

VU Research Portal

Happy@Work

Geraedts, A.S.

2014

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

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

citation for published version (APA)

Geraedts, A. S. (2014). *Happy@Work: E-mental health in occupational health care*. [PhD-Thesis - Research and 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

Hoofdstuk 1 bevat een algemene inleiding van deze dissertatie. Depressie is een veel voorkomende stoornis in de werkende bevolking en heeft een grote impact op zowel het privé als het werkende leven van een persoon. Depressieve stoornissen leiden tot hoge economische kosten waarvan het grootste gedeelte wordt betaald door de werkgever, aangezien het merendeel van deze kosten wordt veroorzaakt door verzuim en productiviteitsverlies. Er zijn verschillende effectieve behandelingen voor depressie beschikbaar. Echter, minder dan 50% van diegenen die lijden aan een depressie ontvangen professionele hulp voor hun klachten. Deze onderbehandeling kan het resultaat zijn van verschillende barrières, zoals een angst voor stigma en de overtuiging dat behandelingen niet helpen. Daarnaast heeft de OECD recent aanbevolen om sneller in te grijpen bij de ontwikkeling van psychische problemen en om bij de behandeling vaker de aandacht te vestigen op werkgerelateerde factoren. Het aanbieden van internetinterventies is een van de suggesties om de onderbehandeling tegen te gaan. Inmiddels hebben meerdere studies aangetoond dat depressies effectief kunnen worden behandeld met internetinterventies. Echter, er zijn vrijwel geen studies uitgevoerd in de context van de werkplek (“occupational e-mental health”). Internetinterventies met een specifieke focus op werkgerelateerde factoren, naast een focus op klachtenreductie, kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan de huidige problematiek rondom depressies, onderbehandeling, en het gebrek aan een focus op de werkende bevolking. Door in een vroeg stadium van de ontwikkeling van een depressie in te grijpen zou bovendien mogelijk verzuim kunnen worden voorkomen, omdat symptomen in een vroeg stadium worden teruggedrongen. Het primaire doel van deze dissertatie was om de effectiviteit en kosten-effectiviteit te onderzoeken van een geïndiceerde, preventieve en op werk gerichte, begeleide internetinterventie, genaamd Happy@Work, voor werknemers met milde, matige, of ernstige depressieve symptomen die niet verzuimden van werk. Een tweede doel van deze dissertatie was het verkrijgen van meer inzicht in de kostenveroorzakers van psychische problemen. In een cohort van werknemers werd onderzocht hoe verschillende predictoren en subgroepen van werknemers een bijdrage leveren aan de voorspelling van gezondheidszorg- en productiviteitskosten.

Hoofdstuk 2 bevat een gedetailleerde beschrijving van de opzet van de gerandomiseerde, gecontroleerde trial, waarin Happy@Work werd vergeleken met een gebruikelijke zorg controle groep. Respondenten werden geworven via verschillende bedrijven in Nederland en waren veelal werknemers met een kantoorbaan. Er werden verschillende wervingsmethodieken toegepast, zoals banners op het intranet en digitale flyers. Respondenten moesten ten minste 16 scores op de Center for Epidemiologic Studies Depression – scale (CES-D) om te worden toegelaten tot het onderzoek. Er werd stratificatie op twee niveaus toegepast: gebruik van antidepressiva (1) en onder behandeling zijn bij een psycholoog of psychiater (2). De respondenten werden vervolgens gerandomiseerd naar de Happy@Work interventie of de gebruikelijke zorg groep. Respondenten in de gebruikelijke

