig, nl.
- 

6.5 Wat is volgens u de belangrijkste oorzaak van uw ziekteverzuim (slechts een antwoord aankruisen)?

- ☐ lichamelijke ziekte, stoornis of aandoening
- ☐ psychische ziekte, stoornis of aandoening
- ☐ combinatie van psychisch en lichamelijk
- ☐ werkomstandigheden of conflicten op het werk
- ☐ omstandigheden buiten het werk (inclusief privé-omstandigheden)

Tenslotte: wanneer u in principe wilt meewerken aan de volgende fase, bestaande uit een of meer telefonisch interviews, wilt u dan onderstaande formulier invullen?

Uw persoonlijke gegevens zullen uiteraard vertrouwelijk behandeld worden (zie informatiefolder)

Ik heb geen bezwaar om benaderd te worden voor een telefonisch interview.

Naam en voorletters

\_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|

Postcode en woonplaats |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_

Telefoonnummer overdag \_\_\_\_\_

's avonds \_\_\_\_\_

Op welke dagen in de week en welke tijdstippen kunnen wij u beter niet bellen omdat u dan bijvoorbeeld onbereikbaar bent?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ ik ben in principe altijd wel bereikbaar

Handtekening:

## Bijlage 2 Toelichting op de gemeten variabelen en de gebruikte vragenlijsten voor het vaststellen van psychische klachten

In onderstaande tabel (2a) is een overzicht opgenomen van de met de screener en tijdens de twee interviews gemeten variabelen. Waar dat van toepassing is, wordt een bronverwijzing gegeven.

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
<b>Achtergrondkenmerken</b>		
Geslacht	Man/vrouw	
Leeftijd	in jaren	
Opleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagere school</li> <li>• Lager beroepsonderwijs</li> <li>• Middelbaar algemeen onderwijs</li> <li>• Middelbaar beroepsonderwijs</li> <li>• Voortgezet algemeen onderwijs</li> <li>• Hoger beroepsonderwijs</li> <li>• Academisch onderwijs</li> </ul>	
Alleenstaand /samenwonend	Ja/nee	
Zorg voor kinderen	Ja/nee Leeftijd kinderen	
Zwaar belast met zorg voor anderen (vb. vader, moeder)	Ja/nee	
Voldoende steun van de omgeving	Ja/nee	
Inkomenspositie/kostwinnerschap	Ja/nee	
<b>Werk</b>		
Bedrijfstak		Afgeleid van de SBI93; CBS 1993
Beroepsklasse		Afgeleid van de Beroepenclassificatie 1984 en 1992 (CBS)
Dienstverband		
Vaste/wisselende werktijden		
Aantal jaren werkzaam bij bedrijf		
Aantal jaren werkzaam in huidige functie		
Aantal uren/week volgens contract		

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
Werkelijk aantal uren werk/week		
Reistijd woon-werk verkeer		
Leidinggevend	Ja/nee Zo ja, van hoeveel werknemers	
Grootte bedrijf/vestiging		
Afgelopen jaar reorganisaties?		
Werkzekerheid	1 vraag	Afgeleid van JCQ (Karasek e.a., 1985)
Autonomie	3 vragen	Afgeleid van JCQ ('decision authority' Houtman e.a., 1995; 1999)
Vaardigheidsmogelijkheden	5 vragen	Afgeleid van JCQ ('skill discretion' Houtman e.a., 1995; 1999)
Kwantitatieve taakeisen	5 vragen	Afgeleid van JCQ ('quantitative job demands'; Houtman e.a., 1995; 1999)
Werksfeer/leiding en collega's	5 vragen	VAG (Gründemann, Smulders en De Winter, 1993)
Houdingsbelasting	3 vragen	MSLB (Houtman e.a., 1995; 1999)
Fysische/chemische risico's	2 vragen (giftige gassen; stoffige ruimte)	
<b>Gezondheid (beide metingen)</b>		
Psychisch (en fysiek) onwelbevinden		GHQ-12 (Goldberg, 1974)
Lijst met diverse aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verschillende aandoeningen afgeleid van de CAS-code (waaronder psychische klachten)</li> <li>Er is tevens gevraagd naar voorkomen van <i>meerdere</i> klachten/comorbide klachten</li> </ul>	
Depressieve klachten		SCL-90 (Arrindel en Ettema, 1986)

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
Angstklachten		SCL-90 (Arrindel en Ettema, 1986)
Burnout		UBOS (Schaufeli en Van Dierendonck, 1999)
Diagnose gesteld (t2; vlgns wnrs)		
<b>Verzuim (oorzaken en werkgebondenheid)</b>		
Verzuim arbeidsgebonden ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja geheel/belangrijk deel</li> <li>• Beperkt deel / nee</li> </ul>	
Oorzaken van het verzuim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werk (ongeval, arbeidsomstandigheden, lichamelijke belasting, emotionele belasting, werkdruk, conflicten, werkuren)</li> <li>• Privé (ongeval, leefomstandigheden, lichamelijke belasting thuis, emotionele belasting thuis, stress thuis, relatie partner &amp; kinderen, conflicten privé, zit in mijn karakter, financiële problemen)</li> <li>• Gezondheid (fysiek, psychisch of combi)</li> </ul>	
	Meest belangrijke oorzaak van verzuim	

