

VU Research Portal

Sickness absence and return to work in workers with major depressive disorder

Vlasveld, M.C.

2012

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Vlasveld, M. C. (2012). *Sickness absence and return to work in workers with major depressive disorder: The Netherlands Depression Initiative in the occupational healthcare setting*. [PhD-Thesis – Research external, graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Samenvatting

SAMENVATTING

Depressie en verzuim

Ongeveer 15% van de Nederlandse bevolking krijgt eens in zijn of haar leven een depressie. Het hebben van een depressie beïnvloedt het leven van mensen aanzienlijk op verschillende gebieden, waaronder het werkende leven. Zo gaat depressie vaak gepaard met langdurig ziekteverzuim. Uit twee Nederlandse studies bleek dat depressieve werknemers ongeveer 7 tot 9 keer meer verzuimen dan hun niet-depressieve collega's. Depressie heeft hiermee grote financiële gevolgen voor de maatschappij. Van alle kosten die depressie met zich meebrengt, is zelfs bijna 80% toe te schrijven aan productieverliezen. Naast de hoge kosten die dit verzuim met zich mee brengt, heeft verzuim ook grote consequenties voor het leven van de werknemer zelf. Werk vertegenwoordigt een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven. Een lange afwezigheid van het werk kan leiden tot een gebrekkige dagstructuur, een nutteloos gevoel en sociale isolatie. Deze gevolgen van verzuim zijn niet bevorderlijk voor het herstel van de werknemer. Een snelle, duurzame werkhervatting is dan ook erg belangrijk, voor zowel de werknemers zelf als voor de maatschappij.

Voorspellers voor verzuim en werkhervatting

Ziekteverzuim en werkhervatting zijn niet alleen afhankelijk van de medische conditie van de werknemer. Beiden worden door een verscheidenheid aan gezondheidsgelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren bepaald. Kennis over welke factoren dit precies zijn, is belangrijk in de ontwikkeling van interventies gericht op het voorkomen van verzuim en het bevorderen van terugkeer naar werk. Omdat tot nu toe met name gezondheidsgelateerde factoren zijn onderzocht, is meer onderzoek vooral nodig naar persoonlijke en omgevingsfactoren. In dit proefschrift worden 2 studies beschreven waarin factoren gerelateerd aan verzuim en werkhervatting zijn onderzocht. In **hoofdstuk 2** wordt een studie beschreven onder 562 werknemers die langer dan 4 weken verzuimden vanwege allerlei oorzaken. De werknemers vulden een vragenlijst in, waarmee verschillende mogelijke voorspellers voor de duur van verzuim werden gemeten. De afhankelijke variabele was de duur tot volledige werkhervatting. Dit werd 1 jaar na de start van het verzuim berekend op basis van gegevens uit de database van de arbodienst. Na 1 jaar had 71% van de werknemers het werk volledig hervat, was 9.1% tijdens het verzuim uit dienst getreden en had 19.9% het werk nog niet hervat. Uit de Cox regressie analyses bleken fysiek zwaar werk, contact met medisch specialisten, veel lichamelijke klachten, matig tot ernstige depressieve klachten en hogere leeftijd voorspellers te zijn voor een langere verzuimduur. Verzuimende werknemers met fysiek zwaar werk, contact met een medisch specialist, veel lichamelijke klachten, matig tot ernstige depressieve klachten en een hogere leeftijd lopen dus een groter risico op een langere verzuimduur. Bedrijfsartsen moeten alert zijn op deze factoren zodat zij werknemers met een verhoogd risico kunnen herkennen. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de voorspellende factoren slechts eenmaal gemeten zijn, namelijk aan het begin van de studie. We weten dus niets over het verloop van die factoren tussen het begin van de studie en het moment van werkhervatting. In **hoofdstuk 3** hebben we onderzocht of persoonlijkheidskenmerken samenhangen met ziekteverzuim. Hierbij maakten we gebruik van de gegevens van 1855 mensen met een betaalde baan uit de NESDA (Netherlands Study of Depression and Anxiety) studiepopulatie. In deze groep had 55.1% op het moment van onderzoek een depressie of een angststoornis, had

