

De ontwikkeling van een interventie voor werkhervatting bij veelvoorkomende psychische klachten

S.H. van Oostrom, J.R. Anema, B. Terluin, A. Venema, H.C.W. de Vet, W. van Mechelen

Psychische klachten leiden relatief vaak tot langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.¹ Deze studie richt zich op veelvoorkomende psychische klachten waarbij sprake is van ziekteverzuim én distressklachten. In toenemende mate wordt werkhervatting in de bedrijfsgezondheidszorg gezien als onderdeel van het herstelproces.^{2,3} Het kan een werknemer helpen controle te herwinnen.¹ Psychische klachten zijn echter niet gemakkelijk te bespreken op het werk⁴ en er is op dit moment geen gestructureerd protocol beschikbaar om veelvoorkomende psychische klachten en werkhervatting bespreekbaar te maken.

Er bestaat echter wel een succesvolle werkhervattingsinterventie voor werknemers die verzuimen met rugklachten: de participatieve werkaanpassing.^{5,7} Dit is een gestructureerd protocol waarbij een werknemer, een leidinggevende en een arboadviseur gesprekken voeren om belemmeringen voor werkhervatting te identificeren en oplossingen te bedenken, met als doel een plan van aanpak voor werkhervatting op te stellen dat gebaseerd is op consensus tussen de werknemer en de leidinggevende. In een rugklachtenstudie bleek deze werkaanpassingsinterventie effectief te zijn voor terugkeer naar werk.⁸ Daarnaast werd het protocol positief beoordeeld, door zowel werknemers als arboadviseurs.⁵ Uit een aanvullende analyse op de data van de rugklachtenstudie bleek dat bij werknemers met rugklachten ook knelpunten in de mentale belasting kunnen worden geïdentificeerd. Ook deze werden vervolgens bediscussieerd en aangepakt.⁶ Het doel van dit artikel is te beschrijven hoe de participatieve werkaanpassing is aangepast voor werknemers die verzuimen met veelvoorkomende psychische klachten, gebruikmakend van de principes van Intervention Mapping. In de bedrijfsgezondheidszorg is bekend dat implementatie van evidence-based interventies moeizaam verloopt,⁹ mogelijk vanwege het ontbreken van betrokkenheid van doelgroepen bij de ontwikkeling van deze interventies.¹⁰⁻¹² Dit artikel is een bewerking van een Engelstalig artikel.¹³

METHODE

Intervention Mapping is een benadering waarin

SAMENVATTING

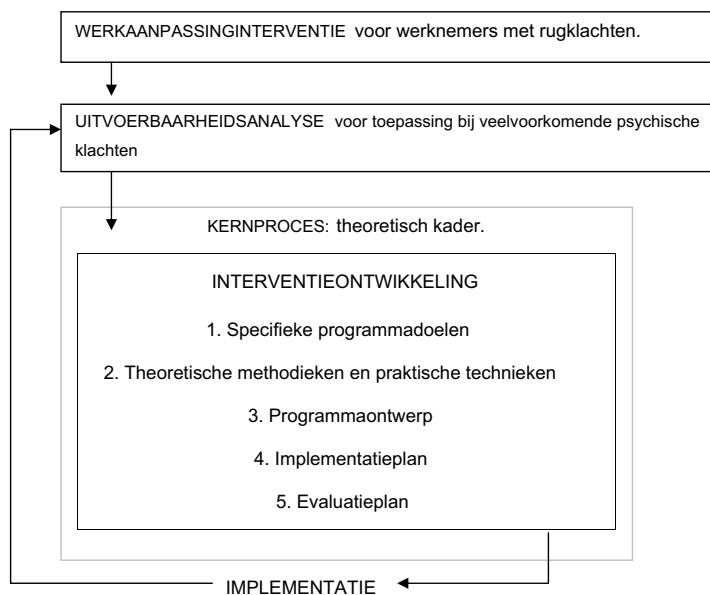
Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van een interventie gericht op werkhervatting van werknemers met veelvoorkomende psychische klachten. Intervention Mapping is toegepast voor het combineren van theorie en wetenschappelijk bewijs. Daarnaast zijn de doelgroepen betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. Werknemers, leidinggevenden en arboprofessionals hebben deelgenomen aan focusgroepen over de inhoud en de randvoorwaarden van de interventie. De resultaten bestaan uit een beschrijving van de stapsgewijze ontwikkeling van de werkaanpassingsinterventie, met een uitgebreide samenvatting van de focusgroepen en een beschrijving van de ontwikkelde interventie. Toepassing van Intervention Mapping heeft geleid tot een gestructureerde werkaanpassingsinterventie, gebaseerd op wat bij werknemers met verzuim door psychische klachten nodig wordt geacht. Door rekening te houden met visies uit de praktijk wordt een betere implementatie van de werkaanpassingsinterventie verwacht. Op basis van het ontwikkelingsproces wordt verondersteld dat Intervention Mapping een veelbelovende benadering is bij het ontwikkelen van een passende interventie voor doelgroepen in de bedrijfsgezondheidszorg.