zorg groep ontvingen geen behandeling van de onderzoekers maar kregen het advies om professionele hulp voor hun klachten te zoeken. Respondenten in de interventiegroep ontvingen de Happy@Work interventie die 6 weken duurde met de optie van één week extra indien er sprake was van vertraging. Happy@Work is gebaseerd op probleemoplossende therapie, cognitieve therapie en een handleiding voor werknemers om hen te helpen bij het voorkomen van werk gerelateerde stress. Respondenten ontvingen feedback van een coach via de website op gemaakte opdrachten. Er werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij de start van het onderzoek, en vervolgens 8 weken, 6 maanden en 12 maanden na de start van het onderzoek. Alle vragenlijsten werden online ingevuld en ook werd een telefonisch interview afgenomen bij de start van het onderzoek en 6 maanden later. De primaire uitkomstmaat was depressieve symptomen gemeten met de CES-D. Secundaire uitkomsten waren verzuim, werkprestatie, burnoutklachten en angstklachten. Verschillende andere vragenlijsten werden ook afgenomen om het gevoel van controle, sociale steun, gebruik van gezondheidszorg, productiviteitsverlies, kwaliteit van leven en de cursusevaluatie te meten. Alle analyses werden uitgevoerd conform het intention-to-treat principe.

Hoofdstuk 3 bespreekt de procesevaluatie van de geïndiceerde preventieve op werk gerichte begeleide internetinterventie die parallel aan de gerandomiseerde gecontroleerde trial werd uitgevoerd. Dit hoofdstuk bevat ook een gedetailleerde beschrijving van de interventie. Het doel van de procesevaluatie was om de haalbaarheid van de interventie te onderzoeken en om mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor verdere implementatie van de interventie te exploreren. De procesevaluatie werd uitgevoerd conform de aanbevelingen van Linnan en Steckler en bevatte de volgende componenten: recruitment, reach, dose delivered, dose received, fidelity, implementation score, en satisfaction. Deze componenten werden onderzocht door kwalitatieve en kwantitatieve data te combineren die verzameld werden tijdens de gerandomiseerde, gecontroleerde trial bij de start van het onderzoek en 8 weken later. Zowel de reach als de dose delivered waren hoog; 93.1% van de respondenten gebruikten de interventiecomponenten die hen werden aangeboden. Echter, de therapietrouw was laag; de dose received was 57.8%. De kwaliteit van de uitvoering van de interventie was voldoende (fidelity). Dit leidde tot een gewogen implementatiescore van 79.9%. De respondenten waren tevreden met de verschillende aspecten van de interventie, met name met de feedback van de coach. De werving van bedrijven en respondenten was echter moeilijk, slechts vijf van de 49 benaderde bedrijven namen deel aan het onderzoek. De resultaten van de procesevaluatie laten zien dat de interventie conform protocol was uitgevoerd en dat deze haalbaar lijkt voor verdere implementatie. Mogelijke belemmerende factoren voor verdere implementatie waren therapietrouw en kwaliteit van de feedback.

Hoofdstuk 4 beschrijft de bevindingen van de korte-termijn effectiviteit van Happy@Work in vergelijking met gebruikelijke zorg. In totaal werden 231 respondenten van zes verschillende bedrijven in Nederland gerandomiseerd naar de interventie (n=116) of de gebruikelijke zorg

(n=115) groep. 24.7% van de respondenten voldeed aan de diagnose stemmingsstoornis. Van de 231 respondenten in het onderzoek vulden 171 (74%) de vragenlijst na 8 weken compleet in en data van de CES-D was beschikbaar van 173 respondenten. Slechts een kleine groep respondenten maakte gebruik van gezondheidszorg in de periode vanaf de start van het onderzoek en 8 weken later. Respondenten in de gebruikelijke zorg groep maakten niet significant vaker gebruik van gezondheidszorg dan respondenten in de interventiegroep. Zowel de interventie als de gebruikelijke zorg groep lieten significante verbeteringen in de primaire uitkomstmaat depressieve symptomen zien met binnengroep effectsterktes van 1.03 voor de interventiegroep en 0.98 voor de gebruikelijke zorg groep. Echter, er werden geen verschillen tussen de groepen gevonden. De binnengroep effect sterktes voor de secundaire uitkomstmaten waren klein tot middelgroot. Significante, maar kleine effecten, in het voordeel van de interventiegroep werden gevonden voor angstklachten (tussengroep effectsterkte 0.16) en emotionele uitputting (tussengroep effectsterkte 0.17), één van de dimensies van burnoutsymptomen. De therapietrouw was laag, met slechts 57.8% van de interventiegroep respondenten die tenminste de helft van de interventie voltooiden. De per-protocol analyses lieten grotere effectsterktes zien voor depressieve symptomen, maar dit verschil was niet significant. Het aantal respondenten dat een klinisch significante verbetering liet zien in de verschillende uitkomstmaten verschilde niet tussen de groepen. Er waren meer respondenten in de interventiegroep die een betrouwbaar herstel van depressieve klachten lieten zien in vergelijking met de gebruikelijke zorg groep (44.8% versus 39.1%), maar dit verschil was niet significant. De resultaten lieten zien dat Happy@Work niet effectiever was in het verminderen van somberheidsklachten onder werknemers dan gebruikelijke zorg direct na de behandeling.

