

# **Cognitieve gedragstherapie in de Ziektewet- Arborol bij depressieve klachten, angstklachten of aanpassingsproblematiek**

Een haalbaarheidsonderzoek

J.G.E. Jansen-Bots  
Utrecht, juli 2010

Scriptie als onderdeel van de opleiding tot verzekeringsarts aan de  
Netherlands School of Public and Occupational Health

## Samenvatting

Er werd een pilotonderzoek verricht op de afdeling Ziektewet-Arbo van het UWV-kantoor Utrecht. De onderzoekspopulatie bestond uit 19 cliënten, die arbeidsongeschikt waren ten gevolge van een depressieve stoornis, een angststoornis of overspanning/burnout. Doel van het onderzoek was om de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het inzetten van een interventie met cognitieve gedragstherapie (CGT) in de Ziektewet te beoordelen. Alle interventies werden door HSK, kantoor Utrecht, gegeven. De resultaten moesten leiden tot aanbevelingen voor een mogelijk in de toekomst te houden groot onderzoek: een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT).

Gezien de opzet van het pilotonderzoek kunnen uit de resultaten geen conclusies over het effect van de interventie worden getrokken. Toch werd er gekeken hoeveel mensen hersteld konden worden verklaard voor het eigen werk.

Ook werd onderzocht of het mogelijk was te meten of cliënten beter gingen functioneren in hun dagelijkse leven en of hun psychische klachten verminderden. Dit gebeurde door middel van het afnemen van vragenlijsten aan het begin en aan het einde van de interventie. Verder werd ten aanzien van de uitkomstmaat hersteldmelding de interventiegroep vergeleken met de UWV-vangnetpopulatie met dezelfde ziektebeelden.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er ten aanzien van de haalbaarheidsaspecten sprake was van een ernstig struikelblok. Het bleek niet mogelijk om binnen de geplande termijn van 3 maanden voldoende cliënten in het onderzoek te includeren. Verder was er sprake van een belangrijke uitloop van diverse termijnen. Cliënten werden niet tijdig door de verzekeringsarts op het spreekuur gezien en startten veel later dan gepland met de interventie. Zij waren gemiddeld eerst na ruim 3 ½ maand behandeling belastbaar. Ook startten re-integratieactiviteiten laat.

De uitvoerbaarheid liet een positiever beeld zien. Het was goed uitvoerbaar om de interventie in te zetten en deze werd doorgaans serieus doorlopen. Het overleg tussen UWV en HSK verliep goed en volgens de onderzoeksplanning.

In slechts een derde deel was het mogelijk om de interventie geheel volgens protocol te geven. Bij de overige interventies werd hiervan afgeweken of moest additionele behandeling worden ingezet. De reden hiervoor was dat naast de As I-problematiek (stemmingsproblematiek, angstproblematiek of aanpassingsproblematiek) veelvuldig sprake was van As IV-problematiek (psychosociale problemen). De interventies duurden gemiddeld meer dan 2 maanden langer dan de geplande maximale 6 maanden.

Het was goed mogelijk om de uitkomstmaten te meten. Bij de vragenlijsten was er sprake van een uitstekende respons en alle ingevulde lijsten waren goed bruikbaar. Drie deelnemers werden hersteld verklaard voor het eigen werk. Dit gebeurde na een gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur van 13 maanden en een gemiddelde interventieduur van bijna 6 maanden. In de UWV vangnetpopulatie (n = 503), waarmee werd vergeleken, vonden binnen 6 maanden 17% en binnen 12 maanden 26% hersteldmeldingen plaats.

Bij één van de gebruikte vragenlijsten was er sprake van een significante positieve verschilscore. De overige lijsten lieten geen significante verschillen zien. Opvallend was dat een deel verbeterde, een deel verslechterde en een deel geen verandering liet zien.

Gezien de resultaten op de haalbaarheidsaspecten van het pilotonderzoek wordt geconcludeerd dat het niet haalbaar is om het RCT uit te voeren. Het is dan ook niet zinvol om aanbevelingen voor aanpassingen in de procesgang en de interventie te doen. Achteraf bezien is het de vraag of de ingezette interventie wel zo geschikt was voor de huidige onderzoekspopulatie. Mede gezien de in de literatuur gevonden gegevens, is het waarschijnlijk zinvoller om naast de interventie eveneens behandeling voor de bijkomende problematiek in te zetten en meer en vroeger aandacht te besteden aan het begeleiden naar werk.

## Voorwoord

Het onderzoek, dat ik voor deze scriptie heb verricht, maakt deel uit van mijn opleiding tot verzekeringsarts aan de Netherlands School of Public and Occupational Health.

Ik wilde graag een onderzoek uitvoeren, waarbij ik met zoveel mogelijk praktische aspecten van wetenschappelijk onderzoek in aanraking zou komen. Daarnaast vond ik het belangrijk om het onderzoek zoveel als mogelijk zelf uit te voeren en onder mijn eigen cliëntenpopulatie. Toen de gelegenheid zich voordeed zelf een pilotonderzoek mede op te zetten en uit te voeren, hoefde ik daar niet lang over na te denken. Zeker omdat het onderwerp mij erg aansprak.

Ik had in mijn werkzaamheden als arts in opleiding tot verzekeringsarts bij de uitvoering van claimbeoordelingen voor de diverse wetten (WAO, WIA, WAZ, WAJONG en Ziektewet) regelmatig gezien dat cliënten met diverse psychische klachten niet of niet adequaat behandeld werden. Toen er op het UWV-kantoor Utrecht reeds besprekingen gaande waren om de haalbaarheid van een toekomstig onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapie te onderzoeken, was mijn belangstelling dan ook al gauw gewekt. Ik kon dit haalbaarheidsonderzoek grotendeels in mijn dagelijkse werkzaamheden integreren. Dit leidde tot een onderzoekspopulatie van 19 cliënten met een Ziektewetuitkering wegens arbeidsongeschiktheid door psychische klachten ten gevolge van een depressie, aanpassingsstoornis of angststoornis.

Het onderzoek vergde veel voorbereiding. Van de diverse besprekingen met alle bij het onderzoek betrokken partijen (UWV, KCVG en HSK) tot het opstellen van een projectplan voor het onderzoek. Daarnaast moest adequaat informatiemateriaal voor potentiële deelnemers en hun verwijzende huisartsen opgesteld worden. Gaandeweg het onderzoek konden de verkregen gegevens geordend en geanalyseerd worden. Wat voor u ligt is het eindresultaat daarvan.

In de diverse stadia heb ik veel medewerking en begeleiding gekregen van vele mensen binnen en buiten het UWV. Op de afdeling kon ik altijd rekenen op steun en facilitering van het management, de staf, teamondersteuners, re-integratiebegeleiders en arbeidsdeskundigen. Mede dankzij de verwijzingen van mijn collega verzekeringsartsen Albert van Barneveld, Mona Harbiye en Ronald Tieland is het gelukt voldoende onderzoekskandidaten te verzamelen. Marijke van Bork, stafverzekeringsarts dank ik daarnaast voor het kritisch doorlezen van het manuscript. Speciaal wil ik danken Marga van Liere, Regiostafverzekeringsarts UWV en opdrachtgever voor dit onderzoek. Zij was altijd bereid mee te denken en oplossingen te zoeken voor problemen die zich voordeden. Verder dank ik Prof. Dr. Haije Wind, verzekeringsarts (UWV) en hoogleraar verzekeringsgeneeskunde verbonden aan het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde. Zijn kritische, stimulerende en steunende begeleiding heb ik als zeer inspirerend ervaren. Verder Dr. Marc Verbraak van HSK voor zijn inbreng in de onderzoeksopzet en Jorieke Wolterink en de overige therapeuten van HSK voor de facilitering en bereidheid tot overleg. Voorts dank ik Mary Nauta van de NSPOH voor de statistische bewerking van de onderzoeksresultaten. Een zeer speciaal woord van dank komt mijn praktijkopleider, Jessie Cosemans (verzekeringsarts) toe. Van het helpen vouwen van de circa 1500 cliëntinformatiefolders tot het helpen redigeren van mijn geschreven materiaal, kon ik altijd op haar inspirerende en structurerende begeleiding rekenen!

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting .....</b>	<b>2</b>
<b>Voorwoord.....</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding.....</b>	<b>6</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding .....	6
1.2 Probleemstelling .....	7
1.3 Doelstelling pilotonderzoek .....	7
1.4 Vraagstelling .....	8
<b>Hoofdstuk 2: Literatuur .....</b>	<b>10</b>
2.1 Inleiding .....	10
2.2 Onderzoeksvragen .....	10
2.3 Zoekstrategie en resultaat .....	10
2.3 Beschrijving literatuur .....	10
2.3.1 Artikelen over mensen met werk .....	11
2.3.2 Artikelen over mensen zonder werk .....	13
2.3.3 Overige artikelen .....	15
2.4 Discussie .....	15
2.5 Beantwoording vraagstelling .....	16
<b>Hoofdstuk 3: Methoden .....</b>	<b>17</b>
3.1 Soort onderzoek .....	17
3.2 Onderzoekspopulatie.....	17
3.2.1 Inclusiecriteria .....	17
3.2.2 Vergelijking met de vangnetpopulatie Ziektewet.....	17
3.3 Procedure .....	18
3.3.1 Planning termijnen in het individuele geval .....	19
3.4 Interventie.....	19
3.5 Uitkomstmaten.....	19
3.5.1 Gebruikte vragenlijsten .....	19
3.6 Bewerking en statische analyse van de gegevens .....	21
<b>Hoofdstuk 4: Resultaten .....</b>	<b>22</b>
4.1 Inleiding .....	22
4.2 Haalbaarheid.....	22
4.2.1 Selectie .....	22
4.2.2 Toepassen inclusiecriteria .....	23
4.2.3 Tijdigheid .....	24
4.2.4 Belastbaarheid, teamoverleg en actie.....	25
4.2.5 Vragenlijsten.....	25
4.2.6 Samenvatting ten aanzien van de haalbaarheid .....	25
4.3 Uitvoerbaarheid .....	26
4.3.1 Samenvatting uitvoerbaarheid interventie.....	27
4.4 Meten van de relevante uitkomstmaten .....	27
4.5 Uitkomsten vergelijking interventiegroep met de vangnetpopulatie Ziektewet .....	27
<b>Hoofdstuk 5: Discussie en conclusies .....</b>	<b>30</b>
5.1 Inleiding .....	30
5.2 Haalbaarheid en uitvoerbaarheid .....	30
5.3 Vragenlijsten.....	31
5.4 Uitkomstmaten.....	31
5.5 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek.....	33

<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>34</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>36</b>

## Hoofdstuk 1: Inleiding

### 1.1 Achtergrond en aanleiding

In het kader van het onderzoeks- en scriptietraject van mijn opleiding tot verzekeringsarts bij de NSPOH heb ik een kleinschalig haalbaarheidsonderzoek (pilotonderzoek) mede opgezet en zelf uitgevoerd. Daarnaast werd geprobeerd enkele uitkomsten van dit onderzoek in een breder perspectief te plaatsen door deze te vergelijken met de vangnetpopulatie Ziektewet.