kennis van de theorie en ervaringen van de betrokken doelgroepen gecombineerd worden bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van interventies.¹⁴ Intervention Mapping bestaat uit vijf stappen die weergegeven zijn in figuur 1. Omdat er in deze studie al een modelprotocol bestaat, is figuur 1 een aangepaste versie van het oorspronkelijke Intervention Mapping.¹⁴ Samenwerking tussen interventieontwikkelaars, interventiegebruikers en de doelgroepen van de interventie vormt de basis van Intervention Mapping.

Intervention Mapping start met een analyse van de uitvoerbaarheid, de noodzaak, het draagvlak en de geschiktheid van de interventie met verschillende betrokkenen binnen de bedrijven waar de interventie geïmplementeerd gaat worden: Vrije Universiteit, VU medisch centrum en Corus (staalindustrie). Naast het doorlopen van de vijf stappen van Intervention Mapping is er aandacht voor het kernproces. Dit proces bestaat uit het identificeren van de determinanten van het gewenste gedrag en het formuleren van een theoretisch kader.

In stap 3, het programmaontwerp, hebben drie focusgroepen plaatsgevonden: één focusgroep

**PARTICIPATIEVE
WERKAANPASSING,
PSYCHISCHE
KLACHTEN,
WERKHERVATTING,
FOCUSGROEPEN**



Figuur 1. Intervention Mapping gericht op het ontwikkelen van de werkaanpassingsinterventie voor werknemers met psychische klachten (gebaseerd op Intervention Mapping beschreven door Bartholomew et al.¹⁴).

met werknemers die recent een periode met verzuim vanwege psychische klachten meegemaakt hadden, één focusgroep met leidinggevenden en één focusgroep met arboprofessionals. Bedrijfsartsen werd gevraagd werknemers en leidinggevenden te benaderen voor deelname aan de focusgroepen. De focusgroepen bestonden uit acht tot twaalf personen en duurden ongeveer 90 minuten. Aan de hand van stellingen werd de discussie op gang gebracht. De stellingen hadden betrekking op vier thema's:

1. gelijkheid, veiligheid en steun in gesprekken over werkhervatting;
2. de rol van de arboadviseur;

Praten over werkhervatting bij psychische problematiek wordt vaak vermeden door werknemers en leidinggevenden.

Intervention Mapping is een benadering waarin kennis van de theorie/informatie uit wetenschappelijk onderzoek en ervaringen van de betrokken doelgroepen gecombineerd worden bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van interventies.

De meerwaarde van Intervention Mapping is dat een theoretisch kader wordt gecombineerd met betrokkenheid van de doelgroepen. Deze benadering biedt ondersteuning bij het verminderen van de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk in de bedrijfsgezondheidszorg.

De participatieve werkaanpassingsmethodiek kan veelvoorkomende psychische klachten en werkhervatting bespreekbaar maken tussen een werknemer en een leidinggevende.

3. het meest geschikte moment om de interventie in te zetten;
4. de verwachte praktische barrières bij het inzetten van het protocol bij deze doelgroep.

