Arbeidsgerichte versus klachtgerichte cognitieve gedragstherapie bij ziekteverzuim wegens psychische klachten

Elmer Frederik Klingen

Universiteit van Amsterdam

Studentnummer 0017396

Werkstuk voor de Afstudeerrichting

Arbeids- en Organisatiepsychologie

Begeleider Dr. Marc Schabracq

9 augustus 2007

Arbeidsgerichte versus klachtgerichte cognitieve gedragstherapie bij ziekteverzuim wegens psychische klachten

Effecten op de lange termijn van
arbeidsgerichte cognitieve gedragstherapie
onder werknemers die verzuimen wegens
overspannenheid, burn-out, angst of depressie.

De invloed van
geleidelijke werkhervatting en self-efficacy
op werkhervatting na een jaar.

Inhoudsopgave

Voorwoord **3**

Abstract **3**

1. Inleiding **5**

1.1 Probleemstelling 5

1.2 Graduele werkhervatting en self-efficacy 7

1.3 Huidige studie 10

2. Methode **12**

2.1 Proefpersonen en procedure 12

2.2 Behandelaars en coördinatie 13

2.3 Onderzoeksdesign 14

2.4 Behandelprotocol 15

2.5 Materiaal en instrumenten 17

2.6 Datareductie en analyses 19

3. Resultaten **20**

3.1 Proefpersonen 20

3.2 Uitval 22

3.3 Effecten van de interventie 24

3.4 Self-efficacy 28

3.5 Regressiemodel 30

4. Discussie **31**

5. Referenties **35**

6. Appendix **37**

Voorwoord

Dit werkstuk is geschreven naar aanleiding van een onderzoek dat is uitgevoerd bij TNO Arbeid in de periode 2005-2007. Dit werkstuk is het resultaat van zes maanden interne stage bij TNO Arbeid. Bij de totstandkoming van dit werkstuk ben ik dank verschuldigd aan drs. Suzanne Lagerveld voor de begeleiding bij TNO Arbeid en dr. Marc Schabracq voor de begeleiding vanuit de programmagroep Arbeids- & Organisatiepsychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Abstract

Ziekteverzuim wegens psychische klachten is een groot maatschappelijk probleem. Het vinden van een effectieve interventie om de psychische klachten van werknemers te behandelen en het ziekteverzuim te reduceren heeft de hoogste prioriteit. In samenwerking met de geestelijke gezondheidsorganisatie Ensis (GGZ Europoort) is door TNO een interventiestudie opgezet. Het doel van deze studie is het toetsen van een nieuwe arbeidsgerichte interventie van Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005). Deze interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en bevat een geleidelijke opbouw van arbeidsdeelname. Een belangrijk aspect bij deze interventie is het verhogen van de arbeidsgerelateerde self-efficacy door het beleven van succeservaringen.

De nieuwe (arbeidsgerichte) interventie werd vergeleken met reguliere (klachtgerichte) cognitieve gedragstherapie. Proefpersonen namen deel aan het onderzoek indien ze volledig verzuimden van hun werk wegens overspannenheid, burn-out, angstklachten of een depressie. Over een periode van twaalf maanden werden de self-efficacy en de arbeidsdeelname van de proefpersonen gemeten. De proefpersonen die de nieuwe (arbeidsgerichte) interventie ontvingen werden verwacht sneller terug te keren naar het arbeidsproces dan degenen die de reguliere (klachtgerichte) behandeling ontvingen. De nieuwe interventie werd verwacht even effectief te zijn voor overspannenheid, burn-out, angstklachten en depressie.

In totaal werden 178 proefpersonen behandeld met arbeidsgerichte (n= 89) of klachtgerichte (n= 89) cognitieve gedragstherapie. De proefpersonen waren gediagnosticeerd met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out, n= 85), een angststoornis (n= 27), een depressie (n= 29), een aanpassingsstoornis (n= 16) of een gemengd beeld (n= 7). Voor de follow-up meting van twaalf maanden zijn gegevens beschikbaar van 75 proefpersonen, waarvan 39 arbeidsgerichte en 36 klachtgerichte CGT ontvingen. Zowel de proefpersonen die arbeidsgerichte als degenen die klachtgerichte CGT ontvingen werkten na twaalf maanden meer uren per week dan bij aanvang van de behandeling. Arbeidsgerichte CGT leidde niet tot een snellere werkhervatting dan klachtgerichte CGT met uitzondering van proefpersonen die de diagnose OSS hadden gekregen. Self-efficacy bleek voorspellend voor de mate van werkhervatting na twaalf maanden. Arbeidsgerichte CGT leidde niet tot een hogere arbeidsgerelateerde self-efficacy van proefpersonen dan klachtgerichte CGT.

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

Ziekteverzuim wegens psychische klachten is een groot maatschappelijk probleem. Jaarlijks verzuimen in Nederland veel werknemers wegens psychische klachten. In 2005 bestond een derde van de arbeidsgerelateerde ziekmeldingen in Nederland uit psychische klachten (Signaleringsrapport Beroepsziekten, 2006). Psychische klachten, zoals spanningsklachten of somberheid, kunnen leiden tot aanzienlijk persoonlijk lijden, verminderde (arbeids)productiviteit en tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheid.

Stress en burn-out vallen in heel Europa onder de meest genoemde werkgerelateerde gezondheidsproblemen (Paoli, 1997, in Houtman, van de Bossche, Zijlstra, D'Amato, Joensuu, Lindstrom, Clarkin & Wynne, 2006). Alleen al in Groot-Brittannië is de schatting dat stressgerelateerde klachten 40 miljoen werkdagen per jaar kosten (CBI, 1999; Kearns, 1996, in Houtman et al., 2006). Van de arbeids- of stressgerelateerde stoornissen vormen overspannenheid en burn-out, met 77% van de ziekmeldingen, de grootste groep van het ziekteverzuim. Ook angstklachten en depressies komen relatief vaak voor als oorzaak van ziekteverzuim (Signaleringsrapport Beroepsziekten, 2006). Onderzoek van de International Labour Organisation (2000, in Clarkin & Wynne, 2006) in Finland, Duitsland, Polen, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten laat zien dat de incidentie van geestelijke gezondheidsproblemen onder werknemers toe neemt. Zij schatten dat momenteel een op de tien werknemers lijdt onder de symptomen van depressie, angst, stress of burn-out.

De symptomen van burn-out en overspannenheid vallen in de DSM-IV (APA, 1994) onder, respectievelijk, ongedifferentieerde somatoforme stoornis (OSS) en aanpassingsstoornis. Stressvolle gebeurtenissen op het werk als een fusie of een arbeidsconflict kunnen leiden tot een aanpassingsstoornis. Een aanpassingsstoornis wordt gekenmerkt door aspecifieke spanningsklachten met aanzienlijke beperkingen in het sociale of het beroepsmatige functioneren.

De werknemer is niet bij machte om te gaan met een stressvolle gebeurtenis en krijgt last van uiteenlopende klachten als gespannenheid, concentratieverlies, vermoeidheid of slapeloosheid. De aanpassingsstoornis is een veel voorkomende stoornis onder werknemers. Meer dan 10% van de totale uitval door bedrijfsziektes bestaat uit een aanpassingsstoornis veroorzaakt door stress op het werk (Neumeyer, Bruinvels, Rebergen, Madan & Nieuwenhuijsen, 2007). Wanneer spanningsklachten langdurig aanhouden, kan dit leiden tot emotionele uitputting, een gevoel van verminderde competentie, een cynische houding ten opzichte van het werk en lichamelijke klachten. In dat geval spreekt men van een burn-out (OSS). De posttraumatische stressstoornis (PTSS) valt buiten het gezichtsveld van dit werkstuk.

Naast overspannenheid en burn-out (OSS) kunnen angstklachten en depressies leiden tot aanzienlijke klachten en verzuim van het werk. Bij een angststoornis kunnen irreële angsten, voor bijvoorbeeld sociale situaties of controleverlies, ervoor zorgen dat de werknemer bepaalde situaties vermijdt. Deze angsten kunnen direct verzuim veroorzaken doordat de werksituatie zelf angst oproept of indirect doordat reizen met de auto of trein wordt vermeden. Een depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en verlies van plezier in voorheen plezierige activiteiten (anhedonie). Verder spelen onder andere slapeloosheid, een afgevlakt affect en algehele lethargie een rol bij het verzuim van werk (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). In de praktijk komen angstklachten en somberheid veelal tegelijkertijd voor. Ook burn-out (OSS) en de aanpassingsstoornis kunnen worden gekenmerkt door aanzienlijke angst of somberheid.

Gezien de omvang van het probleem, de maatschappelijke kosten die ermee gemoeid zijn en het individuele leed dat hieraan verbonden is, is goede begeleiding van werknemers die verzuimen wegens psychische klachten van groot belang. Voor een succesvolle begeleiding van werknemers met psychische klachten wordt snelle werkhervatting als cruciaal gezien. Zowel de richtlijn Psychische Klachten van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NvAB) als de Wet Verbetering Poortwachter (1 april 2002) sturen aan op activering en snelle terugkeer van de werknemer naar werk. D'Amato & Zijlstra (2003) stellen

dat een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschikten kan profiteren van een adequaat re-integratiebeleid en goede interventiestrategieën. Momenteel ontbreekt het echter aan een goede evidence-based interventiestrategie voor mensen die klachten als stress of burn-out presenteren (Hoogduin, Hoogduin, & Vossen, 1998). Het meeste onderzoek dat is uitgevoerd naar de terugkeer naar werk van werknemers die bedrijfsongevallen hebben meegemaakt of kampen met bedrijfsziekten is gedaan naar fysieke componenten in plaats van naar psychische klachten. Er is momenteel weinig onderzoek op het gebied van terugkeer naar werk bij mensen met werkgerelateerde psychische klachten (D'Amato & Zijlstra, 2003).