Op het kantoor waar ik werk waren reeds besprekingen gaande om de mogelijkheden voor de uitvoering van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) te beoordelen. Dit vormde voor mij een directe aanleiding om dit specifieke pilotonderzoek uit te voeren. De besprekingen vonden plaats tussen de Regiostafverzekeringsarts (RSVA) van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), HSK (een landelijke organisatie in de psychische zorg) en het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG).

Het verrichte pilotonderzoek werd uitgevoerd om aanbevelingen te kunnen doen voor een in de toekomst mogelijk uit te voeren grootschalig effectonderzoek: een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Het pilotonderzoek vond plaats onder cliënten van de Ziektewetpopulatie van UWV-kantoor Utrecht. Alle interventies vonden plaats bij HSK, kantoor Utrecht.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een interventie, die door de verzekeringsarts in de ZW-Arborol kan worden ingezet bij cliënten met psychische klachten.

Doel van voornoemd RCT is om te onderzoeken of CGT effectief is ten aanzien van herstel en arbeidsongeschiktheidsduur.

De Ziektewet (ZW) is een werknemersverzekering, die wordt uitgevoerd door het UWV. Deze fungeert als een vangnetregeling voor arbeidsongeschikte werknemers, die geen werkgever hebben of voor wie de werkgever het loon niet hoeft door te betalen.

Dit betreft onder andere de volgende groepen:

- werknemers met een tijdelijk contract, dat afloopt tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid (einddienstverbanders)
- uitzendkrachten
- oproepkrachten
- mensen met een WW-uitkering (zieke werklozen)
- vrouwen, die ziek zijn door zwangerschap of bevalling
- orgaandonoren.

Bij door mij uitgevoerde claimbeoordelingen in het kader van de Ziektewet viel het op dat een groot deel van de mensen zich arbeidsongeschikt had gemeld met psychische klachten. Dit komt overeen met cijfers over de WAO-instroom. In 2004 werd in Nederland bij 5500 gevallen de diagnose depressieve episode gesteld<sup>1</sup>. Dat was 11,1% van de WAO instroom. Voor angststoornissen was dit 2,4 %<sup>2</sup> en voor aanpassingstoornissen 6,6%<sup>3</sup>. In de Ziektewetperiode zijn deze percentages waarschijnlijk nog hoger, maar daarover zijn geen betrouwbare gegevens voor handen. Op het eerste spreekuur tijdens de Ziektewetperiode bleek dat mensen zeer verschillend behandeld werden: van in het geheel geen behandeling tot een gerichte en protocollaire aanpak en alles daar tussenin. Deze ervaringen stemden overeen met mijn eerdere ervaringen met het doen van WAO-, WAJONG- of WIA (her)beoordelingen in het kader van het (aangepaste) Schattingsbesluit<sup>i</sup>.

Voor het beoordelen en begeleiden van cliënten in de ZW-Arborol heeft de verzekeringsarts behalve de richtlijnen voor bedrijfsartsen eveneens de recenter

---

<sup>i</sup> Wettelijk vastgestelde werkwijze voor WAO, WAJONG en WIA-beoordelingen, (2004) 2000.

verschenen verzekeringsgeneeskundige protocollen van de Gezondheidsraad ter beschikking. Drie van deze protocollen gaan over de veel voorkomende aandoeningen, die het onderwerp van dit onderzoek zijn: overspanning, depressieve stoornis en angststoornissen<sup>3,1,2</sup>. In deze drie protocollen wordt CGT als een 'state of the art' behandelmethode beschreven. Volgens deze protocollen kan deze behandeling alleen worden toegepast, maar ook in combinatie met andere behandelmethoden.

Cognitieve Gedragstherapie is een vorm van psychotherapie, die in de afgelopen tientallen jaren werd ontwikkeld. Er is veel onderzoek naar deze behandelvorm gedaan. Het is een wetenschappelijk bewezen en effectieve behandelvorm voor onder meer depressies, angststoornissen, overspanning, eetstoornissen en chronische vermoeidheidsklachten<sup>4,5</sup>. CGT is uit twee vormen van behandeling ontstaan: cognitieve therapie en gedragstherapie<sup>4</sup>.

Cognitieve therapie werd aanvankelijk ontwikkeld door de Amerikaanse psychotherapeuten Beck en Ellis voor de behandeling van depressieve- en angstklachten. In deze therapie wordt geleerd om negatieve, disfunctionele gedachten over gebeurtenissen om te buigen in meer positieve gedachten<sup>4,5,6</sup>.

In de gedragstherapie staat het gedrag centraal. Men probeert het gedrag te veranderen zonder te kijken naar waar dit gedrag vandaan komt<sup>4</sup>.

In de combinatie van beide vormen wordt de problematiek aangepakt door zowel de manier van denken en interpreteren, als het gedrag te beïnvloeden<sup>4,5,6</sup>.

## 1.2 Probleemstelling

Bij de onderzoekspartijen bestond het idee dat bij cliënten met klachten ten gevolge van voornoemde ziektebeelden, relatief vaak sprake is van het ontbreken van positieve verwachtingen ten aanzien van een behandeling. Daarnaast wordt de cliëntengroep van de vangnetpopulatie onder andere gekenmerkt door het regelmatig voorkomen van weinig structurele arbeidsparticipatie, een laag opleidingsniveau, een relatief sociaal isolement, een lage sociaal economische status en veel psychosociale problematiek. Voorts was de inschatting dat de aanwezigheid van deze additionele problematiek de behandeling zou bemoeilijken<sup>7</sup>.

HSK heeft ruime ervaring met het behandelen van mensen met werk. Zij veronderstelden echter dat met voornoemde geprotocolleerde behandeling ook verbetering van de klachten bij de vangnetpopulatie te behalen zou zijn. De inschatting was wel, dat de behandeling bij de vangnetpopulatie mogelijk lastiger zou zijn dan bij hun gemiddelde populatie.

Alhoewel klachtenreductie in de behandelsetting uiteraard het belangrijkste doel is, is dit voor het UWV van minder groot belang. Voor het UWV is werkhervatting de belangrijkste uitkomstmaat, gevolgd door hersteldverklaring voor de maatstaf zijn/haar<sup>ii</sup> arbeid. Gezien de kenmerken van de onderzoekspopulatie (onder andere geen werk hebben) en de beperkte duur van het onderzoek, zal naar verwachting slechts in zeer beperkte mate werkhervatting en/of hersteldverklaring plaats vinden. Hersteldverklaring kan in principe alleen plaats vinden bij volledige arbeidsgeschiktheid voor de maatstaf zijn arbeid. Bij cliënten bij wie geen herstel voor het eigen werk ontstaat, kan de interventie mogelijk wel tot klachtenreductie leiden. Afname van klachten kan leiden tot meer initiatieven nemen of positiever staan tegenover de mogelijkheid om werk te vinden.

## 1.3 Doelstelling pilotonderzoek

Nader uitgewerkt betekent het voorgaande dat door middel van het pilot-onderzoek moet worden uitgevonden of:

- het inzetten van een interventie (CGT bij HSK, volgens een wetenschappelijk gefundeerde, uniforme en geprotocolleerde behandelmethode) bij de hierboven beschreven groep cliënten met stemmingsproblematiek, angstproblematiek of klachten ten gevolge van overspanning/burn out, haalbaar en uitvoerbaar is; én

---

<sup>ii</sup> Waar in dit document *zijn* staat wordt ook *haar* bedoeld. Waar *hij* staat wordt ook *zij* bedoeld.

- of het mogelijk is om relevante uitkomstmaten te meten (hersteldverklaring, werkhervatting, uitkomsten van de door UWV gebruikte vragenlijsten (voor- en nameting). Naast de vraag of het mogelijk is om met de vragenlijsten de uitkomstmaten te meten, zal ook gekeken worden naar het verschil in voor- en nameting van de vragenlijsten.

Dit moet tot aanbevelingen leiden voor de opzet van een groot RCT in de toekomst.

De onderzoeksopzet van de pilot is niet zodanig dat uitspraken over het effect van de interventie kunnen worden gedaan. Om resultaten ten aanzien van hersteldmeldingen in een breder perspectief te plaatsen, werd het aantal hersteldmeldingen van de interventiepopulatie vergeleken met de UWV vangnetpopulatie.

#### 1.4 Vraagstelling

De doelstelling van dit onderzoek leidde tot de volgende onderzoeksvragen:

##### **Haalbaarheid onderzoeksopzet:**

###### Selectie:

- Is het mogelijk om binnen 3 maanden voldoende cliënten (n = 15) te selecteren met de juiste diagnose (angststoornis, depressie of aanpassingsstoornis) én binnen hoeveel tijd werd dit aantal geïncludeerd in het onderzoek?
- Zijn de inclusiecriteria voor de (verzekerings)arts eenduidig en goed toepasbaar? Op welke wijze werd afgeweken van de inclusiecriteria?

###### Toepassen inclusiecriteria:

- Hoeveel procent van de cliënten met de juiste diagnose viel af, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria?
- Wat waren redenen van cliënten om niet te willen deelnemen aan het onderzoek?
- Hoeveel kandidaten vielen af op grond van door HSK gehanteerde criteria?
- In hoeveel procent kwam de door de (verzekerings)arts gestelde diagnose overeen met de door de psycholoog van HSK gestelde diagnose?

###### Tijdigheid:

- Hoeveel procent van de cliënten (na datum aanvang arbeidsongeschiktheid):
  - werd op T = 6-8 weken op het eerste spreekuur van de (verzekerings)arts gezien?
  - had op T = 10-12 weken de intake bij HSK gehad?
  - startte op T = 12 weken met de interventie?
- Hoe lang na de intake startte de interventie?

###### Belastbaarheid, teamoverleg en actie:

- Hoeveel maanden na start van de interventie was er sprake van belastbaarheid?
- Als er sprake was van belastbaarheid, in hoeveel procent vond dan bespreking in het daaropvolgende teamoverleg plaats?
- Wat was het resultaat van het teamoverleg?
- Bij hoeveel procent werd op welk tijdstip gestart met re-integratieactiviteiten?