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
<b>Sociaal medische Begeleiding</b>		
<b>Periodes (1e interview + 2<sup>e</sup> interview)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 maanden voorafgaand aan verzuim</li> <li>• eerste vier weken na verzuim-melding</li> <li>• 5 weken t/m 4/5 maanden na verzuimmelding</li> <li>• vanaf 4/5 mnd na ziekmelding, tot het einde van het eerste ziektejaar, dan wel tot een eerdere werkherhvatting</li> <li>• na het eerste ziektejaar, dan wel na werkherhvatting voor</li> </ul>		
Aantal keer contact (per periode)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• bedrijfsarts</li> <li>• andere hulpverlener (gespecificeerd) .....</li> </ul>	
Initiatief tot contact (per periode)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• bedrijfsarts</li> <li>• andere hulpverlener (gespecificeerd) .....</li> <li>• werkgever</li> <li>• familie, vrienden, kennissen..</li> </ul>	
Inhoud contact / gesprek (per periode) <ul style="list-style-type: none"> <li>• gezondheid / aandoening</li> <li>• arbeidsomstandigheden</li> <li>• conflict op het werk</li> <li>• diagnostisch consult</li> <li>• therapie sessie</li> <li>• medicijnen voorgeschreven</li> <li>• doorverwijzing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• bedrijfsarts</li> <li>• andere hulpverlener (gespecificeerd) .....</li> </ul>	
Samenwerking / onderling contact	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts-bedrijfsarts</li> <li>• bedrijfsarts – werkgever</li> <li>• huisarts – werkgever</li> <li>• andere combinaties....</li> </ul>	



<b>Kenmerk gemeten in de vragenlijst</b>	<b>Eventuele aspecten</b>	<b>Bron (indien van toepassing)</b>
Tevredenheid over begeleiding / acties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• bedrijfsarts</li> <li>• andere hulpverlener (gespecificeerd).....</li> <li>• werkgever</li> </ul>	
Te weinig contact met	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• bedrijfsarts</li> <li>• andere hulpverlener (gespecificeerd) .....</li> <li>• werkgever</li> </ul>	
Opgenomen in ziekenhuis (per periode)	Ja/nee	
Opgenomen op een psychiatrische afdeling/ziekenhuis (per periode)	Ja /nee	
Verwachtingen voor de toekomst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nooit meer kunnen werken (omdat...)</li> <li>• gewoon weer werken in eigen werk</li> <li>• kunnen werken maar niet in eigen oude werk</li> <li>• niet van toepassing, want werk weer</li> </ul>	
Verwachtingen arts voor werkhervatting	Wel/niet besproken Termijn genoemd, namelijk....	
<b>Maatregelen bedrijf/werkgever:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• taakverandering</li> <li>• taakvermindering</li> <li>• korter werken</li> <li>• andere werkplek</li> <li>• andere apparatuur</li> <li>• maatregelen cursus</li> <li>• maatregelen conflict</li> <li>• som eerste drie werkaanpassingen</li> </ul>		

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
<b>Werknemer neemt zelf maatregelen (per periode):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totaal eigen acties/periode</li> <li>• Acties ontspanning zoeken</li> <li>• Acties alternatieven zoeken..</li> <li>• Acties werkgericht</li> </ul>		
Zelf aan het werk willen, maar weerhouden		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie/welke professional heeft weerhouden?</li> </ul>		
<b>Werkhervatting</b> Gedeeltelijk of therapeutische werkhervatting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ten tijde van de screener (12-20 weken na ziekmelding)</li> <li>• Ten tijde van eerste interview (4/5 mnd na ziekmelding)</li> <li>• Aan het einde van het eerste ziektejaar</li> <li>• Circa 1 ½ jaar na de ziekmelding</li> </ul>	
Reïntegratieplan opgesteld	Ja, datum.... Mening gevraagd ja/nee	
Volledige werkhervatting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op datum</li> <li>• 12 maanden na de ziekmelding</li> </ul>	
Werkhervatting bij zelfde/nieuwe werkgever		
Waarom eventueel nog niet hervat (t2)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet fit genoeg</li> <li>• Werkgever/bedrijf wil me niet</li> <li>• Conflict met leiding</li> <li>• Therapeut is erop tegen</li> <li>• Therapie nog niet afgerond</li> <li>• Thuisituatie laat het niet toe</li> <li>• Combinatie werk/zorg taken laten het niet toe</li> <li>• Andere dingen vindt ik belangrijker, namelijk.....</li> </ul>	

Kenmerk gemeten in de vragenlijst	Eventuele aspecten	Bron (indien van toepassing)
Indien van toepassing: % Arbeidsongeschiktheid	< 15%, tot 25%, tot 35%... van 80-100%	
Uiteindelijk WAO.....	Ja/nee Diagnose	
Verzekeringsarts gezien (t2)	Ja/nee	
Arbeidsdeskundige gezien (t2)	Ja/nee	

Om de aard van de psychische klachten in het cohort in kaart te brengen, is aan de werknemers een aantal gevalideerde vragenlijsten of schalen uit vragenlijsten voorgelegd. De screener bevatte de GHQ-12 (Goldberg, 1974), een veelgebruikte maat voor psychisch welbevinden. Zoals opgemerkt in hoofdstuk 2, was een score groter dan 5 op de GHQ-12 één van de inclusiecriteria voor het cohort. Het interview bevatte de vragenlijst UBOS (Schaufeli en Van Dierendock, 1999) voor het meten van burnoutklachten, en de schalen Angst en Depressie van de SCL-90 (Arrindel en Ettema, 1986) voor het meten van angst- en stemmingsklachten.

## De instrumenten voor het meten van klachten

### GHQ-12

De GHQ-12 bevat 12 vragen over klachten in de laatste week die kunnen wijzen op een psychische stoornis, zoals een sombere stemming, slapeloosheid, en piekeren. Iedere vraag heeft vier antwoordmogelijkheden, oplopend in ernst.

Scoring: Per vraag krijgt een antwoord op een van de twee hoogste (ernstigste) antwoordmogelijkheden een score 1, een antwoord op de andere antwoordmogelijkheden een score 0. Vervolgens worden alle scores opgeteld tot een schaalscore, van minimaal 0 tot maximaal 12. Norm: In algemeen bevolkingsonderzoek wordt doorgaans een afkappunt van groter dan één gebruikt om psychische problemen te detecteren. Omdat dit onderzoek niet werd uitgevoerd in de algemene bevolking, hebben we het afkappunt verhoogd tot de mediaan in de groep werknemers op de screener. Dit leidde tot een afkappunt van groter dan 5.