Hoofdstuk 5 rapporteert de bevindingen van de effectiviteit van de interventie in vergelijking met gebruikelijke zorg over de tijd. Aangezien de resultaten van de korte-termijn effectiviteit lieten zien dat er een substantiële verbetering in depressieve symptomen in beide groepen was, was het ook belangrijk te onderzoeken of deze verbetering in beide groepen over de tijd bleef bestaan, of dat er sprake zou zijn van een toename van depressieve symptomen in één of beide groepen. Van de 231 respondenten in het onderzoek vulden 68% de vragenlijst bij 6 maanden follow-up in en 54% bij 12 maanden follow-up. De substantiële verbeteringen in depressieve symptomen bleven gelijk over de tijd, maar het geschatte gemiddelde verschil tussen de groepen over de periode van een jaar was niet significant. Bij de analyses voor de secundaire uitkomstmaten werd hetzelfde patroon van resultaten gevonden als bij de depressieve symptomen; de verbeteringen tussen de start van het onderzoek en 8 weken later bleven gelijk over de tijd, maar er waren geen significante verschillen tussen de groepen over de tijd. In dit hoofdstuk werd ook de duur van het verzuim bestudeerd, maar het geschatte gemiddelde verschil tussen de groepen was niet significant. Dit betekent dat er geen verschil was tussen de groepen in de duur van het verzuim. De per-protocol analyses

lieten ook geen significante resultaten zien over de tijd voor depressieve symptomen en alle secundaire uitkomstmaten. Ook werden er verschillende subgroep analyses uitgevoerd met betrekking tot: opleidingsniveau, leeftijd (leeftijd <35 versus leeftijd ≥35), sekse, fulltime dienstverband (≥36 uur per week) versus parttime dienstverband (<36 uur per week), en hoge baseline depressie score. Er werden geen significante verschillen in depressieve symptomen tussen de groepen over de tijd gevonden in de subgroep analyses. De resultaten lieten zien dat Happy@Work niet effectiever was in het verminderen van somberheidsklachten onder werknemers met somberheidsklachten die niet verzuimen van werk in vergelijking met gebruikelijke zorg over de periode van een jaar.

Hoofdstuk 6 bevat de economische evaluatie van de studie waarbij de kosten-effectiviteit en return on investment van Happy@Work in vergelijking met gebruikelijke zorg werd geëvalueerd. De kosten-effectiviteit en kosten-utiliteit analyses werden uitgevoerd vanuit een maatschappelijk en een werkgevers perspectief. De return on investment analyse werd uitgevoerd vanuit een werkgevers perspectief. De resultaten lieten een klein significant effect van de interventie zijn bij de meting op 12 maanden. De interventie's kansen op kosten-effectiviteit waren 0.62 (maatschappelijk perspectief) en 0.55 (werkgevers perspectief) indien de beslissing makers niet bereid zijn iets te betalen voor een toegevoegde eenheid van effect in termen van depressieve symptomen en klinisch significante verbetering. Deze kansratios liepen op tot 0.95 bij een bereidheid tot betalen van €2,000 (maatschappelijk perspectief) en €3,500 (werkgevers perspectief) voor één punt verbetering in depressieve symptomen. Het grootste gedeelte van de kosten-effectparen (62%) bevond zich in het zuidoostelijk kwadrant van het kosten-effectiviteit vlak, vanuit zowel het maatschappelijk als werkgever's perspectief. Dit geeft aan dat de interventie effectiever en goedkoper was dan gebruikelijke zorg. Echter, de incrementele kosten-effectparen waren verdeeld over alle vier de kwadranten van het kosten-effectiviteitvlak. Dit geeft aan dat er grote onzekerheid is over de geschatte incrementele kosten-effect ratio. De maximale kans dat de interventie kosteneffectief bevonden wordt in termen van toegenomen QALY's was 0.62 (maatschappelijk perspectief) en 0.55 (werkgevers perspectief), losstaande van de bereidheid tot betalen. Bovendien werd slechts een middelmatige kans op positief financieel rendement voor de werkgever gevonden (d.w.z. de kans op financieel rendement = 0.63). Op basis van deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat de interventie niet kosteneffectief is in termen van toegenomen QALY's en dat deze niet leidde tot een kostenbesparing voor de werkgever. De kosten-effectiviteit van de interventie in termen van depressieve symptomen en klinisch significante verbetering hangt af van de bereidheid tot betalen van beslissing makers en de kans op kosten-effectiviteit die zij acceptabel achten.