RESULTATEN

Inschatting van de uitvoerbaarheid

De mogelijkheid tot een gestructureerd gesprek tussen werknemer en leidinggevende zeer vroeg in de verzuimperiode, begeleid door een arboadviseur, werd gezien als de kracht van de werkaanpassingsinterventie. De werkaanpassingsinterventie is conform de Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen en sluit goed aan bij de Wet verbetering poortwachter en de politieke en maatschappelijke aandacht voor het voorkomen van ziekteverzuim gerelateerd aan stress. Door vertegenwoordigers van de bedrijven wordt verwacht dat de investeringen en opbrengsten van de interventie in balans zijn, waardoor het protocol als passend en zinvol wordt geacht bij verzuim met psychische klachten.

Theoretisch kader

Uit verschillende studies is gebleken dat werknemers het werk kunnen hervatten ondanks de aanwezigheid van klachten en dat er geen verergering van de klachten hoeft op te treden als gevolg van de werkhervatting.²³ In het algemeen is het echter nog steeds zo dat de meeste interventies gericht zijn op een vermindering van de symptomen. Daarnaast is aangetoond dat voorspellers voor langdurig verzuim gedragsgerelateerd en multifactorieel van aard zijn in plaats van gebaseerd op een enkel medisch symptoom.¹⁵ Daarom is het belangrijk om ons in interventies te richten op gedrag dat te maken heeft met werkhervatting, in plaats van op de medische aandoening van een werknemer.¹⁶ Gedragsveranderingsmodellen worden vaak toegepast in de ontwikkeling en implementatie van interventies. Eén van die modellen is het attitude–sociale invloed–eigen effectiviteit (ASE-)model.¹⁷ Figuur 2 toont het ASE-model voor werkhervatting.¹³

Interventieontwikkeling

De uitkomsten van de stappen 1 tot en met 3 zijn op vereenvoudigde wijze weergegeven in box 1. Ook de uitwerking van stap 4 en 5, die na het opstellen van het programmaplan worden uitgevoerd, zijn in deze box weergegeven.

De focusgroep discussies

Gelijkheid, veiligheid en steun in gesprekken over werkhervatting

De meeste werknemers in de focusgroep vonden

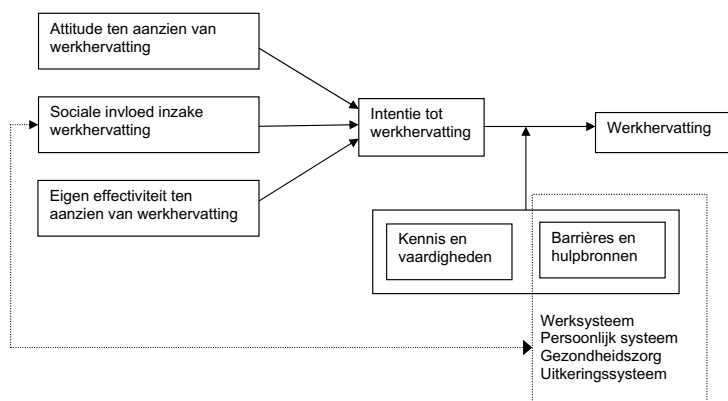
het moeilijk om te praten over werkhervatting met hun leidinggevende. Eén werknemer zei: *'Ik had een hele goede band met mijn leidinggevende en desondanks vond ik praten over werkhervatting erg lastig.'* Arboprofessionals benadrukken dat het bij ziekteverzuim door psychische klachten ook voor leidinggevendens lastig gevonden wordt om te praten over werkhervatting. De aanwezigheid van een onafhankelijke arboadviseur in het drie-gesprek met werknemer en leidinggevende zorgt mogelijk voor meer gelijkheid in het gesprek.

Werknemers zijn van mening dat niet alle werknemers een dergelijk protocol nodig hebben. Met name mondigere werknemers zouden dit zelf met hun leidinggevende kunnen oplossen. Leidinggevendens waarderen het gestructureerde protocol: *'Zo'n protocol kan structuur en houvast bieden en een kader vormen voor zowel de werkgever als de medewerker.'* Het protocol biedt steun aan leidinggevendens om al vroeg in het verzuim werkhervatting ter sprake te brengen. Mogelijk dat met dit protocol een defensieve of vermijdende reactie van werknemers kan worden voorkomen. Een voorwaarde is wel, volgens leidinggevendens, dat er een goede communicatie is tussen de werknemer en de leidinggevende.