1.2 Geleidelijke werkhervatting en self-efficacy

Voor de aanpassingstoornis, burn-out (OSS), angstklachten en depressies bestaan effectieve therapieën. In het algemeen wijst onderzoek uit dat cognitieve gedragstherapie een goede invloed heeft op de symptomen van deze stoornissen (Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2001). Veel minder is er bekend over de werking van behandelingen op werkhervatting. Recente literatuurstudies wijzen uit dat cognitieve gedragstherapie waarschijnlijk goede resultaten geeft voor aanpassingstoornissen (Neumeyer, Bruinvels, Rebergen, Madan, & Nieuwenhuijsen, 2007), depressies (Nieuwenhuijsen, Verhoeven, Bültmann, Neumeyer-Gromen, & Van der Feltz-Cornelis, 2007) en angstklachten (Noordik, Klingen, Nieuwenhuijsen, Van der Klink, & Van Dijk, 2007).

Een aantal studies geeft aan dat cognitieve gedragstherapie die zich richt op een vroege terugkeer naar werk een goede invloed heeft op werkhervatting van werknemers die verzuimen wegens psychische klachten (Van der Klink et al., 2003; Brenninkmeijer, Houtman & Blonk (2005). Van der Klink et al. deden in 2003 een studie naar een activerende cognitieve gedragsinterventie met een geleidelijke opbouw van activiteit bij 192 proefpersonen met een aanpassingsstoornis. Zij concludeerden dat deze interventie de duur van ziekteverzuim significant verlaagde ten opzichte van de klachtgerichte cognitieve gedragsmatige interventie. De beide

interventies waren even effectief in het verminderen van psychische klachten van de cliënten. Brenninkmeijer, Houtman & Blonk (2005) onderzochten 555 werknemers die werk verzuimden wegens psychische klachten. Bij een follow-up twaalf maanden later bleek een vroege geleidelijke terugkeer naar werk geassocieerd te zijn met een lagere kans op een lange duur van depressieve klachten. Volgens Brenninkmeijer en collega's (2005) speelde geleidelijke terugkeer naar werk een belangrijke rol bij het reduceren van de depressieve klachten. Brenninkmeijer, Houtman & Blonk (2005) stellen dat geleidelijk hervatten van werk een therapeutische werking heeft bij psychische klachten. Het hervatten van werk geeft de cliënt een dagelijks werkritme en afleiding van zijn of haar klachten. Tevens heeft het succesvol volbrengen van werktaken een positieve invloed op het zelfvertrouwen en welbevinden van de cliënt. Het geleidelijk hervatten van werktaken en werkuren spelen volgens Brenninkmeijer et al. (2005) een belangrijke rol bij reactivatie en effecten van cognitieve gedragstherapie op werkhervatting. Een gecontroleerde interventiestudie naar de effecten van arbeidsgerichte cognitieve gedragstherapie op werkhervatting bij stressgerelateerde stoornissen, angststoornissen en depressie is echter nodig.

Lagerveld, Blonk & Houtman deden in 2004 een studie naar de behandeling van aanpassingsstoornis bij zelfstandige ondernemers. Zij vergeleken hierbij cognitieve gedragstherapie met een nieuwe interventie. Deze interventie is ontworpen door Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) op basis van cognitieve gedragstherapie. De nieuwe interventie bestaat uit cognitieve gedragstherapie met geleidelijke werkhervatting in een vroeg stadium. Deze kent een arbeidsgerichte aanpak, waarbij terugkeer naar het arbeidsproces wordt geïntegreerd in de behandeling. De cliënt wordt gestimuleerd en ondersteund bij de werkhervatting en eventuele problemen worden besproken. Lagerveld, Blonk & Houtman (2004) concluderen in hun studie dat de nieuwe arbeidsgerichte behandeling zorgt voor een snellere terugkeer naar werk dan klachtgerichte cognitieve gedragstherapie. Er bleek geen differentiëel effect op de psychische klachten.

Een aspect dat belangrijk bleek bij de behandeling van Van Schie, Blonk & Lagerveld is het vertrouwen effectief te kunnen terugkeren naar het arbeidsproces (Lagerveld, Blonk, & Houtman, 2004). De intentie terug te keren naar werk en het vertrouwen van de cliënt over de benodigde vaardigheden te beschikken effectief terug te kunnen keren naar het werk zijn volgens Brenninkmeijer, Houtman & Blonk (2005) belangrijke voorwaarden voor effectieve terugkeer naar werk.

Bandura (1977) introduceerde het concept *self-efficacy* om het vertrouwen van de persoon in zijn vaardigheid bepaald gedrag effectief uit te voeren te beschrijven. Bandura stelt dat: "(…) expectations of personal efficacy determine whether coping behavior will be initiated, how much effort will be expended, and how long it will be sustained in the face of obstacles and aversive experiences." (Bandura, 1977, p. 191). Self-efficacy is per definitie gericht op specifiek gedrag. Toegepast op werkhervatting, zal een toename van de (specifieke) self-efficacy voor de terugkeer naar werk de inspanning en slagingskans volledig te hervatten vergroten. Het ervaren van positieve bekrachtiging, oftewel succeservaringen, heeft de grootste invloed op self-efficacy (Bandura & Adams, 1977). In de interventie van Van Schie, Blonk & Lagerveld wordt via succeservaringen dit zelfvertrouwen versterkt.

Verscheidene studies vinden ondersteuning voor de rol van self-efficacy bij werkhervatting (Stajkovic & Luthans, 1998). Het verhogen van self-efficacy heeft een positief effect op het vinden van werk bij werklozen met een ongunstige arbeidspositie (Brenninkmeijer, Van Houwelingen, Blonk & Van Yperen, 2006). Op het gebied van fysieke klachten als lage rugpijn zijn verscheidene studies die effecten vinden van self-efficacy op terugkeer naar werk (Stajkovic & Luthans, 1998). Self-efficacy blijkt een belangrijke voorspeller en voorwaarde voor volledige werkhervatting. Op het gebied van psychische klachten ontbreekt vooralsnog, met uitzondering van de studie van Lagerveld, Blonk, & Houtman (2004), directe ondersteuning van de invloed van self-efficacy op werkhervatting.

1.3 Huidige studie

Het vinden van een effectieve interventie om de psychische klachten van werknemers te behandelen en de verzuimduur en kosten door ziekteverzuim te reduceren heeft de hoogste prioriteit. Dit werkstuk beschrijft een onderzoeksproject dat de resultaten van Lagerveld, Blonk & Houtman uit 2004 poogt te repliceren. In de periode 2005-2007 wordt door TNO, in samenwerking met de geestelijke gezondheidsorganisatie Ensis (GGZ BAVO Europoort) te Rotterdam, onderzoek gedaan. In deze studie worden de effecten in kaart gebracht van een door Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) ontworpen arbeidsgerichte cognitieve gedragsmatige interventie. Deze nieuwe arbeidsgerichte interventie wordt vergeleken met een klachtgerichte cognitieve gedragsmatige interventie op de mate van werkhervatting van werknemers die verzuimen wegens psychische klachten. Lagerveld et al. (2004) onderzochten de werking van de nieuwe interventie uitsluitend bij proefpersonen met een aanpassingsstoornis. In het huidige onderzoek wordt de interventie tevens onderzocht bij proefpersonen met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out), depressie of angstklachten. Dit werkstuk maakt een deel uit van het grotere project en richt zich op de effecten op de lange termijn van de arbeidsgerichte interventie op werkhervatting. Deze studie vormt een belangrijke stap in de richting van een interventie die mensen met uiteenlopende psychische klachten effectief kan laten terugkeren in het arbeidsproces.

We verwachten dat de arbeidsgerichte interventie van Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) een beter effect heeft op de mate van werkhervatting dan de klachtgerichte interventie. Deze interventie is effectief gebleken bij zelfstandigen die werk verzuimden wegens een aanpassingstoornis. We verwachten dat de nieuwe interventie bij werknemers even effectief zal blijken voor angstklachten, depressies en burn-out als voor aanpassingsstoornissen. Verder verwachten we dat self-efficacy een voorspellende waarde heeft voor de mate van werkhervatting voor zowel angstklachten, depressies en burn-out als aanpassingsstoornissen. We verwachten dat

self-efficacy een belangrijke rol speelt bij de terugkeer naar werk en een belangrijk onderdeel uitmaakt van de nieuwe interventie.

Vraagstelling

1a. Heeft arbeidsgerichte cognitieve gedragstherapie een positief effect op de werkhervatting van proefpersonen die verzuimen wegens arbeidsgerelateerde psychische klachten vergeleken met klachtgerichte cognitieve gedragstherapie?

1b. Is arbeidsgerichte cognitieve gedragstherapie even effectief bij proefpersonen met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out), depressie of angstklachten als bij proefpersonen met een aanpassingsstoornis?