Hoofdstuk 7 beschrijft hoe verschillende predictoren en subgroepen van respondenten bijdragen aan de voorspelling van gezondheidszorg- en productiviteits-kosten in een cohort van werknemers. In dit hoofdstuk werden 1548 werknemers van een Nederlandse

cohort studie (NESDA) geselecteerd. Om belangrijke predictoren van gezondheidszorg- en productiviteitskosten te identificeren werden predictieregel ensembles gebruikt. Predictieregels beschrijven de karakteristieken van subgroepen in een steekproef die een aanzienlijk hogere of lagere waarde van de uitkomstvariabele hebben (economische kosten in dit hoofdstuk). Predictorvariabelen werden gemeten op baseline en gezondheidszorg- en productiviteitskosten werden na één jaar gemeten. Een diagnose en de ernst van de depressie- en angstklachten waren de meest belangrijke predictoren van gezondheidszorgkosten. En omgekeerd voorspelden de afwezigheid van een angst- of depressiestoornis en milde ernst van de symptomen van angst en depressie lagere gezondheidszorgkosten. De ernst van depressieve symptomen was de belangrijkste predictor van productiviteitskosten. Verschillende demografische, sociale, en werkgerelateerde predictoren bleken geen voorspellers voor economische kosten te zijn. De predictieregels identificeerden ook verschillende subgroepen van respondenten met aanzienlijk hogere of lagere economische kosten. Eén predictieregel gaf bijvoorbeeld aan dat de geschatte gezondheidszorgkosten van een persoon met een netto huishoudelijk inkomen lager dan €2000 en met één of meerdere depressiestoornissen in de afgelopen zes maanden €211 hoger waren, in vergelijking met een persoon die niet aan deze condities voldeed. De resultaten van deze studie suggereren dat het voor werkgevers voordelig zou kunnen zijn om behandeling en preventie van depressie en angst te faciliteren om zo kosten te besparen.

Hoofdstuk 8 bevat de algemene discussie van deze dissertatie. Happy@Work was niet effectiever in de behandeling van werknemers met depressieve klachten die niet verzuimen van werk in vergelijking met gebruikelijke zorg en was ook niet kosten-effectief in vergelijking met gebruikelijke zorg. Andere occupational e-mental health studies hebben inconsistente resultaten laten zien. Dit indiceert dat de behandeling van werknemers met mentale gezondheidsproblemen in de bedrijfsgezondheidszorg mogelijk een moeilijker proces is in vergelijking met de behandeling van mensen met mentale gezondheidsproblemen in de geestelijke gezondheidszorg. Veel gebruikte methodes in de geestelijke gezondheidszorg, zoals de getrapte zorg methode, zullen mogelijk niet succesvol zijn in de behandeling van werknemers met mentale gezondheidsproblemen. De implicaties voor verschillende stakeholders worden besproken, evenals de beperkingen en sterke punten van de studie, en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Dit hoofdstuk sluit af met een eindconclusie.