Druk om weer aan het werk te gaan draagt volgens werknemers niet bij aan werkhervatting. Werknemers voelen zich al schuldig over het verzuim: *'Ik kan me nog goed herinneren dat mijn leidinggevende het niet naliet om steeds te zeggen hoe vreselijk hij mij miste op het werk. Dat legde een enorme druk op mij, omdat ik mij toch al zo schuldig voelde dat ik niet of nauwelijks kon werken.'* Een arboadviseur kan steun bieden, zodat werknemers zichzelf op juiste wijze kunnen uitdrukken in een gesprek met hun leidinggevende. Een andere werknemer zei: *'Je zit in een gezagsrelatie tegenover elkaar en dan is het denk ik goed als er iemand bij zit die het proces bewaakt.'*

De rol van de arboadviseur

In het bestaande werkaanpassingsprotocol dat bij rugklachten werd gebruikt, hoeft een arboadviseur geen expert te zijn op het gebied van de rugklachten. Iedereen kon in principe arboadviseur zijn. Leidinggevendens vinden echter dat een arboadviseur bij de doelgroep van veelvoorkomende psychische klachten wel ervaring dient te hebben in de begeleiding van werknemers met psychische klachten. Daarbij aansluitend zijn werknemers het eens met de volgende uitspraak: *'Een intermediair moet zeker expertise hebben'*. Daarnaast zijn leidinggevendens van mening dat arboadviseurs ook iets moeten afweten van de werkzaamheden op een afdeling. In het kader van de



Figuur 2.

Attitude–sociale invloed–eigen effectiviteitsmodel voor werkhervatting.

prospectieve studie naar de effectiviteit van dit protocol bij psychische klachten worden bedrijfsmaatschappelijk werkers en arbeidsdeskundigen gevraagd voor de procesbegeleiding. Zij zijn normaal gesproken werkzaam voor bepaalde afdelingen. Alle professionals zijn van mening dat deze interventie niet kan worden begeleid op de afdeling waar ze normaal gesproken werkzaam zijn, vanwege de wenselijkheid van een onafhankelijke intermediaire positie. Het is daarom voor de uitvoering van het protocol belangrijk dat arboadviseurs hun specifieke positie binnen dit protocol duidelijk toelichten.

De professionals gaven aan dat aparte gesprekken met de werknemer en de leidinggevende voorafgaand aan het drie-gesprek leiden tot inzicht in beide visies, wat bijdraagt aan een onpartijdige positie van de arboadviseur. Een noodzakelijke vaardigheid van de arboadviseur is het creëren van een gelijkwaardig gesprek, hetgeen bijdraagt aan gevoelens van veiligheid bij werknemers. Arboprofessionals vinden dat iedere oplossing waar werknemer en leidinggevende consensus over bereiken passend is, zelfs als deze oplossing vanuit de expertise van de arboadviseur niet de beste oplossing is. In de brainstorm voor oplossingen bestaat wel de mogelijkheid oplossingen vanuit de expertise van de arboadviseur in te brengen en toe te lichten. Deze mogelijkheid werd als zeer belangrijk gezien door werknemers en leidinggevendens.

Timing van het moment om de werkaanpassingsinterventie te starten

Over het moment dat de werkaanpassingsinterventie moet worden ingezet wordt verschillend gedacht. Een eerste contact met een arboadviseur na zes weken verzuim vinden arboprofessionals laat. Na twee weken vindt men evenwel te vroeg,

Box 1

Uitwerking van de stappen van Intervention Mapping.

STAP 1 – PROGRAMMADOELEN

Specifiek programmadoel

Vermindering van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid bij werknemers met veelvoorkomende psychische klachten.

Doelgroepen

De interventie is bedoeld voor werknemers die kortdurend ziek gemeld zijn met psychische klachten en voor leidinggevend. Daarnaast behoren arboadviseurs als gebruikers van de interventie tot de doelgroep.

Specifieke gedragsdoelen (enkele voorbeelden)

- I De werknemer is in staat belemmeringen voor een snelle en veilige werkhervatting te benoemen en te prioriteren.
- I De werknemer is in staat oplossingen voor een snelle en veilige werkhervatting te bespreken met zijn/haar leidinggevende en arboadviseur.