## **UBOS**

De UBOS bestaat uit 16 items, verdeeld over drie schalen: Uitputting (5 items), Distantie (5 items) en Competentie (6 items). De UBOS is een bewerking van de MBI, en gebaseerd op het concept burnout zoals ontwikkeld door Maslach e.a. Voordeel van de UBOS boven de MBI is dat de UBOS ook geschikt is voor niet-contactuele beroepen. Scoring: De items hebben 7 antwoordmogelijkheden, oplopend in ernst. Elk item wordt gescoord van 0-6. De schaalscore is het gemiddelde van de scores op de items in die schaal.

Normscores: Burnout is volgens Schaufeli aanwezig wanneer de volgende combinatie van schaalscores aanwezig is:  $U > 2.20$  en  $D > 2.20$  en  $C < 3.50$ . Dit is een vrij globale maat van burnout die in later onderzoek per beroepstak nader is uitgewerkt. Omdat we in dit onderzoek te maken hebben met mensen uit veel verschillende beroepsgroepen, hebben we in verband met de vergelijkbaarheid van de resultaten, toch gebruik gemaakt van deze globale maat van burnout.

## **SCL-90 depressie en angst**

De SCL-90 bestaat uit 90 items, verdeeld over 8 schalen. De lijst is een in psychiatrisch onderzoek veel gebruikt instrument om de aard van psychisch welbevinden te meten. De SCL-90 depressieschaal bestaat uit 16 items, de SCL-90 Angst schaal bestaat uit 10 items.

Scoring: Elk item heeft 5 antwoordmogelijkheden., oplopend van 1 tot en met 5. De schaalscores bestaan uit de opgetelde itemscores.

Norm-scores. Voor de SCL-90 bestaan verschillende normscores. In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de scores van een normale groep (score 'zeer hoog') en op een score in poliklinische Riagg-normgroep (gemiddeld of hoger).

Het afkappunt op de schaal Depressie is voor mannen en vrouwen verschillend. Bij mannen  $> 36$ , en bij vrouwen  $> 43$ .

Het afkappunt op de schaal Angst is ook voor mannen en vrouwen verschillend: Bij mannen:  $> 22$  en bij vrouwen  $> 26$ .

## Bijlage 3 Kenmerken van het cohort en het selectieproces

### 3.1 Karakterisering van het geselecteerde cohort naar een aantal achtergrondkenmerken (n=555)

Tabel 3a. Achtergrondvariabelen van het werknemerscohort (n = 555). In de tabel zijn steeds rijpercentages weergegeven (de percentages tellen per kenmerk vertikaal op tot 100%).

Omschrijving	Totale groep n	%
Geslacht		
Man	257	46%
Vrouw	298	54%
Leeftijd		
Tot 35 jaar	116	21%
35 – 44 jaar	183	33%
45 – 54 jaar	201	36%
55 – 65 jaar	55	10%
Gemiddelde leeftijd	43	
Opleiding		
Lagere school	23	4%
Lager beroepsonderwijs (LBO)	81	15%
Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)	96	17%
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	79	14%
Voortgezet algemeen onderwijs (HAVO, VWO)	39	7%
Hoger beroepsonderwijs (HBO)	159	29%
Academisch onderwijs (universiteit, TH)	43	8%
Anders	29	5%
UVI		
GAK	237	43%
USZO	147	26%
Cadans	171	31%

Omschrijving	Totale groep	
	n	%
Sector:		
Landbouw, visserij en bosbouw	6	1%
Industrie / delfstoffenwinning	58	11%
Bouwnijverheid / installatiebedrijven	12	2%
Groothandel, detailhandel, horeca	67	12%
Transport, opslag en communicatie	64	12%
Bank, verzekering en zakelijke dienstverlening	49	9%
Openbaar bestuur, wett soc verz	44	8%
Onderwijs, religieuze organisaties	90	17%
Gezondheidszorg, maatschappelijke zorg	110	20%
Sociaal-cultureel, cultureel	20	4%
Researchinstellingen en overige sociale organisaties	11	2%
Overig	9	2%
Beroepen:		
Agrarische beroepen, hoveniers, vissers	4	1%
Ambachtelijke en industriële beroepen	62	11%
Transportberoepen	43	8%
Administratieve beroepen	95	17%
waarvan secretaresse, datatypiste	25	5%
Commerciële beroepen	50	9%
waarvan winkelpersoneel	26	5%
Dienstverlenende beroepen	94	17%
waarvan horecapersoneel	22	4%
waarvan bejaarden-, kinderverzorger, gezinshulp	14	3%
Medische beroepen	43	8%
waarvan verpleegkundigen, ziekenverzorger, verloskundige		
Docenten	31	6%
waarvan in kleuter-, of basisonderwijs e.d.	71	13%
Wetenschappelijke functies en andere vakspecialisten	34	6%
Overige beroepen	43	8%
waarvan beleidsmedewerker/ manager	51	9%
Hoger leidinggevende/ directeur	30	5%
	15	3%