###### Haalbaarheid gebruik van de vragenlijsten:

- Hoeveel procent van de vragenlijsten werd volledig ingevuld en geretourneerd?

##### **Uitvoerbaarheid onderzoeksopzet:**

- Hoeveel procent van de cliënten, die toestemden in deelname aan het onderzoek middels informed consent, gingen naar HSK voor een intake en het vaststellen van de definitieve diagnose?
- Hoeveel van de interventies werden voltooid, hoe lang duurden de interventies gemiddeld en uit hoeveel sessies bestonden deze?
- In hoeveel procent van de gevallen vond op T = 2 maanden na aanvang van de behandeling overleg plaats tussen de onderzoeker en de psycholoog om de belastbaarheid te bepalen?
- In hoeveel procent van de gevallen gaf HSK schriftelijke terugkoppeling aan de onderzoeker na de intake en bij beëindiging van de therapie?
- In hoeveel procent van de gevallen werd volgens protocol behandeld?



**Meten van de relevante uitkomstmaten:**

- Is het mogelijk om de uitkomstmaten hersteldmelding en werkhervatting te meten?
- Wanneer vond hersteldverklaring of werkhervatting plaats?
- Hoe was de respons op de vragenlijsten en werden de vragenlijsten volledig ingevuld?
- Hoe is de uitkomst van de vragenlijsten?

**Vergelijking met de vangnetpopulatie Ziektewet:**

- Hoe is het beloop van de arbeidsongeschiktheid gedurende de Ziektewetperiode in de interventiepopulatie in vergelijking met de vangnetpopulatie?
- In hoeveel procent van de gevallen vond hersteldmelding of werkhervatting gedurende de wachttijd plaats tot 1 april 2010?

## Hoofdstuk 2: Literatuur

### 2.1 Inleiding

Bij de bij het pilotonderzoek betrokken partijen (HSK, UWV, KCVG) bestond het idee dat vangnetters met psychische klachten, die qua kenmerken in het onderzoek pasten, baat zouden hebben bij een interventie met Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Baat hebben werd hierbij opgevat als: beter functioneren, minder klachten hebben en snellere werkhervatting. Om vanuit de literatuur onderbouwing te vinden, werd een literatuuronderzoek uitgevoerd.

### 2.2 Onderzoeksvragen

Zijn er in de literatuur gegevens te vinden over het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij vangnetters met een depressie en/of overspanning/burn out en/of angststoornissen, op de verzuimduur en klachtenreductie?

Als er geen gegevens over de vangnetpopulatie zijn over effecten van CGT, zijn er dan wel gegevens hierover bij werklozen of eventueel mensen met werk?

Als er onderzoek over het effect van CGT beschikbaar is, is er dan ook gekeken naar het beloop in uitkomsten van de gebruikte vragenlijsten (Remoralisatieschaal, RAND-36, Arbeidsvermogen, SCL-90)?

### 2.3 Zoekstrategie en resultaat

Om transparant, reproduceerbaar en evidence based te zoeken werd op advies van en met hulp van mevrouw H.J. Zweerman (Clinical Librarian van het AMC), gezocht in de database PubMed met behulp van de volgende zoektermen:

'adjustment disorder', 'adjustment disorders', 'disorder,adjustment', disorders, adjustment', 'Anxiety'[Mesh], 'anxiety', 'Burnout, Professional'[Mesh], 'burnout', 'Depression'[Mesh], 'Depressive Disorder'[Mesh], 'Anxiety Disorders'[Mesh], 'work related stress', 'Mental Health'[Mesh], 'return to work', 'back to work', 'Rehabilitation, Vocational'[Mesh], 'Unemployment'[Mesh], 'Insurance, Disability'[Mesh], 'absenteeism', 'work disability', 'sick leave', 'employment status', 'work capacity', 'vocational rehabilitation', 'occupational health', 'insurance medicine', 'work ability', 'work incapacity', 'unemployment', 'employment', 'Employment'[Mesh], 'Cognitive Therapy'[Mesh], 'Behavior Therapy'[Mesh:noexp], 'cognitive behavioral therapy', 'cognitive behavioural therapy', 'cognitive therapy'.

Omdat de term vangnet een uitsluitend in het Nederlands gehanteerde term betreft, die niet voorkwam in PubMed, werd hierop niet meegezocht.

De zoektermen werden met AND en OR gecombineerd en er werd geen selectie toegepast om een maximale opbrengst te krijgen.

De hierboven beschreven zoektocht leverde 153 artikelen op. Uit deze 153 artikelen konden 17 relevante artikelen worden geselecteerd. De overige artikelen vielen af, omdat deze bijvoorbeeld over bepaalde somatische ziekten of andere specifieke psychiatrische ziektebeelden gingen. Een enkel artikel was niet in de Engelse of Nederlandse taal beschikbaar.

Van de geselecteerde artikelen waren twee artikelen niet te verkrijgen bij de Universiteitsbibliotheek van Amsterdam.

Naast de hierboven beschreven zoekmethode werd vanwege de relevantie van het onderwerp nog één handmatig gevonden artikel meegenomen, zodat in totaal 16 artikelen werden beoordeeld.

### 2.3 Beschrijving literatuur

Van de geselecteerde artikelen worden allereerst korte samenvattingen gegeven. Omwille van de overzichtelijkheid vond verdeling in drie categorieën plaats. Als eerste worden de artikelen beschreven betreffende onderzoeken, die werden verricht onder vooral populaties met werk. Daarna worden relevante artikelen beschreven, betreffende onderzoeken onder met name populaties zonder werk. Als laatste worden overige relevante artikelen beschreven. Hierna volgt een beschouwing en evaluatie van de

belangrijkste bevindingen uit de beschreven literatuur en de relevantie daarvan voor de beantwoording van de vraagstelling van het pilotonderzoek.

In 2003 schreef van der Klink een discussion paper. Dit naar aanleiding van de in 2000 verschenen richtlijnen voor bedrijfsartsen en huisartsen voor de behandeling van psychische klachten. In deze richtlijnen is veel aandacht voor de belangrijke rol van de factor arbeid, evenals voor het belang van overleg tussen bedrijfsarts en huisarts bij de begeleiding en behandeling<sup>8</sup>.

In de afgelopen tientallen jaren hebben occupational health professionals in diverse landen te maken gehad met toenemende aantallen werknemers, die lijden aan diverse stressgerelateerde aandoeningen<sup>9</sup>. Volgens Van der Klink leiden alleen aanpassingsstoornissen reeds tot aanzienlijke maatschappelijke kosten. Dit zowel in termen van verzuim, sociaal disfunctioneren, de mogelijkheid het werk te verliezen en productieverlies, alsmede hoge medische consumptie en individueel lijden. In Nederland wordt ongeveer de helft van het ziekteverzuim wegens psychische klachten veroorzaakt door aanpassingsstoornissen. Ondanks dit indrukwekkende verzuimquotum, ondergingen veel werknemers in Nederland geen enkele psychologische behandeling voor deze stoornissen<sup>8</sup>.

Dit komt overeen met mijn eigen ervaringen als arts werkzaam in de Ziektewet-Arborol. Het viel mij op dat cliënten, die waren uitgevallen wegens psychische klachten, regelmatig niet of onvoldoende adequaat werden behandeld. Inmiddels heeft de verzekeringsarts, behalve de richtlijnen voor bedrijfsartsen, eveneens de recenter verschenen verzekeringsgeneeskundige protocollen betreffende enkele veel voorkomende psychische aandoeningen ter beschikking<sup>1,2,3</sup>.

### 2.3.1 Artikelen over mensen met werk

In de enige meta analyse, die bij het literatuuronderzoek werd gevonden (n = 3736), analyseerden van der Klink en van Dijk 48 experimentele onderzoeken (1977 - 1996). Het bewijs over de effectiviteit van stressreducerende interventies werd hierin onderzocht<sup>10</sup>. Er werd een significant maar matig effect van op CGT-gebaseerde interventies en multimodale interventies gevonden. Er werd een klein effect van ontspanningstechnieken op met name de volgende uitkomstmaten waargenomen: klachtenreductie, coping vaardigheden en ervaren kwaliteit van werkzaam zijn. Volgens de auteurs blijken vooral op het individu gerichte, stressmanagement interventies effectief te zijn. Relatief korte interventies gebaseerd op CGT leken het meest effectief om werkgerelateerde stress te doen afnemen. Kanttekeningen, die bij dit onderzoek te plaatsen zijn, zijn: er worden relatief gedateerde onderzoeken geanalyseerd. Methodologisch gezien zijn er eveneens kanttekeningen te plaatsen bij de analyse van de (deels kwalitatieve) gegevens.

De recentere, oorspronkelijke artikelen, die werden gevonden, betroffen met name effectonderzoeken, die qua opzet voldeden aan een RCT.

Door Stenlund werd in 2009 een Zweeds onderzoek gepubliceerd (RCT, n = 136). Hierbij werd het effect van twee interventies op werkhervatting en klachtenreductie onderzocht. Dit werd gedaan bij vergelijkbare groepen werknemers, die wegens een burnout langdurig (3-24 maanden) arbeidsongeschikt waren<sup>9</sup>. In dit onderzoek bleek, dat een cognitief georiënteerde gedragsmatige interventie in combinatie met Qigong, even effectief was als Qigong alleen. De interventie duurde een jaar en vond plaats in groepsverband. Qigong bestaat uit oefeningen, die gericht zijn op geest en lichaam, en is afkomstig uit de traditionele Chinese geneeskunst. Circa 40% van beide groepen was bij afloop van de interventies geheel of gedeeltelijk in het eigen werk hervat. Klachtenreductie was significant, en vergelijkbaar in de interventie- en controlegroep. Een belangrijke kanttekening, die bij dit onderzoek te plaatsen is, is dat de controlegroep heterogeen was. Velen ondergingen naast Qigong elders psychologische behandeling. Dit zou kunnen verklaren waarom de uitkomstmaten van de controlegroep vergelijkbaar waren met de interventiegroep. De auteurs zelf geven als mogelijke additionele

verklaring voor de vergelijkbare resultaten dat geen interventies gericht op de werkplek in combinatie met 'graded activity' werden toegepast.