Determinanten voor werkhervatting

Persoonlijke determinanten:

- I kennis van de gevolgen van arbeidsongeschiktheid
- I herkennen van risico op arbeidsongeschiktheid
- I attitude ten opzichte van werkhervatting
- I sociale invloed met betrekking tot werkhervatting
- I eigen effectiviteit met betrekking tot werkhervatting
- I verwachting met betrekking tot werkhervatting
- I vaardigheden in gesprekken over werkhervatting

Omgevingsdeterminanten:

- I veiligheid
- I gelijkheid
- I steun

Leerdoelen en veranderdoelen

Leerdoelen en veranderdoelen ontstaan in een matrix waarin specifieke gedragsdoelen gecombineerd worden met de determinanten voor werkhervatting.

Voorbeeld: De combinatie van het eerste gedragsdoel en de determinant eigen effectiviteit heeft geleid tot het volgende leerdoel: 'De werknemer kan belemmeringen voor werkhervatting benoemen in een gesprek met zijn/haar leidinggevende en de arboadviseur.'

STAP 2 – THEORETISCHE METHODIEKEN EN PRAKTISCHE TECHNIEKEN

Voorbeeld van theoretische methodieken bij twee determinanten:

Determinanten:

risicoperceptie en kennis
steun

Theoretische methodieken:

passief leren door informatieverstrekking
actieve informatieverwerking
openheid van mogelijkheden
steun van de werkomgeving

STAP 3 – PROGRAMMAONTWERP

Drie aparte focusgroepen met werknemers, leidinggevend en arboprofessionals.

Besproken thema's:

- I gelijkheid, veiligheid en steun in gesprekken over werkhervatting;
 - I de rol van de arboadviseur;
 - I het meest geschikte moment om de participatieve werkaanpassing in te zetten;
 - I de verwachte praktische barrières voor dit protocol bij stressgerelateerd ziekteverzuim.
- Opstellen programmaontwerp op basis van de matrices uit stap 1 en 2 en de focusgroepen.

STAP 4 – IMPLEMENTATIEPLAN

- I Matrices met implementatiedoelen opgesteld.
- I Training voor bedrijfsartsen en arboadviseurs.

STAP 5 – EVALUATIEPLAN

- I *Design:* gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met follow-up van een jaar.
 - Interventiegroep: participatieve werkaanpassing + NVAB-richtlijn.
 - Controlegroep: NVAB-richtlijn.
- I *Populatie:* werknemers die zich twee tot acht weken hebben ziek gemeld met distressklachten.
- I *Primaire uitkomstmaat:* tijd tot werkhervatting.
- I *Secundaire uitkomstmaten:* psychische klachten, tevredenheid met werk, coping, ASE-determinanten, recidieven, directe en indirecte kosten.
- I Procesequantificatie voor werknemer, leidinggevende, arboadviseur en bedrijfsarts over de tevredenheid en toepasbaarheid van de interventie na drie maanden.