2a. Heeft self-efficacy een voorspellende waarde voor werkhervatting van proefpersonen die verzuimen wegens arbeidsgerelateerde psychische klachten?

2b. Heeft self-efficacy een even grote voorspellende waarde bij de werkhervatting van proefpersonen met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, depressie of angstklachten als bij proefpersonen met een aanpassingsstoornis?

Hypothesen

1. De nieuwe arbeidsgerichte interventie zorgt voor versnelde werkhervatting ten opzichte van reguliere (klachtgerichte) cognitieve gedragstherapie voor zowel ongedifferentieerde somatoforme stoornissen (burn-out), depressies en angstklachten als aanpassingsstoornissen.

2. Self-efficacy heeft een voorspellende waarde voor de terugkeer naar het arbeidsproces, voor zowel ongedifferentieerde somatoforme stoornissen, depressies en angstklachten als aanpassingsstoornissen.

2. Methode

2.1 Proefpersonen en procedure

Proefpersonen werden in de periode juli 2005 tot en met juli 2006 geworven door het psychologische instituut Ensis. Ensis maakt deel uit van de Nederlandse geestelijke gezondheidsorganisatie Europoort en is gespecialiseerd in het behandelen van werkgerelateerde psychische klachten. Vier afdelingen van Ensis in Rotterdam en Spijkenisse waren bij het onderzoek betrokken. Dit waren Spijkenisse, Wilhelminatoren en twee afdelingen van de locatie Holbein. De controleconditie bestond uit de twee afdelingen van Holbein. De experimentele conditie bestond uit de afdelingen Spijkenisse en Wilhelminatoren.

Deelnemers aan dit onderzoek waren werknemers uit Rotterdam en omgeving. Deze werknemers hadden zichzelf aangemeld of werden doorverwezen via huis- of bedrijfsarts voor behandeling van hun psychische klachten. Proefpersonen namen deel aan het onderzoek indien ze voldeden aan de criteria ‘werk hebben’, ‘minimaal 1 dag 100% ziek zijn gemeld’ en ‘milde psychologische klachten presenteren’. Proefpersonen werden uitgesloten van deelname indien ze uitzendwerk deden of eigen baas waren, 100% (therapeutisch) aan het werk waren voor of bij aanvang van de behandeling of ernstige psychische problemen als een zware depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), verslavingsproblematiek of overige psychiatrische problemen presenteerden. Om tot een steekproef te komen van milde arbeids- of stressgerelateerde psychische klachten werden cliënten met ernstige psychische problematiek uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Bovendien wordt deze problematiek niet behandeld bij Ensis. In deze studie werd de terugkeer van werknemers naar betaald werk onderzocht.

Zelfstandigen of mensen zonder werk werden uigesloten van deelname aan het onderzoek. Wanneer proefpersonen in de loop van het onderzoek niet meer voldeden aan bepaalde criteria werden deze alsnog uitgesloten van deelname aan het onderzoek. De behandeling werd dan wel voortgezet.

Na registratie van een cliënt bij Ensis vond een intakeprocedure plaats. De intakeprocedure bestond uit twee intakegesprekken met twee verschillende psychologen. Tijdens het eerste intakegesprek werd nagegaan of de proefpersonen voldeden aan de criteria voor deelname aan het onderzoek. Tijdens het eerste intakegesprek werd het huidige onderzoek door de intaker besproken en kreeg de cliënt een informatiebrochure mee. De informatiebrochure bevatte informatie over het onderzoek en wat het voor de cliënt in zou houden deel te nemen aan het onderzoek. Bij het tweede intakegesprek, dat minimaal een week later plaatsvond, kregen ze mondeling verdere informatie en de mogelijkheid vragen te stellen. De cliënt werd gevraagd te participeren aan het onderzoek indien de diagnose aanpassingsstoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, angststoornis of depressie betrof. Wanneer de proefpersoon toestemde in deelname, werd een *informed-consent* formulier doorgenomen en ondertekend door de cliënt. In het *informed-consent* formulier werd de belangrijkste informatie uit de brochure herhaald. Cliënten namen anoniem deel aan het onderzoek en konden ten alle tijden afzien van verdere deelname of informatie wissen zonder dat dit consequenties had voor de behandeling.

2.2 Behandelaars en coördinatie

Elk van de vier afdelingen van Ensis bevatte een behandelteam van ongeveer 15 psychologen. Van elke vestiging namen psychotherapeuten deel aan het onderzoek. In totaal waren dit 36 psychotherapeuten. Deze therapeuten namen voor aanvang van het onderzoek deel aan een instructiemiddag waar het onderzoek werd uitgelegd. Tevens kregen de psychotherapeuten die proefpersonen uit de experimentele conditie zouden behandelen training in het toepassen van het protocol *Werkhervatting*. Tijdens het onderzoek vond elke zes weken een intervisiebijeenkomst

plaats met de psychotherapeuten uit de experimentele conditie. Daar werden onder andere de voortgang, eventuele problemen en casussen van cliënten besproken.

TNO Arbeid (Hoofddorp) had een coördinerende functie bij dit onderzoek. Door middel van overleg en trainingen werden de therapeuten gedurende het onderzoek aangestuurd. Tijdens kantooruren was contact via de telefoon of e-mail mogelijk met medewerkers van TNO. Via e-mail werden de proefpersonen die in het onderzoek instroomden door Ensis aangemeld bij TNO. Ook de beëindiging van een behandeling werd via e-mail gemeld. Na aanmelding van een cliënt werden de vragenlijsten opgestuurd door TNO. Wanneer een vragenlijst niet tijdig werd teruggestuurd werd telefonisch contact gezocht met de proefpersoon en/of een herinneringsbrief met de betreffende vragenlijst toegestuurd.

2.3 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign was een cluster-randomized design. De experimentele condities werden gerandomiseerd over de afdelingen van Ensis. De experimentele conditie werd uitgevoerd door psychotherapeuten van de vestigingen Spijkenisse en Wilhelminatoren (Rotterdam). De controleconditie werd uitgevoerd door psychotherapeuten van de twee afdelingen van de vestiging Holbein (Rotterdam). Randomisatie van proefpersonen over condities was in dit geval minder wenselijk, aangezien het belangrijk was dat de interventies niet zouden ‘vervuilen’. Wanneer een therapeut beide interventies zou uitvoeren of binnen een afdeling door verschillende therapeuten beide interventies werden uitgevoerd, bestond de kans dat elementen uit de nieuwe interventie ook ongemerkt werden toegepast in de reguliere behandeling. De psychologen van de verschillende afdelingen hadden beperkt contact met elkaar, waardoor de kans op het vervuilen van de controleconditie met aspecten uit de experimentele interventie klein was. Op deze wijze werden spill-overeffecten tegengegaan die een zuivere interpretatie van resultaten zouden verhinderen.

Cliënten werden verdeeld over de twee condities op basis van woonplaats en beschikbaarheid van een behandelaar. Therapeuten en onderzoekers wisten tot welke conditie de cliënt behoorde. De cliënt had hier zelf geen kennis over. Het onderzoek is enkelblind uitgevoerd.

2.4 Behandelprotocol

Proefpersonen in de experimentele conditie werden behandeld aan de hand van het behandelprotocol *Werkhervatting*. Dit behandelprotocol is ontworpen door van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) van TNO Arbeid voor een studie van Lagerveld, Blonk & Houtman (2004) bij zelfstandige ondernemers. Het protocol is gebaseerd op de aanname dat een geleidelijke hervatting van werk een effectief middel kan zijn om te komen tot volledig herstel. Deze aanname is gestoeld op de volgende twee ideeën: a) het vasthouden van de structuur en het dagelijkse ritme van werk kunnen barrières voor werkhervatting reduceren, b) het ondergaan van positieve (mastery)ervaringen kunnen de self-efficacy van de cliënt in zijn mogelijkheden en vaardigheden terug te keren naar werk verbeteren. Beide effecten kunnen de werkhervatting en het psychisch herstel van de cliënt versnellen.

In de behandelprotocollen waarmee gewerkt wordt bij psychische klachten in de eerste lijn maken werkaspecten en werkhervatting geen vast en geïntegreerd onderdeel uit van het behandelprogramma. Dit is vooral het geval voor ernstige psychische klachten, zoals bij een depressie of angststoornis. In de praktijk blijkt werkhervatting veelal pas in een laat stadium aan bod te komen. In plaats van exclusieve nadruk op het reduceren van psychische klachten van cliënten heeft het protocol `Werkhervatting´ tot doel de cliënt actief te begeleiden bij het terugkeren naar werk. Het nieuwe protocol voor cognitieve gedragstherapie plaatst de therapeut als gids die de cliënt leidt door de problemen die hij of zij ervaart bij de terugkeer naar werk. Bij deze begeleiding kan de psychotherapeut de problemen die de cliënt ervaart bij werkhervatting makkelijker identificeren en bespreken met de cliënt. Deze kan de lessen uit de cognitieve gedragstherapie meteen toepassen in de dagelijkse praktijk van zijn of haar werk. Zo wordt niet

alleen aan problemen gewerkt die in het verleden speelden, maar worden tevens de problemen die zich tijdens de therapie voordoen aangepakt binnen de omgeving waarin ze spelen. Hierdoor wordt verwacht dat de cliënt groter vertrouwen krijgt in zijn of haar vermogen terug te keren naar het werk.