27.1% in het verleden een depressie of een angststoornis gehad en had 23.2% dit nog nooit gehad. Middels een vragenlijst werden de BIG 5 persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid) en locus of control gemeten. Tevens werd de werknemers gevraagd hoeveel dagen zij in de afgelopen 6 maanden verzuimd hadden van hun werk. Uit de resultaten bleken hoog neuroticisme, externe locus of control, lage extraversie en lage consciëntieusheid gerelateerd te zijn aan zowel kort (≤ 2 weken) als lang (> 2 weken) verzuim. De gevonden relaties verschilden op slechts een aantal punten tussen werknemers die nooit een depressie of een angststoornis gehad hadden (de 'gezonde' werknemers) en werknemers die op het moment van onderzoek of in het verleden een depressie of angststoornis hadden (de werknemers met 'psychopathologie'). De relaties tussen persoonlijkheidskenmerken en lang verzuim werden gevonden bij zowel gezonde werknemers als bij werknemers met psychopathologie. Echter, de relaties tussen de kenmerken neuroticisme en locus of control en kort verzuim werden alleen bij gezonde werknemers gevonden. Tot slot, de kenmerken openheid en altruïsme waren alleen bij gezonde werknemers gerelateerd aan verzuim. Uit deze resultaten kan men concluderen dat persoonlijkheid gerelateerd is aan verzuim, bij zowel gezonde werknemers als werknemers met psychopathologie. De bevinding dat sommige persoonlijkheidskenmerken niet gerelateerd waren aan kort verzuim bij werknemers met psychopathologie suggereert dat bij hen stoornisgerelateerde factoren belangrijker zijn. Het is belangrijk deze bevindingen mee te nemen in de ontwikkeling van interventies gericht op het voorkomen van verzuim. Persoonlijkheid wordt vaak beschouwd als een redelijk stabiel gegeven. Het is dus de vraag in hoeverre persoonlijkheidskenmerken substantieel veranderd kunnen worden middels een interventie. In ieder geval zouden interventies toegespitst kunnen worden op (het leren omgaan met) problemen die werknemers met bepaalde persoonlijkheidskenmerken vaak ondervinden. Een nadeel van dit onderzoek is het cross-sectionele onderzoeksdesign. Psychopathologie, persoonlijkheidskenmerken en het aantal verzuimdagen zijn dus op hetzelfde moment gemeten. Dit betekent dat we geen oorzakelijke verbanden kunnen aantonen. Bovendien kan het hebben van een depressie of een angststoornis de meting van persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden. Dit heeft tot gevolg dat een persoonlijkheidsmeting bij iemand met een depressie of een angststoornis alleen betrouwbaar is zolang die persoon de stoornis heeft.

Terugkeer naar werk

Zoals eerder beschreven is een snelle, duurzame werkhervatting erg belangrijk bij verzuimende werknemers met een depressie. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat een vermindering in depressieve klachten niet automatisch gepaard gaat met een herstel in werkfunctioneren. Dus om naast klachtvermindering een snellere en duurzame werkhervatting te bereiken, voldoet het niet om de behandeling alleen te richten op klachtvermindering. Een focus op werkhervatting is dan essentieel. Echter, in de huidige behandeling van werknemers met een depressie ontbreekt die focus vaak. Bovendien is er vaak een gebrek aan communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen en curatieve artsen, en belemmeren wachtlijsten vaak een snelle doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ.