Blonk onderzocht (2006, RCT n = 163) het effect van twee soorten CGT interventies op een groep van 122 zelfstandigen. Zij hadden zich arbeidsongeschikt gemeld wegens een werkgerelateerde aanpassingsstoornis<sup>5</sup>. De gegeven interventies zijn echter aanmerkelijk korter van duur dan in het onderzoek van Stenlund<sup>9</sup>. Blonk excludeerde ernstigere psychiatrische aandoeningen, zoals ernstige depressies en angststoornissen<sup>5</sup>. De interventies startten doorgaans na een arbeidsongeschiktheidsduur van 2 tot 3 weken. Men onderging geen andere behandeling. De ene interventie betrof langdurige behandeling met geprotocolleerde CGT (4 maanden). De andere betrof een korte interventie (2 tot 3 weken), gebaseerd op CGT- principes, en werd gegeven door arbeidsdeskundigen. Bij laatstgenoemde behandeling lag de nadruk sterk op 'graded activity' en interventies op de werkvloer. Vergelijking vond plaats met een controlegroep, die geen behandeling kreeg. Het bleek dat de combinatie van snelle partiële werkhervatting en een korte CGT-achtige interventie leidde tot een significant eerdere werkhervatting. Klachtenreductie vond in gelijke mate plaats in alle drie de groepen. Gebruikte vragenlijsten: Depression Anxiety Stress Scale (DASS) en Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). De succesvolle elementen leken een combinatie van snelle partiële werkhervatting met een korte, op CGT gebaseerde en aan de werksituatie gerelateerde interventie.

In het artikel van De Vente, Blonk et al. uit 2008, worden de resultaten van een eveneens in Nederland verricht RCT (n = 82) beschreven<sup>11</sup>. Het effect van een op CGT gebaseerde interventie van 12 sessies, gegeven door een psycholoog, werd onderzocht bij 82 patiënten met werkgerelateerde psychische klachten. De meeste deelnemers hadden werk (in loondienst). De deelnemers waren bij aanmelding minimaal 2 weken en maximaal 6 maanden arbeidsongeschikt. In het onderzoek werden de volgende vragenlijsten gebruikt: MBI-NL, DASS, Checklist Individual Strength (CIS). Er waren drie onderzoeksgroepen: een groep die individuele interventies onderging, een groep die de interventie in groepsverband onderging en een controlegroep, die care as usual (CAU) onderging. Het betrof een op het individu gerichte interventie, en geen op het werk gerichte interventie. In tegenstelling tot Blonk<sup>5</sup>, vond de Vente<sup>11</sup> geen significante verschillen in het tijdstip van werkhervatting tussen de drie onderzoeksgroepen. Als mogelijke verklaring daarvoor geeft hij aan dat de interventie gericht was op het verbeteren van de coping vaardigheden en dat geen op het werk gerichte interventies werden gegeven. Toch spreken deze twee onderzoeken elkaar volgens de Vente niet noodzakelijkerwijs tegen. Het verschil in effect van de interventie in beide onderzoeken zou ook verklaard kunnen worden uit de verschillende disciplines en doelen van de zorggevers. In het onderzoek van Blonk werd de interventie door een arbeidsdeskundige gegeven, en de focus was vooral gericht op snelle werkhervatting. De interventie leidde ook niet tot klachtenreductie. Bij het onderzoek van de Vente werd de interventie gegeven door een psycholoog en werd wel klachtenreductie bereikt, maar geen eerdere werkhervatting.

Net als Blonk<sup>5</sup> verrichte Schene (2007, RCT, n = 62) onderzoek naar onder meer het effect van een vorm van 'graded activity' (hierna omschreven onder arbeidstherapie), in aanvulling op de CAU<sup>12</sup>. De deelnemers aan dit onderzoek leden echter aan een andere en duidelijk ernstigere aandoening dan bij de eerder beschreven onderzoeken van De Vente<sup>11</sup> en Blonk<sup>5</sup>. Gemiddeld was men 8 maanden arbeidsongeschikt bij de start van het onderzoek<sup>12</sup>.

Schene onderzocht of de behandeling verbeterd kon worden door naast de CAU arbeidstherapie (AT) toe te voegen. Hij deed dit bij mensen, die minimaal 50% arbeidsongeschikt waren gedurende een periode van 10 weken tot maximaal 2 jaar, wegens een werkgerelateerde ernstige depressie. In dit onderzoek werd eveneens naar arbeidsproductiviteit en kosteneffectiviteit gekeken. De AT bestond onder meer uit analyse van de problematiek, rollenspelen, contact met bedrijfsarts en werkgever en

voorbereiding op werkhervatting. De controlegroep kreeg alleen CAU voor de ernstige depressie. Het effect van de AT op onder meer de depressie, werkhervatting en de economische baten werd onderzocht en geëvalueerd op diverse tijdstippen (0, 3, 6, 12 en 42 maanden). Uit de resultaten bleek dat het toevoegen van AT in de eerste 18 maanden tot significant snellere en meer substantiële werkhervatting leidde. De depressieve klachten namen echter niet af. Dit laatste is volgens de auteurs te verklaren vanuit het feit dat de AT gericht was op herstel van functioneren en niet op verbetering van klachten. Als de interventie een vorm van CGT was, gericht op behandeling van de aandoening, zou dit mogelijk wel tot klachtenreductie hebben geleid. Dit laatste onderzoek lijkt de eerder conclusies van Blonk<sup>5</sup> te bevestigen. Volgens hem zijn partiële werkhervatting, alsmede gerichte aandacht voor factoren op het werk, cruciale succeselementen van het effect van de interventie op werkhervatting.

De toegepaste interventies in de voorgaande artikelen vonden in een persoonlijk contact tussen therapeut en patiënt of cliënt plaats. De interventies in de volgende artikelen werden middels de in opkomst zijnde e-therapie gegeven. E-therapie wordt ook wel internettherapie genoemd. Bij de navolgende artikelen werd echter niet naar werkhervatting als uitkomstmaat gekeken.

Grime publiceerde in 2004 over een onderzoek bij Britse ambtenaren met kortdurend (10 dagen of meer in de afgelopen 6 maanden) verzuim wegens stressgerelateerde klachten (RCT, n = 48)<sup>13</sup>. Hij onderzocht het effect en de bruikbaarheid van een interventie met CGT, gegeven via de computer op het werk. Het effect van de interventie op de klachten en eventuele redenen om niet deel te nemen aan de interventie werden onderzocht. De interventiegroep kreeg naast CAU een CGT programma van 8 sessies aangeboden op de computer op het werk. Vergelijking vond plaats met een controlegroep, die uitsluitend CAU onderging. De interventiegroep had significant minder klachten bij afloop van de interventie. Dit effect was na enkele maanden verdwenen. De auteur concludeert dat 'computerized CGT' het psychische herstel bij werknemers met kortdurend verzuim wegens stressgerelateerde klachten kan bespoedigen. De deelname zou kunnen worden bevorderd door het volgen van de interventie vanuit huis mogelijk te maken.

Ruwaard onderzocht in Nederland in een RCT (n = 239) het effect van een interventie met gestandaardiseerde CGT, die geheel via e-mail verliep<sup>14</sup>. Het effect van de interventie op werkgerelateerde stress in twee vergelijkbare groepen werd onderzocht. Ernstige pathologie werd uitgesloten. Er was sprake van een opvallend hoog opleidingsniveau, dat volgens de auteurs echter gebruikelijk is bij deelnemers aan e-therapie. Gemiddeld had men reeds jarenlang klachten. Deels was er sprake van gehele of gedeeltelijke ziekmelding (38%). Niet bekend was hoe lang men arbeidsongeschikt was. Een enkeling was werkloos. De interventiegroep kreeg een 7 weken durende interventie aangeboden. In de praktijk deden de deelnemers hier gemiddeld echter 16 weken over. De controlegroep onderging geen interventie (wachlijst). Nameting van beide groepen vond op verschillende momenten plaats. Primaire uitkomstmaten waren de depressie en angstschalen van de DASS-42 en de schaal voor emotionele uitputting van de Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Beide groepen lieten bij de nameting afname van klachten zien. De interventiegroep verbeterde echter significant meer op alle uitkomstmaten.

### 2.3.2 Artikelen over mensen zonder werk

Interessant aan de volgende artikelen is, dat het onderzoek betreft onder werklozen. Het niet hebben van een werkgever is immers kenmerkend voor de onderzochte vangnetcategorieën in het pilotonderzoek. In het navolgende worden twee buitenlandse onderzoeken over langdurig werklozen besproken<sup>15,16</sup>. Beide onderzoeken laten zien dat kortdurende interventies, waarin elementen van CGT worden gebruikt, leiden tot zowel eerdere werkhervatting als klachtenreductie.

Proudfoot publiceerde in 1997 over een onderzoek, verricht in Engeland (RCT, n = 289), naar het effect van CGT, gegeven in groepsverband, op het vinden van werk bij langdurig werklozen (> 12 maanden)<sup>15</sup>. De interventiegroep kreeg een 7 weken durend programma bestaande uit een occupational trainingsprogramma, gebaseerd op de principes van CGT. De controlegroep kreeg in hetzelfde aantal uren en sessies sociale steun met de focus op het onderzoeken en verstevigen van sociale en professionele netwerken. De primaire uitkomstmaat was het vinden van werk. Daarnaast werd gekeken naar het effect op de geestelijke gezondheid middels scores op de vragenlijst (General Health Questionnaire, GHQ). Na de interventie was er sprake van een significant verschil tussen de groepen in de gemiddelde GHQ score, met een grotere verbetering in de CGT groep. Na 4 maanden had 34% (p=0.0016) van de CGT groep en 13% van de controlegroep een voltijds baan. Alhoewel de controlegroep in feite ook een interventie onderging, waren de resultaten van de controlegroep vergelijkbaar met die van langdurig werklozen in het algemeen. Interessant aan dit onderzoek is verder, dat bij de voormeting bij 50% sprake was van aanwijzingen voor het bestaan van psychiatrische problematiek.

Mc Manus geeft in een commentaar op dit artikel aan, dat CGT in de afgelopen decade de psychotherapie heeft getransformeerd, door bewezen effectief te zijn bij de behandeling van onder meer depressieve- en angststoornissen<sup>4</sup>. Volgens hem laat Proudfoot in bovenstaand onderzoek zien dat CGT eveneens geschikt is om langdurig werklozen werk te helpen vinden. Dit concludeert hij ondanks gesignaleerde methodologische tekortkomingen aan het onderzoek, zoals bijvoorbeeld het feit dat de controlegroep ook een interventie onderging.

Jackson beschrijft in een beschouwend artikel uit 2006 dat in een klein pilotonderzoek aanwijzingen werden gevonden dat CGT (in combinatie met aanvullende begeleiding) effectief was om werklozen progressie te laten maken in het vinden van werk<sup>17</sup>.