Het protocol Werkhervatting specificeert een module van zes sessies, waartussen maximaal twee weken verstrijken. Hervatten van werk wordt bij de mildere stoornissen als aanpassingsstoornis en lichte depressie in de regel behandeld in de derde of vierde sessie. Bij zwaardere depressie en angststoornissen wordt werkhervatting op een later tijdstip besproken en zal de interventie zich allereerst richten op het heractiveren van de cliënt in algemene zin. Behandelaar en cliënt stellen samen een lijst op met de taken die de cliënt op zijn werk moet uitvoeren. Elke taak wordt besproken in termen van het leereffect dat kan optreden en de tijd die beschikbaar is om de eventuele problemen die de cliënt hierbij tegenkomt aan te pakken. In sommige gevallen is het noodzakelijk bepaalde aspecten van de werkomgeving eerst aan te passen voor terugkeer mogelijk is. Een andere werkplek, meer ondersteuning van collega's of dagelijkse terugkoppeling met een leidinggevende zullen wellicht eerst gerealiseerd moeten worden. Zie de Appendix.

De proefpersonen in de controleconditie kregen *care as usual* aangeboden. Deze bestaat uit cognitieve gedragstherapie (CGT) gebaseerd op een protocol van Cure & Care (Keijsers, Schaap, Vossen, Boelaars, Van Minnen & Hoogduin, 2000). De basismodule bevat zes sessies, met maximaal twee weken tussen de sessies, en is gericht op het identificeren en reduceren van de (psychische) klachten. Wanneer de klachten een acceptabel niveau hebben bereikt start de therapeut met het bespreken van het hervatten van werk door de cliënt. Cliënt en therapeut zetten dan samen een specifiek werkhervattingsplan op met de stappen die de cliënt gaat ondernemen bij het hervatten van het werk. Hierbij zijn er naast de basismodule zeven optionele modules voor acht extra sessies.

2.5 Materiaal en instrumenten

De gegevens werden met behulp van vragenlijsten verzameld. Over een periode van een jaar werden zes vragenlijsten naar de proefpersonen toegezonden. De eerste vragenlijst diende als nulmeting. De andere meetmomenten waren één, drie, zes, negen en twaalf maanden na de nulmeting. Bij deze meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen. Tevens werden gegevens gebruikt uit de behandeldossiers van de cliënten. Voor zowel deelname aan het onderzoek als het gebruik van het behandeldossier werd vooraf schriftelijke toestemming van de proefpersoon gevraagd.

2.5.1 Procedure

De vragenlijsten waren in een boekje gebundeld. Instructies waren op de eerste pagina vermeld. De eerste vragenlijst bestond uit dertien pagina's en kostte ongeveer dertig minuten om in te vullen. De verdere vragenlijsten waren korter en kostten tussen de tien en twintig minuten om in te vullen. Proefpersonen kregen de vragenlijsten via de post opgestuurd naar hun huisadres. Bij de eerste vragenlijst zat de informatiebrochure nogmaals bijgesloten. Tevens zat bij elke vragenlijst een retourenvelop met de adresgegevens van TNO. De retourenvelop werd naar een postbus gestuurd zodat het retour zenden kosteloos was voor de proefpersoon. Wanneer de vragenlijst niet binnen een week binnen was, werd de proefpersoon opgebeld. De proefpersoon werd dan bedankt voor deelname aan het onderzoek en gevraagd of de lijst was aangekomen en of de proefpersoon deze wilde retourneren. Wanneer telefonisch contact onmogelijk was, werd een herinneringsbrief gestuurd, waarbij de vragenlijst opnieuw werd bijgesloten.

2.5.2 Vragenlijsten

2.5.2a Demografische Variabelen

De demografische variabelen sekse, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat werden gevraagd. Opleidingsniveau werd in 5 categorieën ingedeeld, oplopend van alleen basisschool of

huishoudschool (1) tot hoger beroepsonderwijs of universiteit (5). Burgerlijke staat werd in twee categorieën ingedeeld: partner (1) of geen partner (0).

2.5.2b Arbeidsdeelname

Arbeidsdeelname werd gemeten door te vragen naar het aantal uren dat de proefpersoon op de datum van het invullen van de vragenlijst per week werkte. Tevens werd gevraagd vanaf welke datum de proefpersoon dit aantal uren per week werkte en of dit op therapeutische basis gebeurde. Proefpersonen gaven op elk van de zes meetmomenten aan of ze aan het werk waren en of dit volledig, gedeeltelijk of therapeutisch was. Het aantal uren dat ze op dat moment aan het werk waren, werd afgezet tegen het aantal uren dat ze contractueel dienden te werken. Dit percentage uren ten opzichte van contracturen is de arbeidsdeelname of mate van werkhervatting. Hierbij werden de uren dat de proefpersonen therapeutisch aan het werk waren meegeteld.

2.5.2c Self-efficacy

Een schaal van zeventien items is gevormd uit een lijst van 49 items die voor dit onderzoek zijn gegenereerd en bij ArboNed zijn onderzocht. De items zijn verspreid over de zeven subschalen: uitvoer van taken, omgaan met falen, reguleren van emotie, controle van klachten, energie, verwachtingen over sociale steun vanuit de omgeving en verwachtingen over terugkeer naar het werk. Een voorbeelditem is: *"Ik kan onverwachte tegenslagen goed aanpakken."* Antwoorden konden worden aangekruist op een 6-punts Likert-schaal lopend van 1 *"helemaal mee eens"* tot 6 *"helemaal mee oneens"*. De self-efficacyscore werd gevormd door de scores op de items te middelen. Hierbij werden de vijf negatief geformuleerde items omgescoord.

2.5.2d Stress

Stress werd gemeten met behulp van de subschaal voor stress van de Depression Anxiety Stress Scales (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995). De Nederlandse subschaal bestaat uit zeven items

(vertaling: De Beurs) . De proefpersonen geven aan hoeveel stress ze de afgelopen week ervaarden. Een voorbeelditem is "*Ik merkte dat ik erg onrustig was*". Antwoorden konden worden omcirkeld op een 4-punts Likert-schaal lopend van 0 "*Helemaal niet of nooit van toepassing*" tot 3 "*Zeer zeker of meestal van toepassing*". De stressscore werd gevormd door de scores op de items op te tellen. De DASS is een valide en betrouwbare vragenlijst (De Beurs, Van Dyk, Marquenie, Lange & Blonk, 2001).

2.5.2d Diagnosecategorieën

De diagnoses die de proefpersonen ontvingen bij de intakeprocedure werden in eerste instantie verdeeld in de stoornissen die als inclusiecriterium golden: aanpassingsstoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out), depressie en angststoornis. Hierbij werd de diagnose die als ernstiger te boek staat als hoofddiagnose beschouwd. Een depressie of angststoornis heeft hierbij voorrang boven een stressgerelateerde stoornis (APA, 1994). Vervolgens werden deze stoornissen voor bepaalde statistische analyses ingedeeld in de categorieën *´stressgerelateerd´* of de combinatiecategorie *´angst en/of depressie´*.

2.6 Datareductie en analyses

Bij de data-analyses werd gebruikgemaakt van het statische spreadsheetprogramma Statistical Package for the Social Sciences 14 (SPSS14). In dit werkstuk ligt de nadruk op de effecten op de lange termijn van arbeidsgerichte versus klachtgerichte cognitieve gedragstherapie. De afhankelijke variabele is arbeidsdeelname of mate van werkhervatting. De onafhankelijke variabelen zijn experimentele conditie en self-efficacy. Met behulp van one-way-ANOVA's voor gemiddelden en Pearson χ^2-analyses voor percentages werd onderzocht of de experimentele condities van elkaar verschilden.

De invloed van de interventies op werkhervatting werd geanalyseerd met de statistische analyse *repeated measures ANOVA*. Hierbij werd voor onder andere *werkhervatting bij nulmeting*

gecontroleerd. Deze analysemethode werd tevens gebruikt voor het analyseren van de invloed van de interventies op self-efficacy. Om de invloed van de interventies bij bepaalde diagnosecategorieën na te gaan is gebruikgemaakt van subgroep-analyses.

Met behulp van een regressiemodel werd de voorspellende waarde van *self-efficacy bij nulmeting* voor *werkhervatting na twaalf maanden* nagegaan. Er werd hierbij gecontroleerd voor variabelen die correleren met self-efficacy.

3. Resultaten

3.1 Proefpersonen

Door Ensis werden 289 cliënten geworven voor deelname aan het onderzoek. Van deze 289 cliënten voldeden er 247 aan de inclusiecriteria. Hiervan vielen 69 proefpersonen af, omdat ze 1) de eerste vragenlijst *niet* of *niet voor aanvang van de behandeling* invulden, 2) een afwijkende diagnosis of klachten op de voorgrond van de behandeling stonden, 3) ze na verloop van tijd geen betaald werk meer hadden wegens ontslag of vervroegde uittreding, 4) ze niet langer aan het onderzoek wensten mee te werken of 5) onbereikbaar werden wegens verhuizingen. Bij de nulmeting bleven 178 proefpersonen (61.6%) over van de 247 proefpersonen die voldeden aan de criteria voor deelname aan het onderzoek.

3.1.1 Demografische variabelen

De proefpersonen waren tussen de 21 en 63 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de totale populatie was 41 jaar. Het gemiddelde opleidingsniveau van de totale populatie was mavo-niveau. In de gehele populatie waren er bij nulmeting meer vrouwen dan mannen. Een meerderheid van de proefpersonen had een partner. Zie Tabel A & B.

3.1.2 Self-efficacy en stress

Bij de nulmeting was de self-efficacy van de populatie bij het eerste meetmoment laag. Stress was bij de nulmeting in de gehele populatie hoog. Zie Tabel A & B.

3.1.3 Diagnose

Bij de nulmeting waren de meeste proefpersonen gediagnosticeerd met een stressgerelateerde stoornis (n= 104, 63.4%). Rond de 17% van de populatie was gediagnosticeerd met een angststoornis. Rond de 18% van de populatie was gediagnosticeerd met een depressie. Zie Tabel C.

Tabel A: *Aantal en percentage mannen, vrouwen, partner en geen partner bij de nulmeting voor de experimentele conditie, controleconditie en totaal bij de nulmeting.*

	Experimenteel	**Controle**	**Totaal**
Vrouwen*	63 (70.8%)	46 (51.7%)	109 (61.2%)
Mannen	26 (29.2%)	43 (48.3%)	69 (38.8%)
	N= 89	N= 89	N= 178
Partner*	73 (85.9%)	58 (68.2%)	131 (77.1%)
Geen partner	12 (14.1%)	27 (31.8%)	39 (22.9%)
	N= 85	N= 85	N= 170

*Significant bij p<.05

Tabel B: *Gemiddelde, standaarddeviatie en aantal proefpersonen voor leeftijd, opleidingsniveau, self-efficacy en stress per experimentele conditie en totaal bij de nulmeting.*

	Controle (n= 85)	**Experimenteel (n= 84)**	**Totaal (n= 169)**
Leeftijd	41.4 (sd. = 10.4)	39.8 (sd. = 9.4)	40.6 (sd. = 9.9)
Opleidingsniveau	2.0 (sd. = 0.83)	1.87 (sd. = 0.80)	1.96 (sd. = 0.82)
Self-efficacy	3.0 (sd. = 1.0)	3.1 (sd. = 0.86)	3.1 (sd. = 0.94)
Stress*	11.3 (sd. = 4.6)	12.8 (sd. = 5.0)	12.0 (sd. = 4.9)

*Significant bij p<.05

Tabel C: *Aantal en percentage proefpersonen per diagnosecategorie voor de experimentele conditie, de controleconditie en totaal bij de nulmeting.*

	Experimenteel	Controle	Totaal
Aanpassingsstoornis	6	10	16 (9.8%)
OSS/ Burnout	48	37	85 (51.8%)
Dubbele diagnose			
Aanpassingsstoornis/ OSS	2	1	3 (1.8%)
Stressgerelateerde Stoornis	**56**	**48**	**104 (63.4%)***
Angststoornis	12	15	27 (16.5%)
Depressie	15	14	29 (17.7%)
Mixed Anxiety/ Depression	0	4	4 (2.4%)
Stemming of Angststoornis	**27**	**33**	**60 (36.8%)****
Totaal	**83**	**81**	**164**

*Totaal van Aanpassingsstoornis, OSS/ Burnout en Dubbele diagnose Aanpassingsstoornis/ OSS

**Totaal van Angststoornis, Depressie en Mixed Anxiety/ Depression

3.2 Uitval

3.2.1 De gehele populatie

Er was sprake van grote uitval gedurende het onderzoek. Het aantal proefpersonen dat de follow-up meting twaalf maanden na nulmeting invulde en beschikbaar was voor analyse bedroeg slechts 42.1% van het aantal proefpersonen bij de nulmeting. Dit kan gedeeltelijk worden toegeschreven aan het feit dat tijdens het schrijven van dit werkstuk nog niet alle vragenlijsten binnen waren. Dit gold vooral voor de metingen na negen en twaalf maanden. Bovendien hadden niet alle proefpersonen alle vragenlijsten ingevuld. Zie tabel E.

Tabel E: *Aantal proefpersonen over de zes meetmomenten: Nulmeting, na 1 maand, na 3 maanden, na 6 maanden, na 9 maanden en na 12 maanden.*

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
N Totaal	178	153	130	113*	92*	75*

*= Nog niet alle vragenlijsten binnen.

3.2.2 Selectieve Uitval

Er werd nagegaan of er selectieve uitval was van de nulmeting naar de follow-up van twaalf maanden voor geslacht, leeftijd, diagnose en conditie. De verhouding van het aantal proefpersonen per conditie verschilde niet significant tussen de follow-up van twaalf maanden en nulmeting. Zie Tabel F.

3.2.2a Demografische variabelen

De proefpersonen bij de follow-up van twaalf maanden verschilden op de demografische variabele leeftijd niet significant van de proefpersonen bij de nulmeting. De gemiddelde leeftijd is even hoog bij follow-up als bij de nulmeting. Bij de follow-up van twaalf maanden waren er minder vrouwen dan bij de nulmeting. In zowel de controleconditie als de experimentele conditie zijn er veel meer vrouwen dan mannen uitgevallen. In de experimentele conditie zijn 48 vrouwen en 2 mannen uitgevallen, in de controleconditie zijn 38 vrouwen en 15 mannen uitgevallen. In totaal een uitval van 17 mannen en 86 vrouwen. De experimentele condities verschilden niet significant van elkaar op de variabelen geslacht of leeftijd. Zie Tabel A, B & F.

Tabel F: *Gemiddelde en standaarddeviatie van leeftijd en aantal mannen en vrouwen voor de experimentele conditie, controleconditie en totaal bij een follow-up van twaalf maanden na de nulmeting.*

		Experimenteel	**Controle**	**Totaal**
Aantal proefpersonen		39 (52%)	36 (48%)	75
Leeftijd		40.1 (sd. 11.33)	43.3 (sd. 9.7)	41.6 (sd. 10.6)
Geslacht	**Vrouwen**	15 (38.5%)	8 (22.2%)	23
	Mannen	24 (61.5%)	28 (77.8%)	52

*Significant bij p<.05

3.2.2b Diagnoses

De verdeling van proefpersonen over de diagnosecategorieën verschilt niet significant tussen de nulmeting en de follow-up van twaalf maanden. Bij zowel de follow-up na twaalf maanden als bij

de nulmeting was ongeveer 63% van de proefpersonen gediagnosticeerd met een stressgerelateerde stoornis en ongeveer 37% met de diagnoses depressie of angststoornis. Zie tabel C & G.

Tabel G: *Aantal proefpersonen per diagnosecategorie bij de follow-up van twaalf maanden na de nulmeting.*

	Experimenteel	Controle	Totaal
Aanpassingsstoornis	4	5	9 (12%)
OSS/ Burnout	19	17	36 (48%)
Dubbele diagnose			
Aanpassingsstoornis/ OSS	1	1	2 (2.7%)
Stressgerelateerde Stoornis	***24***	***23***	***47 (62.7%)***
Angststoornis	7	7	14 (18.7%)
Depressie	8	5	13 (17.3%)
Mixed Anxiety/ Depression	0	1	1 (1.3%)
Stemming of Angststoornis	***15***	***13***	***28 (37.2%)***
Totaal	**39**	**36**	**75**

*Totaal van Aanpassingsstoornis, OSS/ Burnout en Dubbele diagnose Aanpassingsstoornis/ OSS

**Totaal van Angststoornis, Depressie en Mixed Anxiety/ Depression

3.3 Effecten van de interventies

3.3.1 Self-efficacyschaal

De 17-item self-efficacyschaal bleek betrouwbaar. Bij de nulmeting was de Cronbach's alpha 0.94. Bij de latere meetmomenten bleef deze betrouwbaarheid stabiel. De Cronbach's alpha was bij de follow-up van twaalf maanden 0.97.

3.3.2 Randomisatiecheck

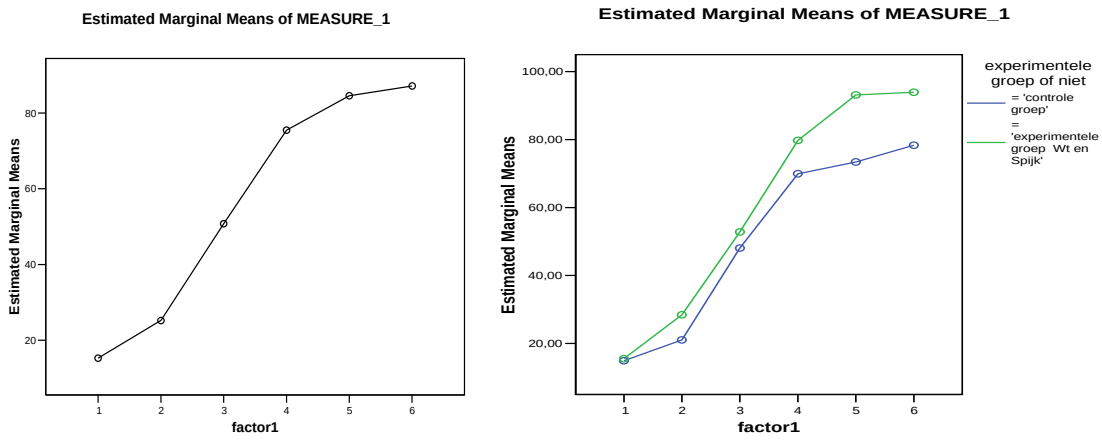
Met behulp van oneway-ANOVA's en Pearson χ^2-analyses werd een randomisatiecheck uitgevoerd tussen de twee experimentele condities bij de nulmeting. De variabelen waren gelijk verdeeld over de twee experimentele condities met uitzondering van geslacht, $\chi^2(1)= 6.840$, p=

.009, n= 178, partnercategorie, $\chi^2(1)= 7.487$, p= .006, n= 170, en stress bij nulmeting, F(1, 175)= 4.283, p= .040, n= 176. Er waren meer vrouwen en minder mannen en meer mensen met partner in de experimentele conditie dan in de controle conditie. De proefpersonen in de controleconditie ervoeren meer stress dan de proefpersonen in de experimentele conditie. Voor deze variabelen werd in de analyses voor het effect van de experimentele conditie op mate van werkhervatting gecontroleerd. Tevens werd er gecontroleerd voor werkhervatting bij de nulmeting. Zie tabel A, B & C.