Omschrijving	Totale groep	
	n	%
Aard aandoeningen volgens respondent		
Ademhalingsorganen	62	11%
Hart- en vaatziekten	39	7%
Endocriene aandoeningen	27	5%
Nieuwvormingen (kanker)	12	2%
Neurologische aandoeningen	20	4%
Chronische hoofdpijn	58	11%
Psychische klachten	326	59%
Spijsverteringsorgaan	30	5%
Urogenitale aandoeningen	12	2%
Chronisch vermoeidheidssyndr.(ME)	16	3%
Huidaandoeningen	39	7%
Infectieziekten	14	3%
Letsel agv ongeval	42	8%
Reumatische aandoeningen	19	3%
Rugklachten	150	27%
Klachten hand pols, elleboog schouder	97	18%
Klachten voet enkel, been, heup	56	10%
Aangeboren lichamelijke aandoeningen	7	1%
Zwangerschap	5	1%
Aandoeningen aan zintuigen	28	5%
Overige aandoeningen	8	1%
Geen enkele aandoening	16	3%
Categorie aandoeningen (NB. Sluit elkaar niet uit)		
Psychische klachten	338	61%
Klachten bewegingsapparaat	244	44%
Overig	281	51%
Geen enkele categorie	19	3%
Is ziekteverzuim gevolg van omstandigheden binnen het werk?		
Ja, geheel	132	24%
Ja, voor een belangrijk deel	156	28%
Ja, voor een beperkt deel	149	27%
Nee, dat staat er los van	113	21%
Is ziekteverzuim gevolg van omstandigheden buiten het werk?		
Ja, geheel	78	14%
Ja, voor een belangrijk deel	96	18%
Ja, voor een beperkt deel	169	31%
Nee, dat staat er los van	197	37%
Belangrijkste oorzaak verzuim volgens respondent		
Lichamelijke aandoeningen	145	26
Psychische aandoeningen	62	11
Combinatie lichamelijke en psychische aandoeningen	146	26
Omstandigheden binnen werk	145	26
Omstandigheden buiten het werk	57	10

Omschrijving	Totale groep	
	n	%
Aantal weken ziek bij invullen screener		
12 weken	44	8%
13 weken	131	24%
14 weken	146	26%
15 weken	82	18%
16 weken	62	11%
17 weken	29	5%
18 weken	22	4%
19 weken	11	2%
20 weken	9	2%

### 3.2 Beschrijving van het selectieproces

In deze paragraaf wordt hiervan een samenvatting gegeven, en wordt stapsgewijs beschreven in hoeverre en op welke wijze de verschillende selectiecriteria invloed hebben gehad op de representativiteit van de groep geïnterviewden, het uiteindelijk geselecteerde cohort.

*Stap 1. Van vragenlijst retour (n=3289) naar voldoende ingevuld (n=3010)*

Van de werknemers die de vragenlijst terugstuurden, heeft ruim 8% de vragenlijst onvoldoende ingevuld om daar betrouwbare analyses op te kunnen doen. In de praktijk gaat het vooral om mensen die de datum van ziekmelding en of herstelmelding niet hebben ingevuld. Dit heeft, naar wij aannemen, geen noemenswaardige consequenties voor de representativiteit.

*Stap 2. Van voldoende ingevuld (n=3010) naar juiste termijn vanaf ziekmelding (n=2305).*

Van de werknemers die de vragenlijst voldoende hebben ingevuld blijkt 23% niet te voldoen aan het criterium van 12-20 weken ziek. Zoals gezegd zijn hier grote verschillen aan te wijzen tussen de Uvi's. Dit verschil heeft enige consequenties voor de man/vrouw verdeling in het cohort. Bij het GAK zijn immers de mannen oververtegenwoordigd, terwijl bij Cadans de vrouwen sterk zijn oververtegenwoordigd. Verder heeft het lichte consequenties voor de bedrijfstak. Er is een lichte oververtegenwoordiging van werknemers uit de 'profit' sector, en een lichte ondervertegenwoordiging van werknemers uit de overheid, waaronder ook het onderwijs valt, en in wat mindere mate uit de gezondheidszorg en detailhandel. Wanneer bepaalde groeperingen iets meer of minder in een steekproef vertegenwoordigd zijn, zal dit met name consequenties hebben voor het vóórkomen van bij-



voorbeeld klachten of interventies die specifiek in die branches plaatsvinden. Onderlinge verbanden tussen variabelen, en de resultaten van de logistische regressies zullen hier echter nauwelijks door worden vertekend.

*Stap 3. Van juiste termijn ziekmelding (n=2305) naar niet of nog niet volledig aan het werk (n=2018)*

Van de 2305 werknemers in de doelgroep waarvoor gold dat het moment van ziekmelding 12-20 weken voor invullen van de screener lag, bleek 12% weer volledig aan het werk te zijn. Ook zij zijn uitgesloten van het onderzoek. Dit betekent dat er 2018 mensen over blijven. De 278 die wegvallen zijn representatief verdeeld over de Uvi's, geslacht en leeftijd. De opvallende verschuivingen in de oorzaak van het ziekteverzuim kunnen volledig worden toegeschreven aan de opzet van de screener. Werknemers die weer volledig aan het werk zijn werden immers geacht te stoppen met invullen van de screener en hebben niet meer ingevuld wat volgens hen de oorzaak was van de ziekmelding. Slechts de helft van de werknemers was helemaal niet aan het werk.. Achtendertig procent werkte gedeeltelijk (21%) of therapeutisch (17%).

*Stap 4. Van niet (volledig) aan het werk (n=2018) naar medewerking interview (n=838)*

Van de 2018 werknemers die niet of niet volledig aan het werk waren, gaven 838 ( 42%) in de vragenlijst aan dat ze wilden deelnemen aan één of meer interviews. Een aantal kwam hier later op terug. Dit leidde tot enkele verschuivingen in de onderzoekspopulatie, met name binnen Cadans.

- In het algemeen was de animo om mee te doen met het interview bij Cadans iets geringer, en bij het GAK iets groter.
- Jongeren (tot 34 jr) wilden minder vaak meewerken aan een interview (vooral bij Cadans), mensen van middelbare leeftijd (44-55) wilden dat vaker (vooral bij Cadans).
- Meedoen hing samen met scholing: lagere scholing hing samen met geringere deelname (vooral binnen het Uszo), een hogere opleiding met een grotere deelname
- Bereidheid tot deelname aan het interview hing niet samen met een specifieke oorzaak van het verzuim.