In Australië vond Della-Posta in een klein RCT (2006, n = 39) eveneens een gunstig effect van CGT op de korte termijn voor het sneller weer aan het werk komen vanuit een werkloosheidsuitkering<sup>16</sup>. Gemiddeld waren de deelnemers ca. 9 maanden werkloos. In deze kleine interventiestudie werden twee vergelijkbare groepen van mensen onderzocht. Zij waren uitgevallen door een bedrijfsongeval met lichamelijk letsel en ontwikkelden vervolgens depressieve klachten, angstklachten of spanningsklachten. De DASS en de Work Potential Life Profile werden in het onderzoek gebruikt. De interventiegroep kreeg een korte CGT interventie. De controlegroep kreeg gedurende 4 weken alleen (praktische) begeleiding bij het zoeken naar werk. De onderzoekers beschrijven dat de stemmingsklachten afnamen onder invloed van de korte CGT-interventie. Werkherhvatting vond na een looptijd van 4 weken significant vaker plaats in de interventiegroep.

Miranda (2003) onderzocht in Amerika in een RCT (randomisatie op groepsniveau, n = 1356) het effect van twee verschillende interventies op patiënten van verschillende etnische afkomst met depressieve klachten<sup>18</sup>. Eén van de interventies was gebaseerd op CGT. Bij herhaling werd gevonden dat mensen afkomstig uit etnische minderheidsgroeperingen minder vaak de zorg kregen, die volgens de behandelrichtlijnen was aangewezen. Deelname aan dit onderzoek leek deze achterstand te verkleinen, maar leidde bij deze groep niet tot meer werkherhvatting. Bij de blanke Amerikanen leidde de interventie op basis van CGT wel tot meer arbeidsparticipatie.

Christie (2008) publiceerde een interessant artikel betreffende een beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van een representatieve groep van deelnemers aan het zogenaamde Condition Management Program (CMP)<sup>19</sup>. Dit betrof een programma, dat in Groot Brittannië beschikbaar was voor arbeidsongeschikte werklozen. CMP werd gegeven door zogenaamde senior health care professionals. Het betrof een individuele en op werk gerichte interventie, gebaseerd op CGT. In opzet zou het programma gemiddeld 13 weken duren. In de praktijk bleek dat de gemiddelde duur van de interventie 30 weken besloeg en uit 12 sessies bestond. Van de 23 deelnemers waren 5 kort, 6 langer dan

2 jaar, 4 langer dan 3 jaar en 8 langer dan 5 jaar arbeidsongeschikt. Onafhankelijk van de primaire aandoening (lichamelijk of geestelijk) was er bij alle deelnemers sprake van secundair ontstane psychische klachten. Het betrof depressieve klachten of een klinische depressie, in combinatie met angstklachten. De psychische klachten namen in de loop van de tijd af en het zelfvertrouwen en geloof in de toekomst kwamen terug. Aan het eind voelde men zich weer gewaardeerd, in staat het eigen herstel te bevorderen en was men geremoraliseerd. Na afloop van de onderzoeksperiode hadden 11 deelnemers betaald werk, 3 vrijwilligerswerk, zochten 5 werk en was bij 4 sprake van een aanmerkelijk hoger activiteitsniveau.

Om secundaire depressie met inactiviteit en langdurige werkeloosheid te voorkomen, is het volgens de onderzoekers van belang dat:

- de huisarts arbeidsongeschikte werklozen ondersteunt en begeleidt
- begeleiding plaats vindt bij het zoeken naar werk
- men wordt gewezen op het bestaan van programma's als CMP
- in de interventie sprake is van een één op één benadering.

### 2.3.3 Overige artikelen

Kidd vond in een klein pilotonderzoek (2008, n = 16) aanwijzingen voor potentieel gunstige effecten van een in groepsverband gegeven korte interventie met CGT<sup>20</sup>. De interventie was gericht op werkgerelateerde stressoren bij mensen, die beroepsmatig beperkt konden functioneren vanwege een psychiatrische aandoening. Het betrof stemmings- en angststoornissen. De helft van de respondenten had werk, de andere helft was werkloos. Het onderzoek toonde aan dat CGT bij werklozen de verwachting om in de toekomst werk te kunnen vinden deed toenemen. Bij de mensen met werk nam de tevredenheid over het werk toe, alsmede hun overtuiging dat zij werkgerelateerde taken naar behoren konden uitvoeren.

Een zijdelings voor dit onderzoek relevant artikel betreft het artikel van Fournier uit 2009<sup>21</sup>. In dit RCT (n = 240) worden voorspellende factoren onderzocht voor het behandelresultaat van twee goed gevalideerde behandelmethoden voor depressies. De onderzoekspopulatie bestond uit poliklinisch behandelde patiënten met een matige tot ernstige depressie. De onderzochte behandelingen waren behandeling gedurende 16 weken met antidepressiva (Paroxetine) of CGT.

Werkloosheid en meerdere recente life events waren elk voorspellend voor een significant betere respons op CGT in vergelijking met behandeling met antidepressiva. Dit is interessant, omdat deze problematiek vaak voorkomt bij de vangnetpopulatie. De auteurs zien als mogelijke verklaring hiervoor, dat dit goed te identificeren stressoren betreft. Patiënten kunnen hierbij het geleerde uit de CGT goed toepassen.

### 2.4 Discussie

In Bijlage I is voor het overzicht een tabel opgenomen met de verschillende kenmerken van de diverse onderzoeken.

De gevonden literatuur, is relevant, interessant en bruikbaar in het kader van het beantwoorden van de vraagstelling. Wat opviel bij het bestuderen van de gevonden artikelen, is dat relatief veel van de gevonden artikelen onderzoek betrof dat in Nederland en door Nederlandse onderzoekers werd uitgevoerd<sup>5,11,12,14</sup>. Dit betrof echter uitsluitend onderzoek onder mensen, die werk hadden.

Er werd geen literatuur gevonden over onderzoek specifiek naar het effect van CGT op arbeidsongeschiktheidsduur en klachtenreductie bij vangnetters. Er werden wel diverse onderzoeken gevonden waarbij deze uitkomstmaten bij arbeidsongeschikte werknemers, -zelfstandigen of -werklozen werden onderzocht.

Werklozen vormen een belangrijk deel van de vangnetpopulatie. Derhalve kunnen de onderzoekspopulatie van de artikelen betreffende mensen zonder werk<sup>15-19</sup> goed worden vergeleken met de populatie van het pilotonderzoek.

De onderzoekspopulaties uit de artikelen, waarbij men over het algemeen wel werk had<sup>5,9,11,12</sup>, zijn natuurlijk minder goed vergelijkbaar met de vangnetpopulatie. Het valt

echter buiten het bestek van dit onderzoek om deze verschillen of overeenkomsten tot in details te willen analyseren.

Voor wat betreft de onderzochte ziektebeelden werd slechts één klein Australisch onderzoek gevonden, waarbij de onderzochte populatie werklozen betrof met dezelfde drie categorieën psychische ziektebeelden als van het pilotonderzoek<sup>16</sup>. Anders dan in het pilotonderzoek waren de onderzoeksgroepen in dit onderzoek allemaal uitgevallen door een bedrijfsongeval, waarbij zij lichamelijk letsel opgelopen hadden. Pas in tweede instantie ontstond één of meer van de drie psychische ziektebeelden. In enkele onderzoeken werd niet vastgesteld of en zo ja welke DSM-IV diagnose van toepassing was<sup>10,14,15,19</sup>. In het artikel van Christie betrof het arbeidsongeschikte werklozen met depressieve- en angstklachten, zonder dat verdere specificatie van de gestelde diagnoses werd gegeven<sup>19</sup>.

De onderzochte interventies in de diverse onderzoeken waren zeer heterogeen voor wat betreft duur en inhoud. De kortere interventies uit de literatuur werden al dan niet door een psycholoog gegeven en deels in groepsverband in plaats van individueel. Ook verschilde de primaire focus van de interventie, die soms gericht was op werkhervatting en soms op klachtenreductie. Doorgaans werden de interventies nauwelijks omschreven. Geen enkele interventie uit de onderzoeken gevonden in de literatuur werden zo gericht op het ziektebeeld en zo geprotocolleerd gegeven als door HSK in het pilotonderzoek<sup>22-24</sup>. In drie onderzoeken bleken korte, op CGT gebaseerde interventies (2-7 weken) te leiden tot eerdere werkhervatting dan in de controlegroep<sup>5,15,16</sup>. Bij twee daarvan ging dit gepaard met een grotere klachtenreductie<sup>15,16</sup>.

Christie beschrijft dat een vrij langdurige (30 weken), individuele interventie zeer effectief is om langdurig werklozen met depressieve – en angstklachten in werk te laten hervatten. Dit leidde eveneens tot klachtenreductie<sup>19</sup>.

In het onderzoek van Blonk bleek dat een korte op CGT gebaseerde interventie, in combinatie met snelle partiële werkhervatting én op de werkvloer gerichte interventies, effectief was. Deze interventie leidde tot snellere werkhervatting dan een langere, meer geprotocolleerde CGT interventie<sup>5</sup>.

Het onderzoek van de Vente liet zien dat een langere interventieduur (4 maanden) en geprotocolleerde CGT geen effect had op het tijdstip van werkhervatting of klachtenreductie<sup>11</sup>.

Het onderzoek van Della-Posta<sup>16</sup> is op de meeste punten het best vergelijkbaar met het pilotonderzoek. Hierbij bleek de interventie wel te leiden tot het significant eerder vinden van een baan. Daarnaast namen de klachten ook significant meer af dan in de controlegroep.

In de diverse onderzoeken werden frequent goed gevalideerde vragenlijsten gebruikt om bijvoorbeeld klachtenreductie te meten. Echter, in geen enkel onderzoek werd één of meer van de in het pilotonderzoek gebruikte vragenlijsten gebruikt.

## 2.5 Beantwoording vraagstelling

Uit de uitgebreide samenvatting en bespreking van de literatuur in dit hoofdstuk kan de vraagstelling eenvoudig worden beantwoord. In de literatuur zijn gegevens te vinden over het positieve effect van cognitieve gedragstherapie bij werklozen en mensen met werk, op zowel de verzuimduur als klachtenreductie.

In de beschikbare literatuur over het effect van CGT werd wel naar het beloop in uitkomsten van vragenlijsten gekeken, maar in geen enkel onderzoek werd gebruik gemaakt van de gebruikte vragenlijsten uit het pilotonderzoek: Remoralisatieschaal, RAND-36, Arbeidsvermogen of SCL-90.