omdat de werknemer dan vaak nog een grote mate van controleverlies ervaart. *'Ik denk dat de werknemer in staat moet zijn om met enige afstand naar zijn probleem te kunnen kijken, en als er een grote mate van controleverlies is dan kan iemand dat niet.'* Eén werknemer zei: *'Ik denk dat je de eerste paar weken ook wel echt rust wilt. Dan zit je niet te wachten op dit soort gesprekken.'* Sommige werknemers gaven aan eerst te willen weten wat de oorzaak van de stressklachten is alvorens te starten met het werkaanpassingsprotocol. Dit is in strijd met een belangrijk uitgangspunt van het protocol, namelijk het vermijden van discussies over oorzaken van verzuim door zich te richten op belemmeringen voor werkhervatting. Wanneer het protocol te laat wordt ingezet, neemt de kans op langdurig ziekteverzuim toe. In alle focusgroepen kwam naar voren dat men dacht dat het moeilijk is om het inzetten van het protocol voor deze doelgroep te standaardiseren. Echter voor dit onderzoek, waarin standaardisatie noodzakelijk is, werd overeengekomen een start van het protocol na minimaal vier weken verzuim te hanteren. Arboprofessionals gaven aan dat in sommige gevallen meer consulten bij de bedrijfsarts nodig zijn voor geruststelling en stressvermindering, alvorens te starten met het protocol: *'Geruststelling en interventies voor stressreductie, dat zijn eigenlijk de eerste interventies die ik doe, om werknemers weer bodem onder de voeten te geven.'* Daarnaast is men van mening dat de reguliere begeleiding behouden moet blijven. De werkaanpassingsinterventie is extra. De bedrijfsarts is ervoor verantwoordelijk dat er geen tegenstrijdige adviezen worden gegeven over werkhervatting. De stressoreninventarisatie uit de NVAB-richtlijn wordt als een zeer zinvol hulpmiddel gezien als voorbereiding op de gesprekken met een arboadviseur. Zowel leidinggevenden als werknemers geven aan prijs te stellen op checklisten die helpen bij het identificeren van belemmeringen voor werkhervatting. Geen van de betrokkenen vindt het noodzakelijk dat voor werkhervatting alle klachten verdwenen zijn. Bij stressgerelateerd verzuim is controleverlies een hoofdkenmerk, werkhervatting kan juist bijdragen aan het hervinden van die controle.

Verwachte praktische barrières bij het inzetten van het protocol bij psychische klachten

Wanneer we de focusgroepen de vraag stellen welke praktische barrières zij verwachten, worden er verschillende genoemd. Allereerst verwachten professionals weerstand van bijvoorbeeld huisartsen en psychologen voor een plan voor vroege werkhervatting. Ten tweede vrezen

werknemers en professionals dat werkzaamheden niet altijd passend en zinvol kunnen zijn. Arbeidstherapeutisch aan het werk gaan wordt niet gezien als stimulerend en zal volledige werkhervatting niet bevorderen. Werknemers zeiden: *'Anderen gaan dan bepalen wat goed voor jou is.'* Door het karakter van het protocol kunnen deze situaties vermeden worden. Ten derde vrezen sommige professionals voor een toename van de klachten van een werknemer bij een snelle werkhervatting, hoewel daar geen wetenschappelijk bewijs voor is. *'Je wilt hiermee mensen eerder terug naar het werk, dan zijn ze in principe nog kwetsbaarder. Wanneer er dan veel werkdruk is, kan dat ertoe leiden dat werknemers toch langer gaan werken dan afgesproken. Dat kan contraproductief werken.'* Werknemers zijn zeer kwetsbaar in deze fase. Daarom zal een leidinggevende of iemand anders van de afdeling de afspraken in het plan van aanpak moeten controleren. Als vierde barrière zegt een leidinggevende het volgende: *'In de huidige situatie verschuilen medewerkers zich vaak achter een advies over werkhervatting van de bedrijfsarts.'* Dit advies kan een barrière zijn voor werkhervatting. Leidinggevend vinden het lastig om hiermee om te gaan, omdat zij verantwoordelijk zijn voor ziekteverzuim. Daarom waarderen ze de invloed die zij hebben op het plan van aanpak voor werkhervatting in het protocol, ondanks dat uitvoering veel tijd kost. De laatste genoemde barrière is de beschikbaarheid van de arboadviseur en leidinggevende in het plannen van de afspraken voor het protocol.

Opstellen van het programmaontwerp

Het programmaontwerp dat op basis van de matrices uit stap 1 en 2 en de focusgroepen is opgesteld staat weergegeven in box 2. De belangrijkste veranderingen ten opzicht van de interventie bij rugklachten zijn de randvoorwaarden: inzet na vier weken verzuim, de mogelijkheid tot extra consulten voor stressreductie, de stressoreninventarisatie als voorbereiding, de waarborging van expertise en de intermediaire positie van de arboadviseur (niet voor eigen afdeling).

BESCHOUWING

Het doel van dit artikel is een beschrijving te geven van de ontwikkeling van het protocol Participatieve werkaanpassing voor werknemers die verzuimen met psychische klachten, aan de hand van Intervention Mapping-principes. Hoewel het toepassen van Intervention Mapping veel tijd en inspanning vereiste, heeft het ons ondersteuning geboden in het maken van benodigde keuzes in het ontwikkelen van de interventie.