3.3.3 Interventie - experimentele versus controleconditie

Zowel de reguliere klachtgerichte interventie als de arbeidsgerichte cognitieve gedragsmatige interventie hadden een significant positief effectief op arbeidsdeelname. De proefpersonen werkten na een maand (T2) al significant meer uren per week dan bij de nulmeting, F(1, 152)= 41.945, p= .000, n= 153. De metingen van 3, 6, 9 en 12 maanden verschilden eveneens significant van de nulmeting. Het grootste verschil trad op tussen de arbeidsdeelname bij de nulmeting en na twaalf maanden, F(5, 260)= 75.750, p= .000, n= 53. Deze effecten bleven significant na controle voor de variabelen geslacht, partnercategorie, stress bij nulmeting, self-efficacy en diagnosecategorie. Zie Figuur 1.

De arbeidsgerichte interventie had niet significant meer effect dan de reguliere klachtgerichte interventie. Het percentage werkhervatting ten opzichte van contractduur steeg in de experimentele conditie van 14.4% naar 90.6% na negen maanden en steeg van 20.3% naar 86.2% in de controleconditie na twaalf maanden. Zie grafiek 2 & Zie tabel H.



Figuur 1 en 2: *Mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) in percentage van contractduur per meetmoment voor de gehele groep (links) en voor de experimentele en controle conditie (rechts) (GLM)*

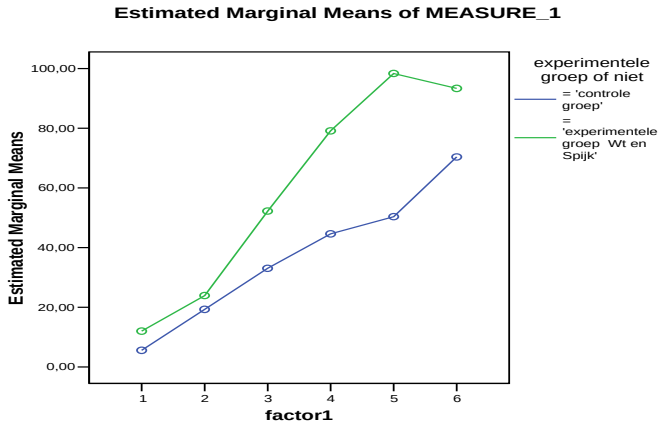
Tabel H: *Mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) in percentage van contractduur per meetmoment voor de experimentele en controleconditie .*

	Experimentele conditie	ControleconditieN	
T1	14.4% (sd. 22.0)	20.3% (sd. 29.0)	178
T2	33.0% (sd. 34.0)	32.0% (sd. 35.0)	153
T3	66.4% (sd. 36.8)	57.0% (sd. 40.5)	130
T4	83.8% (sd. 28.5)	82.0% (sd. 32.1)	113
T5	90.6% (sd. 26.6)	80.7% (sd. 36.8)	92
T6	89.3% (sd. 29.7)	86.2% (sd. 32.6)	75

3.3.4 Subgroepanalyses diagnoses - experimentele versus controle conditie

Voor de effecten op de mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) werd voor de diagnosecategorieën een subgroepanalyse uitgevoerd. Bij de proefpersonen met de diagnoses angst, depressie, angst of depressie en aanpassingstoornis werden geen effecten gevonden voor experimentele conditie ten opzichte van de controle conditie. Bij de proefpersonen met stressgerelateerde stoornissen (OSS/burn-out en aanpassingsstoornis) werd voor de mate van werkhervatting een effect voor de experimentele conditie ten opzichte van de controle conditie gevonden over de eerste negen maanden van de interventie, $F(2.997, 113.886)= 2.960$, $p= .022$, $n= 40$.

Tevens werden er voor de proefpersonen met de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis voor de experimentele conditie ten opzichte van de controleconditie verschillende effecten voor mate van werkhervatting gevonden over zowel de periode van de eerste negen maanden, F(3.222, 90.212)= 3.699, p= .013, n= 30, als over de periode van twaalf maanden, F(1,22)= 7.551, p=.012, n= 24. Verder werd er voor deze diagnose een verschil gevonden tussen de mate van werkhervatting bij het begin van de behandeling met zes maanden na de nulmeting, F(1, 51)= 4.194, p= .046, n= 53 F(1, 38)= 5.711, p= .022, n= 40, en met negen maanden na de nulmeting, F(1, 38)= 5.711, p= .022, n= 40. Zie Figuur 3 & Tabel I.



Figuur 3: *Mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) in percentage van contractduur per meetmoment voor de experimentele en controleconditie voor de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out).*

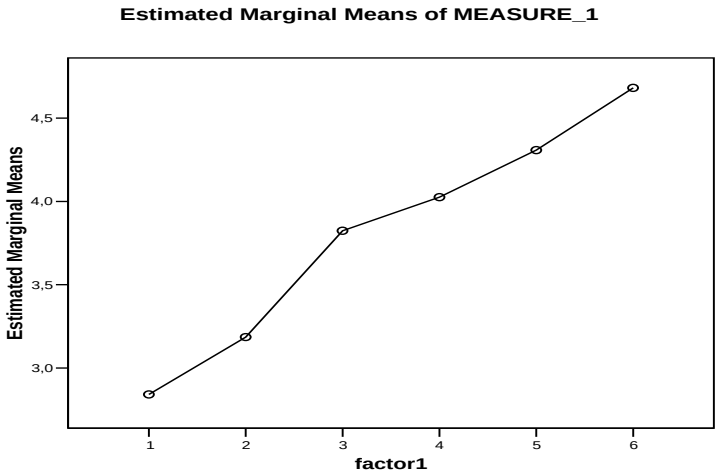
Tabel I: *Mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) in percentage van de contractduur en standaarddeviatie voor de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out).*

	Experimentele conditie	Controleconditie	N
T1	13.9% (sd. 23.5)	21.4% (sd. 29.1)	85
T2	28.5% (sd. 33.3)	33.5% (sd. 33.8)	73
T3	61.1% (sd. 37.2)	57.4% (sd. 42.4)	58
T4	84.3% (sd. 27.9)	72.1% (sd. 40.0)	53
T5	92.9% (sd. 22.6)	66.0% (sd. 46.7)	40
T6	90.0% (sd. 30.8)	84.3% (sd. 34.7)	37

3.4 Self-efficacy

3.4.1 Follow-up van twaalf maanden

Er werd onderzocht of er verschillen waren in de self-efficacyscores over de zes meetmomenten. De self-efficacyscores van de proefpersonen bleken te stijgen gedurende de twaalf maanden van het onderzoek. Al na een maand waren de self-efficacyscores hoger dan bij de nulmeting, F(1, 152)= 60.603, p= .000, n= 153. Dit bleef gedurende het onderzoek gehandhaafd, bij twaalf maanden: F(1, 72)= 142.896, p= .000, n= 73. De self-efficacyscores van de totale populatie stegen significant per meetmoment (p<.01). Zie Figuur 4.