## Hoofdstuk 3: Methoden

### 3.1 Soort onderzoek

Het uitgevoerde onderzoek betrof in opzet een pilotonderzoek. In het pilotonderzoek werd gekeken naar de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de onderzoeksopzet. Het doel was deze te evalueren en aanbevelingen te doen voor een later op te zetten groot RCT. In het onderzoek werd onderzocht of het mogelijk was om cliënten met de in het onderzoek opgenomen ziektebeelden te selecteren en de interventie te laten ondergaan. Ook werd gekeken of het mogelijk was de voor UWV relevante uitkomstmaten te meten. De bruikbaarheid van de gebruikte vragenlijsten werd eveneens geëvalueerd. In een pilotonderzoek, waar niet het effect van de interventie centraal staat, is het niet gebruikelijk een controlegroep te formeren. Om dezelfde reden werd vooraf geen poweranalyse verricht om de vereiste omvang van de onderzoekspopulatie te bepalen. Alhoewel het pilotonderzoek in opzet geen effectonderzoek was, werd om het geheel in een breder perspectief te plaatsen, de uitkomstmaat hersteldverklaring vergeleken met de vangnetpopulatie Ziektewet.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit vangnetters van het UWV-kantoor Utrecht, die aan de volgende voorwaarden voldeden:

- een Ziektewetuitkering ontvingen wegens klachten ten gevolge van een stemmingsstoornis en/of angststoornis en/of aanpassingsstoornis
- tot één van de volgende vangnetcategorieën behoorden: zieke werklozen, zieke uitzendkrachten of zieke einddienstverbanders.

#### 3.2.1 Inclusiecriteria

Als aan de volgende criteria werd voldaan, leidde dit tot inclusie in het onderzoek:

- de cliënt onderging geen behandeling. Onder behandeling werd verstaan: behandeling meer dan alleen behandeling door de huisarts. Het gebruik van antidepressiva was geen bezwaar voor inclusie in het onderzoek.
- de cliënt had geen werkgever
- de cliënt beheerste de Nederlandse taal voldoende voor het invullen van de vragenlijsten. Het gebruik van vertaalde lijsten werd niet als wenselijk gezien.
- er was geen sprake van ernstige psychopathologie, zoals bij aanvang van de therapie psychotisch of acuut suïcidaal zijn
- de cliënt was niet zwanger bij aanvang van de therapie
- de cliënt stemde toe in het tekenen van het zogenaamde 'informed consent'-formulier, voorafgaand aan deelname aan het onderzoek en verwijzing voor de interventie
- de cliënt was maximaal 3 maanden arbeidsongeschikt
- de cliënt kwam voor het eerst op het spreekuur van de (verzekerings)arts.

Inclusie in het onderzoek vond pas plaats nadat door HSK de definitieve diagnose was gesteld én de cliënt was begonnen met de interventie. De door HSK gestelde diagnose moest binnen één of meerdere van de drie diagnosecategorieën vallen.

Samenvattend kon iedereen deelnemen, die aan bovenstaande inclusiecriteria voldeed en waarbij één of meer van de onderzochte ziektebeelden was vastgesteld door HSK. Het bestaan van een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis) naast de onderzochte psychische stoornissen, vormde geen exclusie criterium als de behandeling gericht was op één van de onderzochte stoornissen.

#### 3.2.2 Vergelijking met de vangnetpopulatie Ziektewet.

Een controlegroep paste niet in het onderzoeksdesign. Om toch meer inzicht te krijgen in de betekenis van de uitkomsten van de interventiegroep vond, ten aanzien van de hersteldmeldingen, vergelijking plaats met de vangnetpopulatie Ziektewet van het UWV kantoor Utrecht. De cijfers werden door het hoofdkantoor van UWV aangeleverd.

Er werd vergeleken met dezelfde periode als de inclusieperiode voor de interventiegroep. Er werd gekeken naar het percentage herstelmeldingen binnen 3, 6 en 12 maanden en naar het aantal lopende gevallen. Deze vergelijkingsgroep bestond uit alle vangnetters van UWV-kantoor Utrecht met dezelfde psychische ziektebeelden en uit dezelfde vangnetcategorieën als de interventiegroep. De inclusiecriteria werden niet gehanteerd voor deze vergelijkingsgroep. Er was derhalve geen sprake van een met de interventiegroep vergelijkbare groep zoals bij een controlegroep.

### 3.3 Procedure

Om er voor te zorgen dat binnen drie maanden voldoende deelnemers geselecteerd konden worden, werd getracht een voorselectie van potentieel geschikte onderzoekskandidaten toe te passen. Cliënten, die zich arbeidsongeschikt hadden gemeld wegens psychische klachten, werden zoveel mogelijk door de re-integratiebegeleiders aan het team van de onderzoeker toegewezen. Deze voorselectie vond plaats op basis van gegevens, die door de back office waren verzameld tijdens een eerste telefonisch contact met de cliënten.

De planning voor het onderzoek was als volgt:

- in augustus 2008 starten met de voorselectie
- vanaf 1 oktober 2008 informatie bij alle uitnodigingen voor het eerste spreekuur van het team van de onderzoeker versturen
- vanaf medio oktober 2008 tot medio januari 2009: inclusieperiode
- geplande looptijd van het onderzoek: tot 6 maanden na de start van de laatste interventie tot ergens in het derde kwartaal van 2009

Vanaf 1 oktober 2008 werd gestart met het verzenden van informatie over het onderzoek bij de uitnodigingsbrieven voor het eerste spreekuur van de (verzekerings)artsen van het team van de onderzoeker (Bijlagen II en III). De uitnodigingen werden ongeveer 2 weken voor het spreekuur aan de cliënten verstuurd. Op het spreekuur werd beoordeeld of volgens de (verzekerings)arts sprake was van één of meer van de in het onderzoek opgenomen diagnoses en of een cliënt aan de overige inclusiecriteria voldeed. Als de cliënt mee wilde doen aan het onderzoek moest een 'informed consent' formulier (Bijlage IV) worden ondertekend. Het onderzoek werd zo nodig nog nader toegelicht en vragen hierover werden beantwoord. De cliënt mocht naar keuze de vragenlijst (voormeting) op het spreekuur invullen of meenemen en opsturen (Bijlage V). De cliënt kreeg vervolgens voor zijn huisarts een informatiebrief met folder mee (Bijlagen VI en II). In de brief aan de huisarts werd uitgelegd dat deze mogelijk zou worden benaderd om een verwijfsbrief voor behandeling met CGT bij HSK af te geven.

Cliënten, die door andere (verzekerings)artsen werden geselecteerd, werden door de onderzoeker gebeld om deelname aan het onderzoek te bespreken. Zij verzocht de cliënten om het 'informed consent' formulier te ondertekenen en deze samen met de ingevulde vragenlijst (voormeting) in te vullen en te retourneren aan de onderzoeker. Zij kregen vervolgens een informatiebrief en folder voor hun huisarts toegezonden. De onderzoeker verwees zelf alle cliënten naar HSK voor een intake.

De intakeprocedure bij HSK bestond in principe uit 2 gesprekken, waarbij door middel van het afnemen van een semi-gestructureerd interview (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) de diagnose werd vastgesteld. De intakeprocedure werd door 2 verschillende psychologen gedaan. Door HSK werd de diagnose en het behandelplan vervolgens schriftelijk aan de onderzoeker meegedeeld in de vorm van een intakeverslag.

Inclusie in het onderzoek vond vervolgens pas plaats als de diagnose, die door HSK gesteld werd, binnen de drie in het onderzoek opgenomen diagnosecategorieën viel én als de cliënt daadwerkelijk aan de interventie begonnen was.

De onderzoeker begeleidde alle deelnemers van het onderzoek zelf, in ieder geval vanaf het moment van inclusie in het onderzoek.

Twee maanden na het begin van de interventie vond telefonisch overleg tussen onderzoeker en therapeut van HSK plaats over de belastbaarheid van de cliënt. Als de kandidaat belastbaar was werd dit in principe in het daaropvolgende teamoverleg tussen

de onderzoeker en de teamleden (arbeidsdeskundige, re-integratiebegeleider) besproken en werd de te volgen actie vastgesteld. De vervolgactie kon zijn oproep voor het spreekuur bij de onderzoeker of arbeidsdeskundige of begeleiding door de re-integratiebegeleider.

Maximaal 6 maanden na start van de interventie of zoveel eerder als de interventie werd beëindigd, werden de onderzoekskandidaten voor de tweede maal gevraagd de vragenlijst in te vullen in het kader van de nameting (Bijlage V).

HSK nam bij de intake en na een maximale interventieduur van 6 maanden, of zoveel eerder als de interventie beëindigd werd, de SCL-90 vragenlijst af.

### 3.3.1 Planning termijnen in het individuele geval

Sinds het bestaan van de Wet Verbetering Poortwachter, dient bij arbeidsongeschiktheid na 6 weken een probleemanalyse en na 8 weken een plan van aanpak te zijn opgesteld. Om die reden streeft het UWV naar het inplannen van het eerste spreekuur van de verzekeringsarts rond die tijd.

De verwachting was dat de verwijzing naar HSK en start van de interventie daarna binnen enkele weken geregeld was. Daarom werd gekozen voor de volgende termijnen vanaf de eerste arbeidsongeschiktheidsdag (T0):

- op T = 6 – 8 weken (T1): eerste spreekuur bij de (verzekerings)arts, selectie en verwijzing naar HSK.
- op T = 10 – 12 weken (T2) intake bij HSK
- op T = 12 weken (T3) start interventie
- op T = 38 weken (T4) einde interventie

### 3.4 Interventie

De ingezette interventie betrof behandeling door HSK (kantoor Utrecht) middels Cognitieve Gedragstherapie (CGT), aan de hand van de via Boom Uitgevers verkrijgbare protocollen voor een depressieve stoornis, angststoornissen, aanpassingsstoornis of burn out<sup>22-24</sup>. In deze op het ziektebeeld gerichte protocollaire behandelingswijze is min of meer sprake van een modulaire opbouw, waarbij de volgende onderwerpen aan de orde kunnen komen: psycho-educatie, klachtenreductie middels bijvoorbeeld (interoceptieve) exposure-opdrachten, cognitieve therapie met gedragsexperimenten, werkhervatting en terugvalpreventie.

De behandeling vond plaats in de vorm van gesprekken tussen cliënt en therapeut. In aanvang met een frequentie van 1 tot 2 keer per week. De frequentie nam af met vorderende duur van de behandeling. De maximale duur van de interventie werd vastgesteld op 26 weken.

### 3.5 Uitkomstmaten

Het tijdstip van optreden van de voor UWV relevante uitkomstmaten hersteldverklaring en/of werkhervatting werd door de onderzoeker bijgehouden vanuit de individuele begeleiding van alle gevalsbehandelingen gedurende het Ziektewettraject. Daarnaast werden de uitkomsten van de vragenlijsten bijgehouden.