*Stap 5. Van medewerking interview (n=838) naar selectie voor cohort en daadwerkelijk geïnterviewd (n=597)*

Van de 838 werknemers die aangaven mee te willen werken aan een interview, zijn 597 werknemers (71%) geselecteerd bij toepassing van de en/of criteria (GHQ>5 en/of psychische klachten oorzaak ziekmelding en/of reden voor ziekmelding door werkomstandigheden of conflicten op het werk, en/of door omstandigheden buiten het werk, inclusies privé-omstandigheden. Het aandeel werknemers dat naar eigen zeggen een somatisch gezondheidsprobleem heeft als oorzaak voor het verzuim, wordt vrijwel gehalveerd (van 44% naar 26%). Het aandeel werknemers dat alleen psychische klachten, of psychische in combinatie met andersoortige, somatische klachten heeft, en zij die werk-, thuisstressoren of belemmeringen in hun persoon als oorzaken zagen van de ziekmelding gaat omhoog. In de groep die na deze stap overblijft heeft 71% naar eigen zeggen alleen psychische klachten, of heeft psychische klachten in combinatie met andere, somatische klachten. Dit betekent dat 29% alleen is geselecteerd vanwege de hoge GHQ-score, dan wel vanwege het feit dat werk, thuissituatie of persoon de belangrijkste oorzaak was voor de ziekmelding.

In deze laatste selectiestap is de vertegenwoordiging van werknemers uit de Cadans-populatie (gezondheidszorg en detailhandel) en USZO-populatie (overheid, onder andere onderwijs) weer wat toegenomen in vergelijking met die uit de GAK-populatie. Jongeren en ouderen zijn ondervertegenwoordigd en de middelste leeftijdsgroepen (35-55) zijn licht oververtegenwoordigd ten opzichte van de groep die na de vorige stap overbleef. Wat betreft opleiding is LBO ondervertegenwoordigd en HBO oververtegenwoordigd. Per UVI kan het beeld van de selectie nog verschillen. Bij het Gak zijn vrouwen (33%), ouderen (11%) en werkenden met een LBO-opleiding ondervertegenwoordigd. Bij het USZO zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen geselecteerd, minder jongeren (12%), meer HBO-ers en minder LBO-ers. In de Cadans steekproef zitten wat minder mannen (23%) dan vrouwen (77%). Hoewel kenmerken van de verzekerdenpopulatie niet bekend zijn, komen de verschillen tussen de UVI's naar geslacht overeen met de verwachting. Op basis van de bedrijfstakken die bij de drie grote UVI's zijn verzekerd, mag inderdaad worden verwacht dat de verzekerde populatie van het GAK meer mannen, het USZO ongeveer even veel mannen als vrouwen, en Cadans meer vrouwen bevat.

*Stap 6. Van selectie (n= 597) naar interview (n=555)*

Van de 597 werknemers die voor het cohort zijn geselecteerd zijn er uiteindelijk 555 daadwerkelijk geïnterviewd. Van de 42 uitvallers zijn 12 uiteindelijk niet benaderd omdat de informatie in de screener in tweede instantie onvoldoende bleek. Van de overige 30 zijn 14 werknemers niet bereikt, omdat ze niet thuis bleken te zijn op het, eerder met henzelf afgesproken tijdstip. Van de overige 16 werknemers, zaten 12 alsnog af van het interview, meestal omdat het psychisch te zwaar zou zijn. In twee gevallen was sprake van een taalprobleem. Eén werknemer bleek intussen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Eén interview is afgebroken omdat de gegevens onvolledig en onjuist bleken te zijn. Deze beperkte exclusieronde heeft, vooral vanwege de omvang van de in deze laatste stap opgetreden 'non-respons', geen noemenswaardige invloed op de representativiteit.



## Bijlage 4 Karakterisering follow-up en uitval in de tweede meting

In onderstaande tabel wordt de groep die aan het tweede interview heeft meegedaan, ruim een jaar na het eerste interview, op een aantal algemene kenmerken vergeleken met de groep die uit het cohort wegviel.

Het enige verschil tussen de respons en non-respons groep dat significant is, is dat er in de responsgroep meer vrouwen zitten. De verdeling naar leeftijd, opleiding en branche tussen beide groepen is gelijk.

Wanneer je naar de branches kijkt, zie je wel de tendens dat er wat meer non-response is in de 'typische' mannen beroepen (industrie, bouw), en wat meer respons in de gezondheidszorg en het onderwijs. In tabel 4.b wordt daarnaast nog getoond dat er geen verschillen in (psychische) gezondheid is op de eerste meting.

Tabel 4.a Karakterisering follow-up en uitval in de tweede meting: algemene kenmerken

Kenmerk	Aantal	Oorspronkelijke groep N=555	Respons groep N=436	Non-respons groep N=119	Verskil respons- non-respons groep
Geslacht	298	53,7	56,0	45,4	P<.05
% vrouw					
Leeftijd (%)					
< 35 jaar	116	20,9	19,3	26,9	ns
35-44 jaar	183	33,0	34,2	28,6	
45-54 jaar	201	36,2	36,7	34,5	
>= 55 jaar	55	9,9	9,9	10,1	
Opleiding					
Lagere school	23	4,2	2,8	9,3	ns
Lager beroepsonderwijs	81	14,8	12,5	22,9	
Middelbaar algemeen onderwijs	96	17,5	17,9	16,1	
Middelbaar beroepsonderwijs	79	14,4	14,8	12,7	
Voortgezet algemeen onderwijs	39	7,1	6,7	8,5	
Hoger beroepsonderwijs	159	29,0	31,6	19,5	
Academisch onderwijs	43	7,8	2,6	6,8	

Kenmerk	Aantal	Oorspronkelijke groep N=555	Respons groep N=436	Non-respons groep N=119	Verskil respons- non-respons groep
Branche					
Industrie en delfstoffen	58	10,7	9,6	15,0	ns
Bouw	12	2,2	2,3	1,8	
Groothandel, detailhandel en horeca	67	12,4	11,5	15,9	
Transport & communicatie	64	11,9	11,2	14,2	
Bank, verzekeringswezen, zak. dienstverlening	49	9,1	8,9	9,7	
Openbaar bestuur	44	8,1	7,2	10,6	
Onderwijs	90	16,7	18,3	10,6	
Gezondheidszorg en maatschap. dienstverl.	110	20,4	22,0	14,2	
Sociaal-culturele instel.	20	3,7	4,0	2,7	
Researchinstellingen en overige sociale org.	11	2,0	2,1	1,8	