Box 2

Overzicht stappenplan van het programma participatieve werkaanpassing

Stap	Acties
Stap 0	Doorverwijzing naar arboadviseur en voorbereiding door bedrijfsarts. <ul style="list-style-type: none">I Bedrijfsarts licht stressoreninventarisatie toe en geeft deze mee als huiswerkopdracht.I Bedrijfsarts plant eventueel extra consulten voor geruststelling en interventies voor stressvermindering.I Bedrijfsarts informeert arboadviseur over inhoudelijk kaders (bijv. werktijden) en medische beperkingen van de werknemer.
Stap 1	Organisatie en voorbereiding door arboadviseur. <ul style="list-style-type: none">I Contact met werknemer en leidinggevende om afspraken te maken.
Stap 2	Inventarisatie knelpunten door arboadviseur, met werknemer en leidinggevende apart. <ul style="list-style-type: none">I Werkplekoriëntatie en inventarisatie van taken en werkzaamheden.I Inventarisatie en prioritering knelpunten voor werkherleving met werknemer.I Inventarisatie en prioritering knelpunten voor werkherleving met leidinggevende.
Stap 3	Inventarisatie werkaanpassingen door arboadviseur, met werknemer en leidinggevende samen. <ul style="list-style-type: none">I Bespreking geprioriteerde knelpunten.I Bedenken en beoordelen werkaanpassingen (brainstorm).I Besluit nemen over werkaanpassingen en termijnen.I Afspreken wie verantwoordelijk is voor iedere actie.I Anticiperen op mogelijke problemen.
Stap 4	Voorbereiding werkaanpassingen en rapportage door arboadviseur (stap 1 t/m 4 binnen twee weken na verwijzing). <ul style="list-style-type: none">I Opstellen plan van aanpak.I Rapportage naar werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts.
Stap 5	Begeleiding uitvoering werkaanpassingen door arboadviseur. <ul style="list-style-type: none">I Geven van voorlichting en instructie (zo nodig).I Terugvalpreventie.
Stap 6	Evaluatie en eindrapportage door arboadviseur en bedrijfsarts. <ul style="list-style-type: none">I Arboadviseur evalueert plan van aanpak met werknemer en leidinggevende telefonisch (na een maand).I Arboadviseur stuurt eindrapportage op naar werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts.I Bedrijfsarts bepaalt wanneer volgend contact nodig is om voortgang te bewaken.
Gedurende hele proces hebben arboadviseurs aandacht voor:	
<ul style="list-style-type: none">- gelijke verdeling in gesprekken;- regelmatig samenvatten van uitspraken.	
Uitgangspunten:	
<ul style="list-style-type: none">- praten over werkherleving hoeft niet te betekenen dat werkherleving direct start;- andere behandelingen kunnen gelijktijdig met deze interventie plaatsvinden.	

Sterke en zwakke punten

Intervention Mapping

Hoewel het participatieve werkaanpassingsprotocol al bestaat voor werknemers die verzuimen met rugklachten,⁸ is Intervention Mapping toegepast voor de doelgroep werknemers met veelvoorkomende psychische klachten. Het toepassen van Intervention Mapping bevordert de systematische betrokkenheid van de verschillende doelgroepen, dat wil zeggen werknemers met psychische klachten zelf, leidinggevend en arboprofessionals, in alle fases van de protocolontwikkeling. Hierdoor hebben we een protocol ontwikkeld waarbij rekening is gehouden met een theoretisch kader en met de verschillende perspectieven van de doelgroepen. Wij verwacht

ten dat dit zal leiden tot een betere compliance met het protocol. Om praktische redenen zijn uitsluitend doelgroepen vanuit de deelnemende bedrijven betrokken bij de uitvoerbaarheidsanalyse en de focusgroepen. Het is mogelijk dat het opnieuw doorlopen van Intervention Mapping met doelgroepen van andere bedrijven een ander resultaat zal opleveren.