#### 3.5.1 Gebruikte vragenlijsten

In het pilotonderzoek werd gekozen voor een vragenlijst, die bestond uit (delen van) een aantal gevalideerde vragenlijsten. Het idee was dat zo een wat bredere kijk op het functioneren ontstond dan alleen het wel of niet hersteld zijn voor het eigen werk. Gekozen werd voor (delen van) drie vragenlijsten, die functioneren meten. Deze vragenlijsten worden hieronder onder de nummers 1 tot en met 3 besproken (Bijlage V). Deze werden door de onderzoeker zelf afgenomen. Daarnaast werd gebruik gemaakt van één vragenlijst die klachten meet. Deze vragenlijst staat onder punt 4 beschreven, en werd afgenomen door HSK.

1. de Remoralisatieschaal (RS). Deze relatief nieuwe vragenlijst werd ontwikkeld door mevrouw W. Vissers et al.<sup>25</sup>. De vragenlijst bevat 12 vragen en meet zelfbeleving. Remoralisatie is het proces van het herstellen van de moraal. Het optreden van remoralisatie kan worden beschouwd als een mogelijke eerste stap van verandering,

die optreedt in een therapeutisch veranderingsproces. Remoralisatie is de tegenhanger van het begrip demoralisatie. Dit geeft een toestand van de moraal aan, die gekenmerkt wordt door de overtuiging niet in staat te zijn om problemen op te lossen. Demoralisatie gaat gepaard met gevoelens van wanhoop, geïsoleerd voelen en onvermogen. Volgens de ontwikkelaars van de vragenlijst is de RS een gemakkelijk toepasbaar en waardevol meetinstrument om remoralisatie te meten bij patiënten, die psychologische behandeling ondergaan. De RS werd door de onderzoekers samengesteld uit diverse meetinstrumenten, die reeds beschikbaar waren en die inhoudelijk gerelateerd waren aan de concepten remoralisatie en demoralisatie. Er werd een hoge interne consistentie in verschillende door de onderzoekers uitgevoerde onderzoeken gevonden (Cronbach's alpha .91 en .92) en een goede test-hertest betrouwbaarheid (.89). Er was verder sprake van een goede construct validiteit en een goede discriminatoire validiteit voor patiënten versus niet-patiënten. De gevoeligheid voor veranderingen, die in de therapie werden bewerkstelligd, was eveneens goed te noemen.

De RS, die in de vragenlijst van het pilot-onderzoek werd gebruikt, bevatte 16 vragen (RS-16). Dit betrof echter een versie van de vragenlijst, die slechts korte tijd werd gebruikt. De uiteindelijke gevalideerde vragenlijst bevat 12 vragen (RS-12). In dit pilot-onderzoek werden in overleg met mevrouw W. Vissers 11 vragen in de resultaten meegenomen. De reden daarvoor was dat één item van de RS-12 niet in de RS-16 opgenomen was. Derhalve zijn 11 vragen bruikbaar in het onderzoek. Statistisch gezien is dit niet problematisch, aangezien bij de beoordeling naar het gemiddelde per vraag wordt gekeken.

Per vraag zijn 1 tot 4 punten te scoren. Hoe lager de score des te meer gedemoraliseerd een respondent is. Het gezonde gebied ligt > 3,03 gemiddeld per vraag. De Reliable Change Index (RCI) is 0,41. De RCI geeft aan wanneer er sprake is van een betrouwbare (klinisch relevante) verandering.

2. de RAND-36 item Health Survey (RAND-36). De Nederlandse versie van de RAND-36<sup>26</sup> is een in 1992 door van der Zee en Sanderman<sup>26</sup> ontwikkelde verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire<sup>27</sup>. Deze laatstgenoemde vragenlijst werd in 1979 in de Verenigde Staten ontwikkeld om de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op de gezondheid te meten. De RAND-36<sup>26</sup> bevat 36 vragen en is een multidimensioneel meetinstrument om de algemene gezondheidstoestand te meten. Een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand. De volledige vragenlijst bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke en emotionele problemen, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De RAND-36 is vrijwel identiek aan de zogenaamde Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)<sup>28</sup>. In het Engels zijn de RAND-36 en de SF-36 identiek, er zijn alleen enkele verschillen in de wijze waarop sommige schaalcores worden berekend. In de Nederlandstalige versies van de vragenlijsten zijn enkele vragen iets anders geformuleerd<sup>26</sup>. Omdat de RAND-36 in de Nederlandstalige versie eenvoudig te verkrijgen was en vrij te gebruiken, werd in het pilot-onderzoek voor deze vragenlijst gekozen. Voor het pilot-onderzoek werden 20 vragen gebruikt van de volgende subschalen van de RAND-36: sociaal functioneren, problemen in het functioneren t.g.v. emotionele problemen, mentale gezondheid, vitaliteit en de algemene gezondheidsbeleving. Voor dit onderzoek was het niet relevant om vragen over (rolbeperkingen door) fysiek functioneren en pijn op te nemen. In een in 1992 door het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken van de Rijksuniversiteit Groningen uitgevoerd onderzoek werd gevonden dat de Nederlandse versie van de RAND-36 over voldoende psychometrische kwaliteiten beschikte<sup>26</sup>. Uit betrouwbaarheidsanalyses bleek dat de interne consistentie van de schalen matig tot hoog is (Cronbach's alpha .71 tot .92). De test-hertest correlaties zijn bevredigend te noemen voor een instrument, dat schommelingen in de gezondheidstoestand meet,

en variëren van .40 tot .75 na een periode van 6 maanden. Voor wat betreft de constructvaliditeit zijn significante samenhangen gevonden tussen de RAND-36 schalen en soortgelijke schalen uit andere meetinstrumenten. Aaronson et al. vonden een goede interne consistentie tussen de schalen (mediane Crohnbach's alpha 0.84)<sup>28</sup>.

3. Eén vraag ontleend aan de Work Ability Index (WAI). Dit betrof de vraag hoe de cliënt zijn huidige arbeidsvermogen beoordeelt vergeleken met zijn arbeidsvermogen in de beste periode in zijn leven. Deze vraag werd met toestemming overgenomen uit een vragenlijst van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, UVA (Dr. P.P.F.M. Kuijer). De WAI is in de jaren tachtig ontwikkeld door het Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) in Helsinki. Dit instrument is gebaseerd op de eigen inschatting van het werkvermogen. De afgelopen jaren heeft de WAI zich wereldwijd verspreid. Inmiddels wordt de vragenlijst toegepast in vele landen binnen en buiten Europa. In de jaren negentig werd de WAI geïntroduceerd in Nederland<sup>29</sup>.
4. De Symptoms Checklist 90 items (SCL-90). Dit is een zelfgerapporteerde, generieke vragenlijst, die lichamelijke en psychische klachten meet. De vragenlijst kan gebruikt worden om op psychopathologie te screenen of als meetmethode om behandelingsresultaten te evalueren. De vragenlijst werd in 1973 ontwikkeld door Derogatis et. al en door Arrindell en Ettema voor Nederland bewerkt<sup>30</sup>. De vragenlijst bevat 8 schalen met in totaal 90 vragen met omschrijvingen van klachten. Hiervan moet door de onderzochte worden aangegeven in welke mate hij daar de afgelopen week last van heeft gehad. Het duurt ongeveer 20 minuten om de vragenlijst in te vullen.

### 3.6 Bewerking en statische analyse van de gegevens

De scores van de ingevulde vragenlijsten van de verrichte voormetingen en nametingen, als ook de gegevens van de vergelijkingsgroep werden door de onderzoeker in Excell-bestanden gezet. Statistische bewerking en analyse van deze Excell-bestanden werd vervolgens door de methodoloog van de NSPOH uitgevoerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 16.0.

Met behulp van de T-toets werd voor de diverse onderdelen van de vragenlijsten (arbeidsvermogen, RS, RAND-36, alsmede de SCL-90), gekeken of er sprake was van een significant verschil tussen de voor- en nameting (significantieniveau  $p < 0,05$ ). Er werd eveneens naar de verschillen gekeken (T-Toets, Pearson Correlation toets). Correlaties tussen de voor- en nameting van de diverse onderdelen van de vragenlijsten werden berekend (Pearson Correlation).

De hersteldmeldingen tegen de arbeidsongeschiktheidsduur van de interventiegroep en de vergelijkingsgroep werden in kruistabellen gezet. Deze werden getoetst met de associatiemaat Cramer's V.

## Hoofdstuk 4: Resultaten

### 4.1 Inleiding

De resultaten ten aanzien van de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het pilot-onderzoek worden eerst beschreven. Daarna wordt besproken of het mogelijk was relevante uitkomstmaten te meten (hersteldverklaring en werkhervatting). Vervolgens wordt gekeken naar wanneer eventueel hersteldverklaring en/of werkhervatting plaats vond. Tevens wordt de respons op de vragenlijsten besproken. Tot slot worden de hersteldverklaringen van de onderzoekspopulatie vergeleken met die van de UWV-vangnetpopulatie en worden de uitkomsten van de vragenlijsten besproken. Alle onderzoeksresultaten, die bekend waren op 1 april 2010, werden meegenomen en verwerkt in de resultaten.

### 4.2 Haalbaarheid

#### 4.2.1 Selectie

*Is het mogelijk om binnen 3 maanden voldoende cliënten (n = 15) te selecteren met de juiste diagnose (angststoornis, depressie of aanpassingsstoornis) én, binnen hoeveel tijd werd dit aantal geïnccludeerd in het onderzoek?*

In de oorspronkelijke onderzoeksopzet zou selectie van de cliënten plaats vinden door de twee (verzekerings)artsen, die in het team van de onderzoeker werkzaam waren. De oorspronkelijke inclusieperiode was vastgesteld op drie maanden.

Het bleek niet haalbaar om op deze manier voldoende geschikte kandidaten te selecteren. Drie maanden na de start van het onderzoek waren slechts 4 cliënten door het team van de onderzoeker geselecteerd en verwezen naar HSK. Besloten werd om in ieder geval minimaal 15 kandidaten in het onderzoek op te nemen. Daarvoor werd(en):

- de inclusieperiode verlengd
- vanaf medio januari 2009 alle (verzekerings)artsen van UWV-kantoor Utrecht, werkzaam in de ZW-Arborol, ingeschakeld voor de selectie van onderzoekskandidaten
- mensen, die op het eerste spreekuur lichamelijke klachten hadden, maar op het tweede spreekuur psychische klachten hadden en korter dan 9 maanden arbeidsongeschikt waren, ook geïnccludeerd
- de voorwaarde dat een kandidaat maximaal 3 maanden arbeidsongeschikt mocht zijn op het (eerste) spreekuur van de verzekeringsarts verruimd naar maximaal 9 maanden.