Tabel 4.b Karakterisering follow-up en uitval in de tweede meting: psychische gezondheidsklachten

Kenmerk	Respons groep N=436	Non-respons groep N=119	Verskil respons/ non-respons groep
Psychische gezondheidsklachten tijdens eerste meting :	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)	
SCL-depressie	35,0 (13,79)	35,7 (16,04)	ns
UBOS-emotionele uitputting	3,0 (1,55)	2,8 (1,58)	ns
UBOS-distantie	2,1 (1,25)	1,9 (1,20)	ns
UBOS- competentie	3,6 (1,14)	3,8 (1,29)	ns
Burnout	26%	21%	ns
GHQ-score	7,8 (3,54)	7,8 (3,54)	ns

## Bijlage 5 Karakterisering van de stijgers, dalers en gelijkblijvers op de vragenlijst depressie

In onderstaande tabel wordt een karakterisering gegeven van stijgers, dalers en gelijkblijvers op depressie over de periode tussen interview 1 en interview 2. (zie voor een toelichting op afkappunten bijlage 2).

Kenmerk	Aantal	Gedaald (%) n=189	Gelijk gebleven (%) n=200	Gestegen (%) n=47	Verschil
<b>Geslacht</b>					
% vrouw	244	45,5	42,2	12,3	ns
<b>Leeftijd (%)</b>					
< 35 jaar	84	50,0	41,7	8,3	P<.05
35-44 jaar	149	34,2	52,3	13,4	
45-54 jaar	160	48,8	39,4	11,9	
>= 55 jaar	43	41,0	55,8	2,3	
<b>Opleiding</b>					
Lagere school	12	33,3	50,0	16,7	ns
Lager beroepsonderwijs	54	31,5	55,6	13,0	
Middelbaar algemeen onderwijs	77	41,6	45,5	13,0	
Middelbaar beroepsonderwijs	64	45,3	45,3	9,4	
Voortgezet algemeen onderwijs	29	48,3	41,4	10,3	
Hoger beroepsonderwijs	136	47,1	42,6	10,3	
Academisch onderwijs	35	40,0	57,1	2,9	
<b>Branche</b>					
Industrie en delfstoffen	41	26,8	63,4	9,8	ns
Bouw	10	50,0	40,0	10,0	
Groothandel, detailhandel en horeca	49	46,9	44,9	8,2	
Transport & communicatie	48	52,1	37,5	10,4	
Bank, verzekeringswezen, zak. dienstverlening					
Openbaar bestuur	38	42,1	44,7	13,2	
Onderwijs	32	46,9	37,5	15,6	
Gezondheidszorg en maatschap. dienstverl.	78	46,2	43,6	10,3	
Sociaal-culturele instel.	94	43,6	45,7	10,6	
Researchinstellingen en overige sociale org.	17	41,2	47,1	11,8	
	9	44,4	44,4	11,1	





## Bijlage 6 Interventies tot 4/5 maanden na de ziekmelding en werkherhvatting

In onderstaande tabel zijn de interventies tot 4/5 maanden na de ziekmelding (1<sup>e</sup> interview) weergegeven die significant met werkherhvatting samenhangen (zie paragraaf 7.5.6).

Tabel 6.a Interventies tot 4/5 maanden na ziekmelding en werkherhvatting aan het einde van het eerste ziektejaar (univariaat getoetst; rijpercentages).

Omschrijving	Werkherhvatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Aantal keer contact BA in de eerste 4 weken na ziekmelding	p=.02	p=.03	p=.27
• 0 keer	55	62	49
• 1 of 2 keer	46	44	48
• >2 keer	68	67	69
Initiatief contact BA in eerste 4 weken na ziekmelding	p=.01	p=.000	p=.96
• Nee	55	62	50
• Ja	42	32	49
Contact BA; ging over de aandoening, klacht in de eerste 4 weken na ziekmelding	p=.13	p=.02	p=.86
• Nee	56	64	49
• Ja	48	46	50
Contact BA; ging over aandoening, klacht van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.01	p=.24	p=.02
• Nee	64	63	65
• Ja	49	51	46
Contact BA; privé-situatie, 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.07	p=.32	p=.13
• Nee	49	52	48
• Ja	61	61	61
Contact BA; therapie-sessie in eerste 4 weken na ziekmelding	p=.09	p=.55	p=.09
• Nee	52	54	51
• Ja	29	40	22

Omschrijving	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Contact BA: therapie-sessie in periode van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.01	p=.22	p=.02
• Nee	53	54	51
• Ja	24	33	17
Contact HA: gesprek ging over conflicten op het werk tijdens 2 maanden voorafgaand aan ziekmelding	p=.05	p=.25	p=.10
• Nee	52	54	50
• Ja	20	25	17
Heeft HA/specialist behandelplan opgesteld en met u besproken?	p=.01	p=.24	p=.03
• Nee	54	55	53
• Ja	38	43	35
Aantal keer HA bezocht in periode van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.01	p=.13	p=.09
• 0 keer	58	60	56
• 1-2 keer	50	46	52
• >2 keer	41	45	40
Initiatief contact HA: werknemer, in periode van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.01	p=.15	p=.04
• Nee	57	57	56
• Ja	44	47	43
Contact HA, gesprek ging over aandoening, klachten, in periode van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.03	p=.04	p=.37
Nee	57	60	53
Ja	46	45	47
Psycholoog e.d. bezocht in de laatste 2 maanden vlak voor de ziekmelding	p=.06	p=.06	p=.35
• Nee	52	55	50
• Ja	33	22	39
Fysiotherapeut e.d. contact gehad tijdens eerste 4 weken na ziekmelding	p=.23	p=.53	p=.04
• Nee	52	53	52
• Ja	41	62	29
Alternatieve genezer/ specialist & diagnostisch consult in de eerste 4 weken na ziekmelding	p=.01	p=.12	p=.05
• Nee	53	55	52
• Ja	33	35	32

Omschrijving	Werkherhvatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Alternatieve genezer/ specialist & diagnostisch consult vanaf 5 weken tot 4/5 mnd na ziekmelding	p=.23	p=.27	p=.01
• Nee	52	52	52
• Ja	41	67	21
Werkgever toont interesse in ziekte/ probleem voorafgaand aan ziekmelding	p=.09	p=.12	p=.25
• Nee	50	52	48
• Ja	63	75	59
Maatregelen gericht op vermindering van taken/korter werken, in de periode van 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding (door werkgever)	p=.01	p=.01	p=.18
• Nee	49	51	48
• Ja	71	91	63
Zelf acties ondernemen in de eerste 4 weken na ziekmelding (sport, cursus etc.)	p=.07	p=.006	p=.92
Nee	48	47	49
Ja	57	68	50
Is het voorgekomen dat u wilde werken maar anderen u weerhielden vanaf 5 weken tot 4/5 maanden na de ziekmelding	p=.08	p=.09	p=.35
• Nee	46	47	46
• Ja	55	59	52
Werkherhvatting werd weerhouden door de huisarts, periode 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.04	p=.62	p=.02
• Nee	50	53	47
• Ja	66	59	70
Contact met collega's; initiatief werknemer eerste 4 weken na ziekmelding	p=.06	p=.07	p=.37
• Nee	47	47	47
• Ja	56	60	53
Contact met collega's; initiatief werknemer, periode 5 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	p=.12	p=.09	p=.55
• Nee	46	45	47
• Ja	54	58	51



## Bijlage 7 Interventies vanaf 4/5 maanden na ziekmelding en werkherhervatting

In deze bijlage staan de interventies die significant –voor de groep als geheel, voor mannen of vrouwen- de werkherhervattingskans voorspellen (zie paragraaf 7.5.7).

Tabel 7.a Contacten met en interventies door artsen en andere hulpverleners, en andere interventies in de periode van 4/5 maanden na ziekmelding die significant samenhangen met werkherhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar.

	Werkherhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Contact BA vanaf 4/5 maanden na ziekmelding tot werkherhervatting/ einde eerste ziektejaar	p=.000	p=.000	p=.000
• 0 keer	77	80	75
• 1-2 keer	63	56	70
• >2 keer	37	41	34
BA: aanhoren verhaal over klacht/ aandoening	p=.000	p=.000	p=.02
• Nee	64	69	60
• Ja	44	44	44
BA: aanhoren verhaal arbeidsomstandigheden	p=.02	p=.40	p=.02
• Nee	55	55	55
• Ja	42	48	39
BA: advies reductie klachten	p=.03	p=.23	p=.07
• Nee	53	55	52
• Ja	39	42	37
BA: advies werkaanpassing	p=.04	p=.05	p=.30
• Nee	53	56	51
• Ja	39	33	42
BA: advies aangaande een conflict met leidinggevende	p=.05	p=.58	p=.03
• Nee	52	54	51
• Ja	27	43	13
BA: doorverwijzing	p=.009	p=.23	p=.02
• Nee	54	55	53
• Ja	36	42	33

	Werkherhvatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
BA: andere actie	p=.05	p=.13	p=.18
• Nee	52	54	50
• Ja	20	20	20
Contact HA	p=.000	p=.03	p=.000
• 0 keer	66	63	69
• 1-2 keer	53	50	56
• >2 keer	35	42	30
HA: aanhoren verhaal klacht/aandoening	p=.000	p=.15	p=.000
• Nee	61	57	64
• Ja	39	47	35
HA: aanhoren verhaal over arbeidsomstandigheden	p=.13	p=.76	p=.02
• Nee	53	53	52
• Ja	42	56	29
HA: minimaal één: interventie, advies of therapie	p=.02	p=.18	p=.06
• Nee	52	54	51
• Ja	21	29	14
HA: voorschrijven rust	p=.08	p=.75	p=.04
• Nee	53	54	52
• Ja	39	50	29
HA: voorschrijven medicijnen	p=.000	p=.02	p=.000
• Nee	57	58	56
• Ja	33	37	30
HA: doorverwijzing	p=.000	p=.05	p=.001
• Nee	57	58	57
• Ja	38	42	35
Aantal soorten hulpverleners (psychisch, bewegingsapparaat, alternatief e.d.)	p=.000	p=.35	p=.000
• Geen	62	57	65
• Eén	46	52	40
• Meer dan één	19	38	8
Aantal keer psycholoog (psychiater, psychotherapeut etc.) bezocht, initiatief huisarts of bedrijfsarts	p=.004	p=.19	p=.006
• 0 keer	53	55	52
• 1 of meer keer	28	38	20

	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Psycholoog: advies werkaanpassing, c.q. arbo	p=.74	p=.08	p=.25
• Nee	51	52	50
• Ja	55	80	33
Psycholoog: werkhervattingsadvies door reductie klachten	p=.01	p=.04	p=.16
• Nee	52	55	50
• Ja	20	14	25
Psycholoog: therapie gericht op beter leren omgaan met problemen	p=.005	p=.007	p=.17
• Nee	53	56	51
• Ja	29	20	35
Contact met therapeut bewegingsapparaat (fysiotherapeut, orthopedist etc.)	p=.01	p=.16	p=.03
• Nee	53	55	52
• Ja	35	41	27
WG actie ondernomen?	p=.02	p=.94	p=.002
• Nee	48	53	43
• Ja	60	54	65
WG: andere werkplek of afdeling	p=.01	p=.03	p=.18
• Nee	52	55	50
• Ja	20	20	20
Verandering/minder taken (door werkgever)	p=.22	p=.23	p=.008
• Nee	50	55	46
• Ja	59	42	71
Interesse getoond in ziekte/probleem door werkgever	p=.08	p=.06	p=.42
Nee	50	51	49
Ja	63	74	56
Aantal typen interventies werkgever	p=.02	p=.46	p=.006
• 0	48	53	43
• 1	64	58	69
• >1	48	39	56
Ziekenhuisopname	p=.03	p=.71	p=.007
• Nee	53	54	53
• Ja	38	50	27

	Werkhervatting		
	Totale groep (n=436)	Mannen (n=192)	Vrouwen (n=244)
	% wel hervat	% wel hervat	% wel hervat
Opgenomen in psychiatrische afdeling	p=.008	p=.49	p=.008
• Nee	52	53	51
• Ja	10	33	0
VG gezien	p=.000	p=.000	p=.000
• Nee	66	66	66
• Ja	19	25	15
AD gezien	p=.000	p=.000	p=.000
• Nee	58	59	57
• Ja	21	24	18



## Bijlage 8 Multivariable regressie voor werkhervatting, exclusief contact bedrijfsarts eerste 4 weken na ziekmelding

Tabel 8.a De belangrijkste determinanten voor werkhervatting aan het einde van het eerste ziektejaar (alleen significante resultaten zijn opgenomen). OR: Odds Ratio; OR >1: grotere kans op werkhervatting; OR <1: kleinere kans op werkhervatting. Hierbij is de variabele 'aantal contacten BA eerste 4 weken na ziekmelding' echter niet meegenomen.

Variabele	OR-stap 1: Determinanten eerste interview	OR-stap 2: Toevoeging gedeeltelijk/therapeutisch hervat	OR-stap 3: Determinanten tweede interview	Kans op werkhervatting
Alleenstaand	1.94 ns	2.07*	2.09 ns	Kleiner bij alleenstaanden
Taakeisen				
Laag	0.59 ns	0.56 ns	0.44 ns	Kleiner bij hoge taakeisen
Gemiddeld	1	1	1	
Hoog	0.37**	0.36**	0.25***	
Oorzaak verzuim is emotionele belasting buiten het werk	3.45**	3.41**	5.62**	Groter wanneer emotionele belasting buiten werk oorzaak is
Oorzaak verzuim is stress in thuissituatie	0.37*	0.38*	0.42 ns	Kleiner wanneer stress in de thuissituatie oorzaak is
Is het voorgekomen dat u wilde werken maar anderen u weerhielden in de periode vanaf 4 weken tot 4/5 maanden na ziekmelding	1.55 ns	1.55 ns	2.18*	Groter wanneer men wilde werken maar anderen dat weerhielden
<b>Interview 2</b>				
Depressieve klachten				
Laag			1	Kleiner indien men in tweede interview nog hoog scoort op depressie
Midden			0.58 ns	
Hoog			0.22*	

Variabele	OR-stap 1: Determinanten eerste interview	OR-stap 2: Toevoeging gedeeltelijk/ therapeutisch hervat	OR-stap 3: Determinanten tweede interview	Kans op werkhervatting
Aantal keer contact met bedrijfsarts				
0 keer			1	Kleiner bij meer dan 2 contacten
1-2 keer			0.42 ns	
>2 keer			0.15**	
Contact HA, aanhoren verhaal arbeidsomstandigheden			3.36*	Groter bij aanhoren verhaal arbeidsomstandigheden door HA
Contact met meerdere soorten van hulpverleners gehad				
0			1	Kleiner bij >1 hulpverlener
1			0.57 ns	
>1			0.13**	
Werkhervattingsadvies over reductie klachten door psycholoog			0.12*	Kleiner bij werkhervattingsadvies over klachtenreductie door psycholoog
Andere werkplek of afdeling gekregen			0.07**	Kleiner wanneer men na 5 maanden nog naar een andere werkplek of afdeling wordt herplaatst.
Werkgever biedt werkaanpassingen aan <i>i.c.</i> korter werken, vermindering van taken			2.71*	Groter bij aanpassingen in het huidige werk

ns: niet significant; \*: p=.05; \*\*: p=.01; \*\*\*: p=.001.





Het deel van de beroepsbevolking dat in Nederland niet of slechts gedeeltelijk werkt en een arbeidsongeschiktheidsuitkering geniet, is relatief hoog. Wanneer iemand zich om psychische redenen ziek meldt, is de kans groot dat hij of zij ook langdurig verzuimt en uiteindelijk in de WAO komt. Psychische aandoeningen vormen de meest omvangrijke diagnosegroep onder de WAO-intreders.

In deze publicatie wordt verslag gedaan van een onderzoek dat inzicht biedt in dit proces. Daarbij is er vooral aandacht voor de activiteiten die bedrijven, bedrijfsartsen, huisartsen en andere professionals in de praktijk ondernemen om deze werknemers te begeleiden en te behandelen, en een tijdige terugkeer te bevorderen.

In het onderzoek wordt een groep van 555 werknemers gevolgd die bij de start van het onderzoek drie maanden verzuimden. Een groot deel van deze groep (79%) deed een jaar later aan het vervolgonderzoek mee. De auteurs geven een beschrijving van de activiteiten die door de verschillende betrokkenen zijn ondernomen en een beschrijving van het beloop van psychische klachten. Tenslotte zijn voorspellers geïdentificeerd voor volledige werkherleving aan het einde van het eerste ziektejaar, en voor vermindering van psychische, in het bijzonder depressieve klachten.

Deze publicatie is bedoeld voor iedere betrokkene, van beleidsmaker tot hulpverlener, als ook de geïnteresseerde verzuimende werknemer zelf.

**Trimbos-  
instituut**

*Netherlands Institute  
of Mental Health  
and Addiction*