Collaborative care in de bedrijfsgeneeskundige setting

Om bovengenoemde beperkingen aan te pakken, hebben wij een studie uitgevoerd onder 126 werknemers met een depressie en 4 tot 12 weken ziekteverzuim. In deze

gerandomiseerde, gecontroleerde studie hebben wij de (kosten)effectiviteit van collaborative care vergeleken met de gebruikelijke zorg. Collaborative care is oorspronkelijk ontwikkeld als eerstelijns behandelmodel voor depressie. In collaborative care coördineert een care manager de behandeling, voert hij een korte, gestructureerde eerstelijnsinterventie zoals Problem Solving Treatment (PST) uit en monitort hij de voortgang van de behandeling. Een psychiater is beschikbaar voor consultatie. In onze studie werd de collaborative care behandeling uitgevoerd door speciaal getrainde bedrijfsarts-care managers (BA-care managers) en werd de behandeling uitgebreid met een werkaanpassingsinterventie. In de werkaanpassingsinterventie werken de werknemer, leidinggevende en de BA-care manager samen aan het wegnemen van belemmeringen voor werkhervatting. De BA-care manager in onze studie werd ondersteund in het volgen van het behandelprotocol door een online tracking systeem en een consultant-psychiater. Door de werkaanpassingsinterventie te combineren met interventies gericht op de werknemer (zoals PST) en door de collaborative care behandeling te laten uitvoeren door een BA-care manager was de verwachting dat de interventie zou leiden tot zowel een snellere werkhervatting als een vermindering van de depressieve klachten. Deelnemers voor de studie werden geworven middels screening met de depressieschaal van de Patient Health Questionnaire, de PHQ-9. Vervolgens werd telefonisch een aanvullend interview afgenomen om te beoordelen of de werknemer daadwerkelijk voldeed aan de DSM-IV criteria voor depressie. Na inclusie in de studie werden deelnemers ingeloot in de collaborative care groep of in de gebruikelijke zorggroep. Beide groepen kregen de gebruikelijke verzuimbegeleiding van hun eigen bedrijfsarts. Alleen de deelnemers in de collaborative care groep kregen daarnaast de collaborative care behandeling door de BA-care manager. Na inclusie in de studie werden de deelnemers een jaar lang gevolgd. Vragenlijsten werden afgenomen op baseline en op 3, 6, 9 en 12 maanden na baseline. De opzet van deze studie staat uitgebreid beschreven in **hoofdstuk 4**. In **hoofdstuk 5** worden de korte-termijn resultaten van de studie beschreven wat betreft depressieve klachten. Op 3 maanden na baseline bleek in de collaborative care groep een groter aantal deelnemers respons (m.a.w. minstens 50% vermindering van depressieve symptomen) te hebben dan in de gebruikelijke zorggroep. Op de PHQ-9 als continue uitkomstmaat vonden wij voor de totale studiepoulatie geen verschil tussen beide groepen. Wel bleek bij nadere analyse op de continue uitkomstmaat collaborative care effectiever te zijn dan de gebruikelijke zorg voor deelnemers met op baseline matig ernstige depressieve klachten. In **hoofdstuk 6** worden de resultaten van de volledige follow-up na 1 jaar gepresenteerd. Hier hebben we zowel naar depressieve klachten gekeken als naar werkhervatting. Uit de resultaten bleek dat deelnemers in de collaborative care groep sneller respons bereikten dan de deelnemers in de gebruikelijke zorggroep. De 2 groepen verschilden echter niet van elkaar wat betreft de duur tot werkhervatting, de continue maat van depressieve symptomen en de kans op respons of remissie (m.a.w. compleet herstel van depressieve symptomen). Er is een aantal mogelijke verklaringen voor deze tegenvallende resultaten. Ten eerste heeft slechts tweederde van de deelnemers in de collaborative care groep daadwerkelijk de BA-care manager bezocht. Door een gebrek aan BA-care managers moesten sommige deelnemers lang wachten op de start van de collaborative care behandeling, hetgeen hen ontmoedigd kan hebben om de behandeling alsnog te volgen. Bovendien, door de scheiding van behandeling en controle in Nederland zijn werknemers waarschijnlijk niet gewend aan de behandelrol van de BA-care manager, hetgeen hen ook ontmoedigd kan hebben. Ten tweede, slechts bij een klein aantal deelnemers in de collaborative care

groep is de werkaanpassingsinterventie toegepast. Omdat juist deze interventie gericht was op werkhervatting, verkleint dit de kans op een effect op werkhervatting enorm. Tot slot waren relatief veel deelnemers in de gebruikelijke zorggroep onder psychologische behandeling, hetgeen het contrast tussen de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep verder verkleinde. In **hoofdstuk 7** is de kostenevaluatie van de collaborative care studie beschreven. Hoewel de direct medische kosten in de collaborative care groep lager waren, verschilden de 2 groepen niet van elkaar in de productiviteitskosten. In allebei de groepen verbeterde de kwaliteit van leven van de werknemers, maar in de gebruikelijke zorggroep steeg de kwaliteit van leven meer dan in de collaborative care groep. De kostenutiliteitsanalyses lieten vervolgens zien dat collaborative care niet kosteneffectiever was dan de gebruikelijke zorg.

Discussie

In **hoofdstuk 8** worden de belangrijkste bevindingen van dit proefschrift besproken, evenals onze interpretaties van de bevindingen. Ook worden hier enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en voor de praktijk. Op basis van onze resultaten is een brede implementatie van dit collaborative care model in de bedrijfsgeneeskundige setting, zoals wij deze hebben toegepast, niet gerechtvaardigd. De focus op zowel werkhervatting als klachtvermindering lijkt nog steeds van groot belang in de behandeling van depressieve, verzuimende werknemers, echter, toekomstig onderzoek moet uitwijzen hoe die tweeledige focus het beste toegepast kan worden in de praktijk. De bevinding dat collaborative care wel tot een snellere respons leidde, geeft aan dat er wellicht wel mogelijkheden zijn om collaborative care modellen toe te passen in de bedrijfsgeneeskundige setting. In dat geval moet uitgezocht worden welke professional het best de care manager rol op zich kan nemen. Een andere benadering om de zorg te verbeteren is door dichter bij de procesbegeleidersrol van de bedrijfsarts, zoals die in de NVAB richtlijn voor psychische klachten beschreven staat, te blijven. Verder onderzoek zou zich dan moeten richten op het verbeteren van doorverwijzing naar behandeling, en monitoren van de voortgang daarvan, door de bedrijfsarts en het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen en de curatieve sector. Bovendien zou het interessant zijn om te onderzoeken hoe interventies beter toegespitst kunnen worden op specifieke (persoonlijkheids)kenmerken of behoeften van werknemers. Naast dat we, op basis van onze resultaten, niet adviseren tot een brede implementatie van dit collaborative care model in de bedrijfsgeneeskundige setting, hebben onze bevindingen nog een aantal andere implicaties voor de praktijk. Ten eerste, het screenen van verzuimende werknemers op depressieve en lichamelijke klachten kan bedrijfsartsen helpen in het herkennen van werknemers met een verhoogd risico op langdurig verzuim. Ten tweede, wanneer verzuimende werknemers een medisch specialist bezoeken is het belangrijk dat bedrijfsartsen en medisch specialisten functionele beperkingen en mogelijkheden voor werkhervatting met elkaar bespreken om tegenstrijdige adviezen te voorkomen. Aangezien aandacht voor werk(hervatting) in de curatieve sector vaak beperkt is, zou meer onderwijs hierover mogelijk ook leiden tot meer aandacht voor werk en tot een betere communicatie met bedrijfsartsen. Ten derde, bij verzuimende werknemers met fysiek zwaar werk kunnen (tijdelijke) werkaanpassingen overwogen worden, gericht op het verminderen van de fysieke zwaarte van het werk. Tot slot, werknemers met bepaalde persoonlijkheidskenmerken hebben waarschijnlijk een lagere drempel tot (langdurig) ziekteverzuim dan anderen. Bedrijfsartsen en werkgevers dienen

alert te zijn op werknemers met deze persoonlijkheidskenmerken, zodat interventies vroegtijdig ingezet kunnen worden.