Vergelijking met andere studies

Er zijn slechts enkele artikelen bekend waarin de ontwikkeling van interventies in de bedrijfsgezondheidszorg is beschreven.^{18,19} Daarin worden de drie fases beschreven voor het uitvoeren van interventieonderzoek, zoals voorgesteld door Goldenhar et al.:⁹ ontwikkeling, implementatie

en evaluatie. Interviews met doelgroepen en directe observaties hebben in deze studies geleid tot passende interventies, om zo ook succesvolle implementatie- en evaluatiefases mogelijk te maken. De meerwaarde van Intervention Mapping is in onze visie dat een theoretisch kader wordt gecombineerd met betrokkenheid van de doelgroepen.¹⁴ Deze benadering biedt ondersteuning bij het verminderen van de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk in de bedrijfsgezondheidszorg.

Aanbevelingen

Deze studie toont aan dat Intervention Mapping een veelbelovende en zinvolle benadering is bij de ontwikkeling van interventies in de bedrijfsgezondheidszorg. In dit vakgebied wordt door verschillende auteurs de noodzaak voor de ontwikkeling van interventies die passen bij de doelgroep herkend.⁹⁻¹² Derhalve moedigen wij interventieontwikkelaars en onderzoekers aan, om alle fases van interventieonderzoek te doorlopen, in samenwerking met de doelgroepen.

Concluderend kunnen we stellen dat de ontwikkeling van de participatieve werkaanpassing met behulp van Intervention Mapping heeft geleid tot een gestructureerde interventie die is afgestemd op wat werknemers met veelvoorkomende psychische klachten nodig hebben. Op dit moment vindt er een randomised controlled trial plaats om deze aanname te evalueren.²⁰

LITERATUUR

- Manders JHM, Nauta AP, Lebbink M. Richtlijn: Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Utrecht: Nederlands Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), 2007.
- Blonk RW, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, et al. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress* 2006; 20: 129-144.
- Klink JJ van der, Blonk RW, Schene AH, et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60: 429-437.
- Anema JR, Giezen AM van der, Buijs PC, et al. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: A cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med* 2002; 59: 729-733.
- Anema JR, Steenstra IA, Urlings IJ, et al. Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: a future challenge? *Am J Ind Med* 2003; 44: 273-281.
- Jettinghoff K, Venema A, Anema JR, et al. Toepasbaarheid van de Participatieve Aanpak Werkaanpassing bij verzuim ten gevolge van psychische werkbelasting. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2005; 13: 294-299.
- Kromhout C, Mulders-Geurts D, Deen JW, et al. STECR

- werkwijzer Werkaanpassing. Hoofddorp: STECR, 2006.
- Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007; 32: 291-298.
 - Goldenhar LM, LaMontagne AD, Katz T, et al. The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *J Occup Environ Med* 2001; 43: 616-622.
 - Franche RL, Baril R, Shaw WS, et al. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 525-542.
 - Grol R, Grimshaw JM. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391): 1225-1230.
 - Young AE, Wasiak R, Roessler RT, et al. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 543-556.
 - Oostrom SH van, Anema JR, Terluin B, et al. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 127.
 - Bartholomew LK, Parcel GS, Kok GJ, et al. Intervention Mapping: designing theory and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 2001.
 - Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Boer AG de, et al. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 67-74.
 - Frank JW, Sinclair SJ, Hogg-Johnson S, et al. Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope - if we can just get all the players inside. *CMAJ* 1998; 158: 1625-1631.
 - Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res* 1988; 3: 273-282.
 - Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, et al. Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occup Environ Med* 2006; 63: 326-334.
 - Brown TP, Rushton L, Williams HC, et al. Intervention development in occupational research: an example from the printing industry. *Occup Environ Med* 2006; 63: 261-266.
 - Oostrom SH van, Anema JR, Terluin B, et al. Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial. *BMC Publ Health* 2008; 8(12).

Belangenconflicten: geen gemeld

Financiële ondersteuning: het STECR Aladdin fonds en het Body@Work-onderzoekscentrum voor beweging, arbeid en gezondheid.

PERSONALIA

S.H. van Oostrom¹²³, J.R. Anema¹²³⁴, B. Terluin¹⁵, A. Venema⁶, H.C.W. de Vet¹, W. van Mechelen¹²³⁴

¹EMGO Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam.