

Samenvatting proefschrift

Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders

Iris Arends¹

Het doel van dit proefschrift is het genereren van kennis over hoe terugval naar verzuim voorkomen kan worden bij werknemers die teruggekeerd zijn naar het werk na verzuim wegens psychische problemen.

Hoofdstuk 1 biedt een algemene introductie in het onderwerp van het proefschrift met als doel het belang van het onderwerp te schetsen, de context toe te lichten en relevante constructen te introduceren. Psychische problemen, zoals depressie, angst en aanpassingsstoornissen, komen veel voor in de beroepsbevolking en vormen een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim. Gezien de impact van psychische problemen op ziekteverzuim en de hiermee gepaard gaande negatieve consequenties voor het individu (niet meer kunnen werken) en de maatschappij (hoge verzuimkosten), zijn de afgelopen jaren interventies ontwikkeld om een terugkeer naar werk te faciliteren. In de wetenschap en praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg verschuift de focus echter van het faciliteren van terugkeer naar werk naar het verbeteren van het functioneren in werk bij werknemers met psychische klachten. Aanleiding hiervoor is onderzoek dat heeft aangetoond dat werknemers met psychische problemen ten eerste regelmatig minder productief kunnen zijn op het werk en ten tweede vaak een terugval naar verzuim ervaren. Het is dus van groot belang om verder te kijken dan alleen het bewerkstelligen van een terugkeer naar werk en interventies te ontwikkelen die het mogelijk maken dat werknemers duurzaam terugkeren. Om deze reden wordt in dit proefschrift de evaluatie beschreven van de SHARP (Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention)-at work interventie die ontwikkeld is om terugval naar verzuim te voorkomen bij werknemers die teruggekeerd zijn naar het werk na verzuim wegens psychische problemen.

Hoofdstuk 2 presenteert een systematische literatuurstudie waarin de effectiviteit van interventies werd onderzocht die gericht zijn op het faciliteren van terugkeer naar werk bij werknemers met aanpassingsstoornissen. Studies met een gerandomiseerde en gecontroleerde studieopzet werden geïncorporeerd in de literatuurstudie, wat resulteerde in de inclusie van negen studies die psychologische interventies evalueerden. Klinisch homogene studies (bv. gelijksoortige interventies, gelijksoortige uitkomstmaten) werden gecombineerd in een vergelijkingsgroep om

zo meta-analyses uit te kunnen voeren. De resultaten van de meta-analyses lieten zien dat het aantal dagen tot gedeeltelijke terugkeer naar werk gelijk was voor werknemers die cognitieve gedragstherapie (CGT) of geen behandeling ontvingen over een periode van één jaar. Wat betreft het aantal dagen tot volledige terugkeer naar werk was er eveneens geen significant verschil tussen CGT en geen behandeling over een periode van één jaar. Probleemoplossingsgerichte therapie (PT) reduceerde het aantal dagen tot gedeeltelijke terugkeer naar werk significant ten opzichte van gebruikelijke zorg door de bedrijfsarts of huisarts met (-)17 dagen (95% BI -26.48 tot -7.52) over een periode van één jaar. Geen significante verschillen werden gevonden tussen PT en gebruikelijke zorg met betrekking tot aantal dagen tot volledige terugkeer naar werk. In de conclusie werd onderstreept dat studies met meer dan 300 deelnemers nodig zijn om de power van de meta-analyses, en dus de betrouwbaarheid van de resultaten van de literatuurstudie, te vergroten. Daarnaast is het, om een goede vergelijkingen tussen studies te realiseren, belangrijk om internationale consensus te bereiken met betrekking tot de terminologie en de meetinstrumenten om aanpassingsstoornissen te diagnosticeren.

Hoofdstuk 3 beschrijft de inhoud van de SHARP-at work interventie en de studieopzet om de effectiviteit van de interventie te evalueren. De SHARP-at work interventie is een probleemoplossingsgerichte interventie ontwikkeld om terugval naar verzuim te voorkomen bij werknemers met psychische problemen. De interventie wordt door bedrijfsartsen ingezet wanneer een werknemer begonnen is met de terugkeer naar werk en bestaat uit vijf probleemoplossingsgerichte stappen:

- 1 inventariseren van problemen en/of kansen op het werk na terugkeer,
- 2 brainstormen over oplossingen,
- 3 opschrijven van oplossingen en in kaart brengen van ondersteuning die daarvoor nodig is en inschatten van de toepasbaarheid van de oplossingen,
- 4 bespreken van oplossingen en maken van een actieplan met de leidinggevende, en
- 5 evalueren van de implementatie van oplossingen.

De bedrijfsarts houdt in de gaten dat alle stappen genomen worden en activeert de werknemer wanneer nodig. De bedrijfsarts kan opdrachten inzetten om de werknemer te stimuleren om het proces op te schrijven

¹ Promotie instituut: Universitair Medisch Centrum Groningen; promotiedatum: 17 juni 2013

en te structureren. Twee tot vijf consultaties worden aanbevolen aan de bedrijfsarts om de interventie uit te voeren.

Er werd een cluster gerandomiseerde onderzoeksoptiek ontwikkeld om de effectiviteit van de SHARP-at work interventie te evalueren. Bedrijfsartsen werden op basis van toeval aan de interventie of controle groep toegewezen. Bedrijfsartsen in de interventiegroep ontvingen een tweedaagse training in de interventie en leverden zorg volgens de interventie. Bedrijfsartsen in de controle groep ontvingen geen training en leverden de gebruikelijke zorg welke gebaseerd is op de richtlijn "Behandeling van werknemers met psychische problemen door de bedrijfsarts" van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. De primaire uitkomstmaat was terugval naar verzuim gedefinieerd als een 30% vermindering in het aantal werkdagen per week door verzuim ongeacht gedeeltelijke of volledige terugkeer naar werk. Secundaire uitkomstmaten waren psychische klachten, functioneren in werk en coping. Alle uitkomsten werden gemeten op baseline en 3, 6 en 12 maanden follow-up.

De resultaten van de effectstudie worden gepresenteerd in **Hoofdstuk 4**. In totaal werden 158 deelnemers geïncludeerd in de studie; 80 deelnemers werden behandeld door bedrijfsartsen uit de interventie groep en 78 deelnemers werden behandeld door bedrijfsartsen uit de controlegroep. De meerderheid van de deelnemers in beide groepen had een aanpassingsstoornis volgens de diagnose van de bedrijfsarts. In de interventiegroep was de gemiddelde verzuimduur op baseline 30 dagen langer ten opzichte van de controlegroep. De effectevaluatie toonde aan dat op 3, 6 en 12 maanden follow-up het risico op terugval naar verzuim voor de interventiegroep 60% lager was dan voor de controlegroep, wat een significant resultaat was. Daarnaast was de duur tot een eerste terugval significant langer voor de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (ten opzichte van de controlegroep was de mediane duur tot terugval 112 dagen later voor de interventiegroep). Wat betreft de secundaire uitkomstmaten psychische klachten, functioneren in werk en coping, werden er geen significante groepsverschillen gevonden. Concluderend werd gesteld dat de SHARP-at work interventie effectief is in het verlagen van het risico op terugval naar verzuim voor werknemers die teruggekeerd zijn naar het werk na verzuim wegens psychische problemen.

Hoofdstuk 5 richt zich op de procesevaluatie van de SHARP-at work interventie. De doelen van deze studie waren:

- 1 evalueren of de SHARP-at work interventie uitgevoerd was volgens het interventieprotocol en verschilde van de gebruikelijke zorg, en
- 2 de relatie onderzoeken tussen de belangrijkste interventiecomponenten en de primaire uitkomst van de effectevaluatie (d.i. terugval naar verzuim).

De procesevaluatie liet zien dat, vergeleken met de controlegroep, deelnemers in de interventiegroep vaker ≥ 2 consultaties met de bedrijfsarts en ≥ 1 gesprek met de leidinggevende hadden, zoals aanbevolen in het SHARP-at work interventieprotocol. Daarnaast ontvingen deelnemers in de interventiegroep vaker een opdracht van de bedrijfsarts (73%) en maakten ze deze opdracht ook (70%) ten opzichte van deelnemers in de controle groep (slechts 8% ontving en maakte opdrachten). De SHARP-at work interventie is dus uitgevoerd volgens het interventieprotocol voor de meerderheid van de deelnemers en verschilde significant van de gebruikelijke zorg. Om deze redenen werd geconcludeerd dat het in de effectevaluatie gevonden lagere risico op terugval naar verzuim voor de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep daadwerkelijk aan de interventie toegeschreven kon worden.

De analyse van de relatie tussen de belangrijkste interventiecomponenten en het risico op terugval naar verzuim, leidde tot de volgende resultaten. Het ontvangen van meerdere interventiecomponenten was niet gerelateerd aan een hoger of lager risico op terugval naar verzuim. Deelnemers die inventariseerden of ondersteuning nodig was om problemen op te lossen/kansen te realiseren op het werk en die met de bedrijfsarts besproken hadden hoe kansen gerealiseerd zouden kunnen worden op het werk, hadden een significant lager risico op terugval naar verzuim. Echter, deelnemers die problemen op het werk geïnventariseerd hadden, hadden een significant hogere kans op terugval naar verzuim. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat zou kunnen zijn dat het maken van een probleeminventarisatie op zichzelf niet helpend is. Wellicht is het juist essentieel dat een werknemer nadenkt over of hulp nodig is voor het oplossen van een probleem en over concrete oplossingen praat die op het werk geïmplementeerd kunnen worden. Deze resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat maar een klein aantal deelnemers beschikbaar was voor de analyses wat de onzekerheid van de resultaten vergroot.

Hoofdstuk 6 biedt een overzicht van belemmerende en faciliterende factoren voor het rekruteren van onderzoeksdeelnemers via bedrijfsartsen. Deze studie is uitgevoerd omdat minder deelnemers door de bedrijfsartsen werden gerekruteerd voor de effectstudie dangeanticipeerd. Het rekruteren van genoeg onderzoeksdeelnemers is belangrijk om voldoende statistische power te hebben om verschillen tussen studiegroepen te detecteren. De volgende onderzoeksvragen werden onderzocht:

- 1 Welke belemmerende en faciliterende factoren werden door bedrijfsartsen ervaren tijdens het rekruteren van deelnemers, en
- 2 Welke persoonlijke en werkgerelateerde karakteristieken van de bedrijfsarts zijn geassocieerd met de rekrutering van onderzoeksdeelnemers?

Op basis van focusgroepen en interviews met bedrijfsartsen werden zes categorieën van belemmerende en faciliterende factoren voor de rekrutering van onderzoeksdeelnemers geëxtraheerd:

- 1 karakteristieken van de studie en interventie,
- 2 karakteristieken van de onderzoekspopulatie,
- 3 context, 4) aandacht van de bedrijfsarts,
- 5 werkdruk van de bedrijfsarts, en
- 6 karakteristieken van de bedrijfsarts.

Deze categorieën (en de onderliggende elementen) kunnen in overweging genomen worden door onderzoekers bij het ontwikkelen van toekomstig onderzoek waarbij rekrutering van deelnemers afhankelijk is van bedrijfsartsen.

De analyse van de relatie tussen persoonlijke en werkgerelateerde karakteristieken van de bedrijfsarts en het aantal gerekruteerde deelnemers, liet zien dat het aantal bedrijfsartsen in de groepspraktijk van de bedrijfsarts die actief deelnemers rekruteerden significant geassocieerd was met het aantal gerekruteerde deelnemers door de bedrijfsarts zelf. Oftewel, bij het mobiliseren van bedrijfsartsen voor het rekruteren van onderzoeksdeelnemers kunnen onderzoekers zich beter richten op het betrekken van hele groepspraktijken in plaats van bedrijfsartsen individueel te benaderen.

In **Hoofdstuk 7** wordt een economische evaluatie van de SHARP-at work interventie gepresenteerd. Vanuit een maatschappelijk perspectief werd een kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) uitgevoerd. Verschillen tussen de interventie- en controlegroep in kosten gerelateerd aan gezondheidszorg en de inzet van de interventie/gebruikelijke zorg werden berekend. Daarnaast werden verschillen tussen de twee groepen berekend voor de volgende twee effectmaten:

- 1 incidentie van terugval naar verzuim, en
- 2 duur (in dagen) tot aan (de eerste) terugval naar verzuim.

De KEA met incidentie van terugval naar verzuim als effectmaat liet zien dat € 10.605 in de interventiegroep nodig was om 1% minder terugval naar verzuim te realiseren ten opzichte van de controlegroep. De KEA met duur tot terugval naar verzuim als effectmaat liet zien dat € 2813 in de interventiegroep nodig was om één dag terugval naar verzuim te voorkomen. Een sensitiviteitsanalyse waarbij één extreme outlier in de interventiegroep (vanwege psychiatrische ziekenhuisopnames) geëxcludeerd werd, liet zien dat de SHARP-at work interventie kosteneffectief was ten opzichte van de gebruikelijke zorg; het voorkomen van 1% terugval naar verzuim leidde tot een besparing van € 533. Een vergelijkbaar resultaat werd gevonden op basis van de sensitiviteitsanalyse voor duur tot aan terugval naar verzuim; het voorkomen van één dag terugval naar verzuim leidde tot een besparing van € 2. Ook in dit geval was de interventie dus kosteneffectief ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Vanuit een werkgeversperspectief werd een kosten-batenanalyse (KBA) uitgevoerd. Verschillen tussen de interventie- en controlegroep in kosten gerelateerd aan bedrijfsgezondheidszorg (in Nederland betaald door de werkgever) en de interventie/gebruikelijke zorg werden berekend. Daarnaast werden verschillen tussen de twee groepen berekend in kosten gerelateerd aan productiviteitsverlies. Productiviteitsverlies was geoperationaliseerd als kosten voor ziekteverzuim (in Nederland ook betaald door de werkgever). De KBA liet zien dat er geen netto monetair voordeel behaald werd met de interventie in vergelijking tot gebruikelijke zorg.

In **Hoofdstuk 8** worden factoren onderzocht die een terugval naar verzuim kunnen voorspellen bij werknemers die teruggekeerd zijn naar het werk na verzuim wegens psychische problemen. Gebaseerd op eerder onderzoek werden potentiële voorspellers bij alle deelnemers gemeten op baseline en gecategoriseerd in de volgende groepen:

- 1 socio-demografische factoren (bv. leeftijd, geslacht),
- 2 ziektegerelateerde factoren (bv. psychische klachten, chronische ziekten),
- 3 persoonlijke factoren (bv. coping gedrag), en
- 4 werkgerelateerde factoren (bv. aanstellingsduur, bedrijfsgrootte, functioneren in werk).

Het risico op terugval naar verzuim op 6 en 12 maanden follow-up was de uitkomstmaat. Op basis van de analyses werden drie voorspellers gevonden: een bedrijfsgrootte van meer dan 100 werknemers en conflicten met de leidinggevende verhoogden het risico op terugval naar verzuim, terwijl het hebben van één of meerdere chronische ziekten dit risico verkleinde. Factoren gerelateerd aan de ernst van (psychische) symptomen waren niet voorspellend voor het risico op terugval naar verzuim.

In **Hoofdstuk 9** wordt het proefschrift bediscussieerd waarbij de focus ligt op de belangrijkste bevindingen, methodologische overwegingen, een reflectie op de bevindingen en implicaties voor onderzoek en de praktijk. De conclusie wordt getrokken dat de SHARP-at work interventie effectief is in het verminderen van het risico op terugval naar verzuim ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Bovendien is de interventie volgens het protocol uitgevoerd voor de meerderheid van de deelnemers en is de interventie goed ontvangen door de bedrijfsartsen en de deelnemers. De resultaten van het proefschrift demonstreren dat continue aandacht nodig is voor werknemers die teruggekeerd zijn naar het werk na verzuim wegens psychische problemen om een duurzame terugkeer te realiseren.

Toekomstig onderzoek moet evalueren of de effecten van de SHARP-at work interventie ook gevonden worden in andere contexten. Daarnaast moet het effect van de interventie geëvalueerd worden voor andere uitkomstmaten dan terugval naar verzuim, die

relevant zijn voor betrokken partijen (werknemers, leidinggevende, werkgevers) zoals het uitvoeren van de taken waarover men afspraken heeft gemaakt en de werktevredenheid van de werknemer.

Een belangrijke implicatie voor de praktijk van de bedrijfsartsen is dat als de SHARP-at work interventie geïmplementeerd wordt, contracten met werkgevers uitgebreid moeten worden met de extra consultaties

die nodig zijn om de interventie uit te voeren. Voor een goede implementatie van de interventie in de praktijk is het eveneens belangrijk dat verschillende partijen (bv. werknemers, leidinggevenden, werkgevers, bedrijfsartsen, arbodiensten, beleidsmakers en onderzoekers) samenwerken om de mogelijke barrières en faciliterende factoren voor implementatie in kaart te brengen.