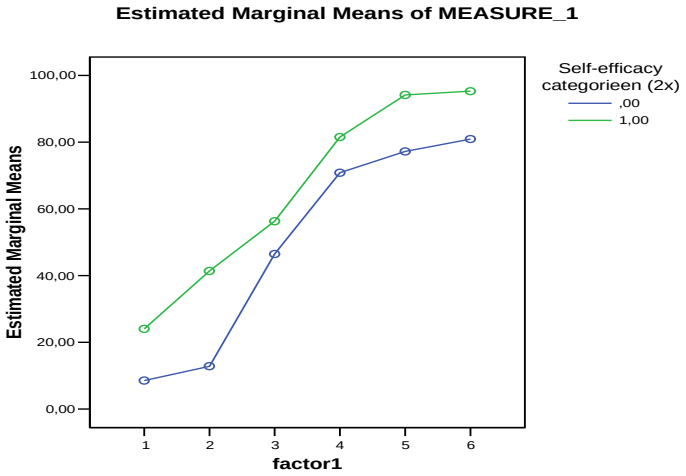


Figuur 4: *De self-efficacyscores van de totale populatie per meetmoment.*

3.4.2 Self-efficacyscores – hoog versus laag

Er werd onderzocht of er verschillen waren in de mate van werkhervatting tussen proefpersonen die bij de nulmeting hoog scoorden op self-efficacy en proefpersonen die hierop bij de nulmeting laag scoorden. De scores op de korte self-efficacyschaal werden in twee categorieën verdeeld in scores boven de mediaan (1) en scores onder de mediaan (0) van de scoreverdeling bij de nulmeting. Al na een maand waren de proefpersonen die hoog scoorden op self-efficacy bij de nulmeting meer hervat dan degenen die laag scoorden bij de nulmeting (F(1, 149)= 51.545, p=

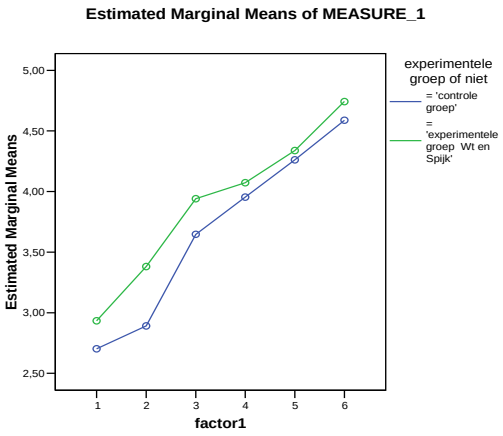
.000, n= 151). Dit effect bleef gedurende de twaalf maanden van het onderzoek gehandhaafd, na twaalf maanden: F(1, 74)= 13.905, p= .000, n= 76. Zie Figuur 5.



Figuur 5: *Mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) in percentage van contractduur per meetmoment van proefpersonen die hoog scoorden op self-efficacy (groen) en de proefpersonen die laag scoorden op self-efficacy (blauw) bij de nulmeting.*

3.4.3 Self-efficacy - experimentele versus controlegroep

Er werd onderzocht of er verschillen waren in de self-efficacyscores tussen de experimentele condities. Dit bleek niet het geval. Zie Figuur 6.



Figuur 6: *Self-efficacyscores per meetmoment voor de experimentele conditie en controleconditie.*

3.5 Regressiemodel

Er werd met behulp van een regressiemodel onderzocht of self-efficacy bij de nulmeting de mate van werkhervatting bij een follow-up van twaalf maanden kon voorspellen.

3.5.1 Correlaties van self-efficacy

De correlaties tussen self-efficacy en de demografische variabelen en stress werden nagegaan. Externe variabelen die correleren met self-efficacy kunnen mogelijk de variantie in mate van werkhervatting beter verklaren dan self-efficacy zelf. Variabelen die significant correleerden met self-efficacy werden meegenomen in het model om dit effect tegen te gaan. Dit waren stress bij nulmeting (r= -.339, p= .000) en opleidingscategorie (r= .240, p= .002).

Tevens werden variabelen die hoog correleerden met self-efficacy buiten het model gehouden. Een of meerdere lineaire relaties tussen de verklarende variabelen (*multicollinearity)* zorgen voor 'ruis' in het model en verminderen de betrouwbaarheid van het model. Met deze variabelen werden afzonderlijke regressiemodellen gebouwd. Deze modellen waren exploratief van aard en kunnen slechts als hypothesevormend worden gezien. De variabelen die hoog correleerden met self-efficacy zijn de *lange versie van de self-efficacyschaal* (49 items, r= .982, p= .000) en de subschalen *verwachtingen over de werkomgeving* (r= .387, p= .007), de *verkorte versie van verwachtingen over de werkomgeving* (r= .371, p= .010) en *verwachtingen over werkhervatting* (r= .789, p = .000) van deze lange versie.

3.5.2 Self-efficacy

Self-efficacy bij de nulmeting verklaart 5.4% van de variantie van werkhervatting bij een follow-up van twaalf maanden, R= .231, Adjusted R square change= .041, F change(1, 75)= 4.187, p= .044. Het toevoegen van de variabelen die correleren met self-efficacy zorgde niet voor een toename van de verklaarde variantie van het model. Ook afzonderlijk voorspelden deze variabelen de mate van werkhervatting bij follow-up van twaalf maanden niet significant.

Een subgroepanalyse werd uitgevoerd voor de stressgerelateerde stoornissen, depressie en angst samen, aanpassingsstoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en angst en depressie afzonderlijk. Bij geen van deze diagnoses voorspelde self-efficacy significant de werkhervatting bij een follow-up van twaalf maanden. Dit kan mogelijk worden toegeschreven aan de kleine power, veroorzaakt door een kleiner aantal proefpersonen, van deze analyses.

3.5.3 Exploratief

Met de variabelen die hoog correleerden met self-efficacy werden afzonderlijke regressiemodellen gebouwd. De lange versie van de self-efficacyschaal bij de nulmeting verklaarde meer variantie van mate van werkhervatting bij follow-up van twaalf maanden dan de korte self-efficacyschaal (16.4%), R= .405, Adjusted R square change= .136, F change (1, 31)= 5.900, p= .044, n= 32. De subschaal *verwachtingen over werk* verklaarde 15.9% van de variantie van de mate van werkhervatting, R= .399, Adjusted R square change= .122, F change(1, 47)= 7.006, p= .011.

4. Discussie

In samenwerking met de geestelijke gezondheidsorganisatie Ensis (GGZ Europoort) werd door TNO Arbeid in de periode 2005-2007 een interventiestudie uitgevoerd. Binnen deze studie werd een nieuwe arbeidsgerichte interventie van Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) op basis van cognitieve gedragstherapie vergeleken met reguliere cognitieve gedragstherapie. De verwachting was dat werknemers die verzuimden wegens (werkgerelateerde) psychische klachten sneller zouden terugkeren naar het arbeidsproces wanneer ze werden behandeld met de nieuwe arbeidsgerichte interventie. De nieuwe arbeidsgerichte interventie zou bij deze groep via een geleidelijke terugkeer naar het arbeidsproces en het beleven van succeservaringen moeten leiden tot een hogere self-efficacy. De verwachting was dat self-efficacy een belangrijke rol zou spelen

bij de terugkeer naar het arbeidsproces. Lagerveld, Blonk & Houtman (2004) onderzochten deze interventie bij zelfstandigen die verzuimden van hun werk wegens werkgerelateerde psychische klachten behorende tot de aanpassingsstoornis. De huidige studie heeft getracht de interventiestudie van Lagerveld et al. te repliceren en uit te breiden naar proefpersonen met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out), depressie of angstklachten. Dit werkstuk vormde een deelaspect van het gehele project en richtte zich op de effecten op de lange termijn van de arbeidsgerichte interventie op werkhervatting.

Zowel de proefpersonen die arbeidsgerichte CGT ontvingen als degenen die klachtgerichte CGT ontvingen, werkten na twaalf maanden meer uren per week dan bij aanvang van de behandeling. Dit effect bleek al na een maand aanwezig. Er waren voor de totale groep geen significante verschillen tussen de condities. Wel bleek de arbeidsgerichte interventie bij proefpersonen met de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out) vanaf zes maanden na aanvang van de behandeling tot snellere werkhervatting te leiden dan met klachtgerichte cognitieve gedragstherapie.

Self-efficacy bleek sterk te stijgen tijdens het onderzoek. Proefpersonen die bij de nulmeting een hoge score hadden op de self-efficacyschaal werkten bij alle meetmomenten meer uren dan mensen die een lage score hadden bij de nulmeting. Er was geen verschil tussen de condities in self-efficacy. De arbeidsgerichte interventie had, vergeleken met de klachtgerichte interventie, geen significante invloed op de self-efficacyscores van de proefpersonen. Wel werd de verwachting dat self-efficacy voorspellend zou zijn voor mate van werkhervatting ondersteund. Dit werd nog eens onderstreept door het regressiemodel. Self-efficacy was de enige variabele die de mate van werkhervatting (arbeidsdeelname) bij een follow-up van twaalf maanden wist te voorspellen. Het was verder indicatief voor de voorspellende kracht van self-efficacy dat ook de lange self-efficacyvragenlijst en twee subschalen van deze lange self-efficacyvragenlijst de mate van werkhervatting wisten te voorspellen.

Er was sprake van grote uitval gedurende het onderzoek. Het aantal proefpersonen dat de follow-up meting twaalf maanden na de nulmeting invulde en beschikbaar was voor analyse bedroeg slechts 42.1% van het aantal proefpersonen bij de nulmeting. Dit kan gedeeltelijk worden toegeschreven aan het feit dat tijdens het schrijven van dit werkstuk nog niet alle vragenlijsten binnen waren. Dit geldt vooral voor de metingen van negen en twaalf maanden na de nulmeting. Bovendien hebben niet alle proefpersonen alle vragenlijsten ingevuld. Er was sprake van grote uitval van vrouwen over de tijd. Wellicht is dit beeld anders wanneer alle vragenlijsten binnen zijn. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen wat de redenen zijn dat zoveel meer vrouwen uitvielen. Een hypothese voor dit gegeven is dat vrouwen, door bijvoorbeeld ernstiger symptomatologie, het lastiger vonden de lijsten in te vullen. Er bleek geen sprake van selectieve uitval tussen de experimentele condities.

Samenvattend, bleek self-efficacy voorspellend voor de mate van werkhervatting. De vernieuwde arbeidsgerichte interventie bleek deze echter niet effectief te veranderen. Tegen de verwachtingen in bleek deze interventie alleen meer effectief op de mate van werkhervatting bij ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out) en niet bij de andere stoornissen. Deze uitkomst kan worden gezien als een ondersteuning van het onderzoek van Lagerveld, Blonk & Houtman (2004), die bij cliënten met een aanpassingsstoornis een effect vonden van de arbeidsgerichte interventie op werkhervatting. Een te kleine power, door een gering aantal proefpersonen, kan een reden zijn dat verschillen bij de andere diagnoses, waaronder de aanpassingsstoornis, niet tot significantie leidden. De positieve invloed van cognitieve gedragstherapie op werkhervatting werd bevestigd. Tevens werd de hypothese dat self-efficacy voorspellend is voor de mate van werkhervatting bevestigd. Het aangrijpen van deze variabele is echter onvoldoende gelukt door de arbeidsgerichte interventie.

De ondersteuning van de rol van self-efficacy vormt een belangrijke stap in het identificeren van factoren die een geslaagde terugkeer naar het arbeidsproces kunnen voorspellen. Het aangrijpen van deze variabele door de nieuwe interventie is echter onvoldoende gelukt, wat

vraagtekens zet bij de effectiviteit van de onderzochte interventie. De arbeidsgerichte interventie is voor een groot deel gelijk aan de cognitieve gedragsmatige interventie die wordt toegepast door onder andere de therapeuten van Ensis. De arbeidsgerichte interventie besteedt meer aandacht aan het opdoen van positieve (mastery)ervaringen en probeert te voorkomen dat de werknemer vervreemdt van het arbeidsproces. Deze aspecten zijn ook voor een deel verwerkt in de reguliere cognitieve gedragsmatige interventie. Het uitblijven van significante verschillen op werkhervatting tussen de interventies, voor werknemers met een depressie of angststoornis, kan wellicht worden toegeschreven aan het ontbreken van voldoende verschil tussen de beide interventies. Het is dan ook belangrijk kritisch te kijken naar de inhoud van de arbeidsgerichte interventie. Het aanpassen van deze interventie kan nodig zijn om te zorgen dat deze het self-efficacy van de proefpersonen wel effectief vergroot.

Met de ondersteuning van de rol van self-efficacy voor de terugkeer naar het arbeidsproces, het repliceren van de bevindingen van Lagerveld, Blonk & Houtman (2004) en het uitblijven van effecten bij depressies en angststoornissen is een significante bijdrage geleverd aan het onderzoek naar werkhervatting bij werknemers die verzuimen wegens psychische klachten. Vervolgonderzoek dient een aantal zaken na te gaan. Ten eerste, of de interventie, zoals wij hier vinden, minder effectief is bij depressies en angststoornissen. Ten tweede, of de arbeidsgerichte interventie met behulp van nieuwe aspecten een grotere invloed kan hebben op self-efficacy. De interventie Van Schie, Blonk & Lagerveld (2005) levert een significante bijdrage aan de terugkeer naar het arbeidsproces van werknemers met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out). Deze groep vormt een belangrijk deel van de werknemers die uitvallen wegens psychische problemen. Wil deze interventie breder worden ingezet, namelijk tevens bij depressies of angststoornissen, dan zal self-efficacy, als voorspeller van terugkeer naar het arbeidsproces, effectiever beïnvloed moeten worden.

5. Referenties

D'Amato, A. & Zijlstra, F.R.H. (2003). Occupational stress: A review of the literature relating to mental health. *Stress Impact, 2006*, Downloaded from www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/index.htm, november 2006, 42 pages.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. *Psychosocial Review, 84*, 191 – 215.

Bandura, A. & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 287 – 310.

Beurs, E. De, Dyk, R. Van, Marquenie, L.A., Lange, A. & Blonk, W.B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie, 34, 1,* 35 – 53.

Brenninkmeijer, V., Houwelingen, A., Van, Blonk, R.W.B., & Yperen, N.W. Van (2006). Geloof in eigen kunnen: het effect van JOBS, een groepsinterventie voor werklozen. *Gedrag en Organisatie, 19*, 97 – 112.

Brenninkmeijer, V., Houtman, I.L.D. & Blonk, R.W.B. (2005). *Depressive symptoms among employees.* Hoofddorp: TNO.

CBI (1999). *Absence bill of £10 billion for business in 1998 – CBI survey.* London: Confederation of British Industry.

Clarkin, N. & Wynne, R. (2006). Vocational rehabilitation and work resumption. A review of the literature. *Stress Impact, 2006*, Downloaded from www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/index.htm, november 2006, 32 pages.

Edens, D. & Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology, 78*, 352 – 360.

Fishbein, M. (1979). A theory of reasoned action: Some applications and implications. *Nebraska Symposium on Motivation*, *27,* 65 – 116.

Hoogduin, W.A., Hoogduin, C.A.L., & Vossen, C.J.C. (1998). *Richtlijnen bij werkhervatting na psychische problemen.* Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Houtman, I., Bossche, S. van den, Zijlstra, F., D'Amato, A., Joensuu, M., Lindstrom, K., Clarkin, N. & Wynne, R. (2006). Stress Impact project. Work package 1: Literature review. *Stress Impact, 2006*, Downloaded from www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/index.htm, november 2006, 7 pages.

International Labour Organisation (2000). *Mental health at work: Impact, issues and good practices.* The World Health Organization and International Labour Organization.

Kearns, D. (1998). Sustainability. *People Management, 22.01.98*, 40 – 43.

Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Vossen. C.J.C., Boelaars ,V., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2000). *Burnout reïntegratietraining, therapeutenboek [Burnout reintegration training, therapist book].* Amsterdam, The Netherlands: Cure & Care Publishers.

Klink, J.J.L. van der (Red. 2000). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische*

Klachten. Richtlijn voor bedrijfsartsen. Eindhoven: NVAB.

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

Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & Dijk, F.J.H van. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomized controlled design. *Occupational and Environmental Medicine, 60,* 429 – 437.

Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B. & Houtman, I.L.D. (2004). Comparison of the JCQ and ERI models in predicting work related psychological complaints: A longitudinal study amongst self-employed. *Occupational and Environmental Medicine*, *60,* 429 – 437.

Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.* Sydney: The Psychology Foundation of Australia.

NCvB, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (2006). *Signaleringsrapport Beroepsziekten '05.* Amsterdam: NCvB.

Neumeyer, A., Bruinvels, D., Rebergen, D., Madan, I. & Nieuwenhuijsen, K. (submitted). *Return to work interventions for adjustment disorders: A Cochrane systematic review.* Manuscript submitted for publication.

Nieuwenhuijsen, K., Verhoeven, A.C., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A. & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2007). *Interventions to improve occupational health in depressed people: A Cochrane systematic review.* Manuscript submitted for publication.

Noordik, E., Klingen, E.F., Nieuwenhuijsen, K., Klink, J.J.L. van der & Dijk, F.J.H. van (2007). *Exposure in vivo for paid workers with anxiety complaints on work related outcomes: A Cochrane systematic review.* Manuscript submitted for publication.

Paoli, P. (1997). *Second survey on working conditions.* Dublin: European Foundation of the improvement of living and working conditions.

Regenold, M., Sherman, M.F., & Fenzel, M. (1999). Getting back to work: self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22,* 361 – 367.

Roos, T. de, Lagerveld, S.E., & Blonk, R.W.B. (2007). *Self-efficacy in the return to work process: enhancing self-efficacy and return to work by using workrelated aspects within cognitive behavioral therapy.* Hoofddorp: TNO.

Schie, K. van, Blonk, R., & Lagerveld, S. (2005). *Protocol werkhervatting bij arbeidsgerelateerde psychische klachten.* Hoofddorp: TNO.

Stajkovic, A.D. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 124,* 240 – 261.

6. Appendix

Overzicht arbeidsgerichte cognitieve gedragstherapie (Van Schie, Blonk & Lagerveld, 2005).

Sessie 1	-	Bespreken van klachten en problemen die spelen in de werkomgeving
	-	Uitleg waarom en hoe therapie kan bijdragen aan de terugkeer naar werk
Sessie 2	-	Identificeren van alle aspecten van de werksituatie (functiebeschrijving, bedrijfscultuur, of het type werk bij client past, etc.)
	-	Analyse van de taken en problemen die de client tegenkomt
Sessie 3	-	Een werkplan opstellen voor de eerste stap van werkhervatting en het plannen van elke dag van de volgende week
	-	Taken indelen van makkelijk naar moeilijk
	-	Bespreken wat te doen wanneer de eerste stap niet lukt
	-	Stimuleren van client om te praten met de bedrijfsarts en/of leidinggevende over het werkplan en implicaties
Sessie 4	-	Evaluatie van de eerste stap
	-	Tweede stap opzetten
	-	Stimuleren van client om te praten met de bedrijfsarts en/of leidinggevende over het werkplan en implicaties
Sessie 5	-	Evalueren van de tweede stap
	-	Derde stap opzetten
	-	Stimuleren van client om te praten met de bedrijfsarts en/of leidinggevende over het werkplan en implicaties
Sessie 6	-	Evalueren van de tweede stap
	-	Derde stap opzetten
	-	Stimuleren van client om te praten met de bedrijfsarts en/of leidinggevende over het werkplan en implicaties