Dit resulteerde in een totaal aantal verwijzingen naar HSK van 26 cliënten gedurende de periode half oktober 2008 tot medio mei 2009 (7 maanden), waarvan 19 (73%) werden geïnccludeerd in het onderzoek.

Binnen drie maanden na de start van het onderzoek was één cliënt gestart met de interventie en derhalve geïnccludeerd in het onderzoek. Na 7,5 maand waren 15 cliënten geïnccludeerd in het onderzoek. Na 11 maanden waren 19 cliënten geïnccludeerd.

*Zijn de inclusiecriteria voor de (verzekerings)artsen eenduidig en goed toepasbaar? Op welke wijze werd afgeweken van de inclusiecriteria?*

Voor de onderzoeker zelf waren de inclusiecriteria eenduidig en goed toepasbaar. Bijna twee maanden na de start van de inclusieperiode werd door de onderzoeker bewust van 1 criterium afgeweken. De maximale arbeidsongeschiktheidsduur van 3 maanden ten tijde van het eerste spreekuur van de onderzoeker werd losgelaten. Op dat moment werd niet besloten of dit structureel zou gebeuren en wat dan de maximale termijn zou worden. De reden om af te wijken van dit inclusiecriterium was dat er op dat moment pas twee cliënten voor het onderzoek waren geselecteerd. In tweede instantie werd besloten deze periode te verlengen tot maximaal 9 maanden. Voor deze termijn werd gekozen om te zorgen dat de interventie van maximaal 26 weken in ieder geval voor een maximale arbeidsongeschiktheidsduur van 78 weken (18 maanden) zou zijn afgerond. (Na 78 weken vindt namelijk overdracht van de gevalbehandeling plaats van de afdeling Ziektewet naar de afdeling WIA.)

Om inzicht te krijgen of de inclusiecriteria voor de overige (verzekerings)artsen van de afdeling ZW-Arbo eenduidig en goed toepasbaar waren, werd een enquête onder hen gehouden. In totaal werden 10 (verzekerings)artsen ondervraagd. De 5 (verzekerings)artsen, die cliënten voor het onderzoek naar de onderzoeker hadden verwezen, kregen andere vragen dan de 5 (verzekerings)artsen, die geen cliënten hadden verwezen (zie bijlagen VII en VIII). Uit de enquête, gehouden onder de 5 verwijzende collega-(verzekerings)artsen, bleek dat deze als redelijk eenduidig en goed toepasbaar werden ervaren. Eén verzekeringsarts had niet begrepen dat selectie en verwijzing alleen op het eerste spreekuur van de verzekeringsarts plaats kon vinden. Dit betrof cliënten, die op het tweede spreekuur pas psychische klachten hadden ontwikkeld. Een andere verzekeringsarts vond de maximaal toegestane arbeidsongeschiktheidsduur niet duidelijk. Eén verzekeringsarts verwees een cliënt, die reeds onder behandeling van een psycholoog was. Uit de enquête bleek echter dat deze verzekeringsarts bewust van dit inclusie criterium had afgeweken, aangezien deze cliënt aangaf de interventie bij HSK te prefereren boven de lopende therapie.

Samenvattend werden de inclusiecriteria op de volgende twee punten aangepast:

- De maximale arbeidsongeschiktheidsduur, ten tijde van het (eerste) spreekuur van de verzekeringsarts, werd verlengd van 3 tot 9 maanden.
- Selectie op een vervolgspreekuur werd toegestaan mits het nieuw ontstane psychopathologie betrof.

#### 4.2.2 Toepassen inclusiecriteria

*Hoeveel procent van de cliënten met de juiste diagnose viel af omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria?*

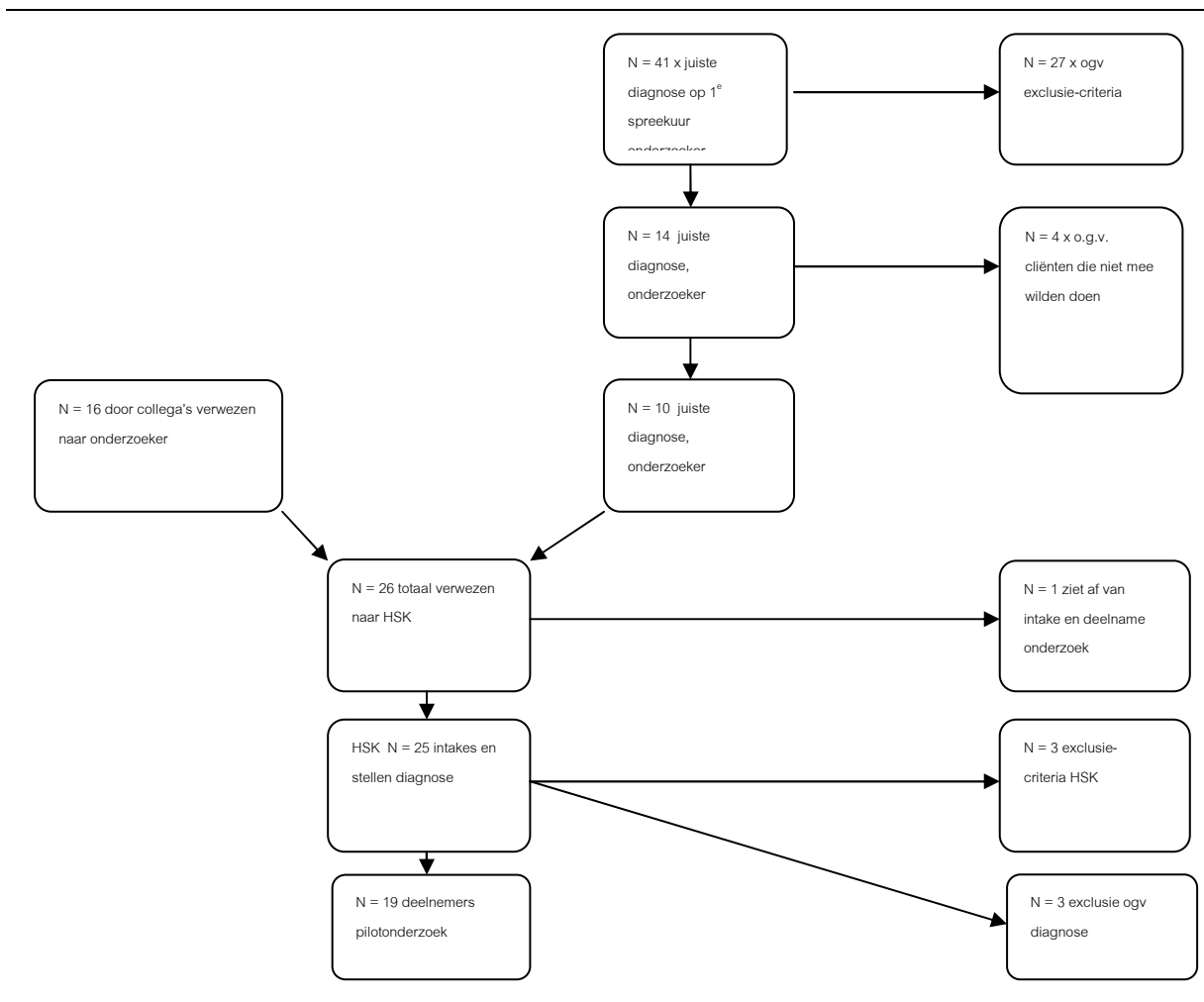
Alleen door de onderzoeker zelf werd bijgehouden hoeveel procent van de cliënten met de juiste diagnose (zoals die gesteld werd door de onderzoeker zelf) ten tijde van het eerste spreekuur afviel, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria. De onderzoeker zag in totaal 41 potentiële onderzoekskandidaten met de juiste diagnose op het spreekuur (zie figuur 1). Hiervan viel 66 % (27) af op grond van de volgende exclusiecriteria:

- 78 % (21): was reeds onder behandeling
- 11,1% (3): had een werkgever
- 3,7% (1): beheerste de Nederlandse taal onvoldoende voor het invullen van de vragenlijsten (analfabeet)
- 3,7% (1): was zwanger bij aanvang van de interventie
- 3,7% (1): anders, namelijk: de aandoening was goeddeels in remissie.

*Wat waren redenen van cliënten om niet te willen deelnemen aan het onderzoek?*

Naast de 27 cliënten, die afvielen op grond van de hierbovengenoemde exclusiecriteria, vielen nog 4 cliënten met de juiste diagnose af, omdat zij niet mee wilden doen aan het onderzoek. Zij gaven hiervoor de volgende redenen op: één wilde middels sporten de problemen zelf oplossen, een ander zag niets in dit soort therapie, een derde wilde behandeling in de eigen woonplaats ondergaan en de laatste wilde begeleiding van het maatschappelijk werk.

Figuur 1, stroomschema: geschikte diagnose, exclusie, en herkomst onderzoekspopulatie



*Hoeveel kandidaten vielen af op grond van door HSK gehanteerde criteria?*

Van de 25 kandidaten, die de intakeprocedure bij HSK ondergingen, kwamen 6 (24%) niet in aanmerking voor deelname aan het onderzoek:

- 3 kandidaten (12%) vielen af op grond van de volgende door HSK gehanteerde criteria: het toestandsbeeld was te ernstig om door HSK behandeld te worden, behandeling ging op verzoek van de cliënt in een andere vestiging plaatsvinden, doorverwijzing voor nadere diagnostiek vond plaats;
- 3 kandidaten (12%) vielen af omdat de door HSK gestelde definitieve diagnose niet in het onderzoek paste (zie bijlage IX).

*In hoeveel procent kwam de door de (verzekerings)arts gestelde diagnose overeen met de door de psycholoog van HSK gestelde diagnose?*

In 21 van de 25 gevallen (84%) kwam de door UWV gestelde diagnose overeen met die van HSK. In bijlage IX is een overzicht opgenomen van alle gestelde diagnoses door zowel UWV als HSK.

**4.2.3 Tijdigheid**

*Hoeveel procent van de cliënten (na datum aanvang arbeidsongeschiktheid):*

- werd op T = 1 (6-8 weken) op het eerste spreekuur van de (verzekerings)arts gezien?
- had op T 2= (10-12 weken) de intake bij HSK gehad?



- *startte op T = 3 (12 weken) met de interventie?*

Van de 26 geselecteerde en verwezen kandidaten verschenen 9 (35%) op T = 1 op het spreekuur van de (verzekerings)arts. Gemiddeld verscheen men na een arbeidsongeschiktheidsduur van 15 weken op het spreekuur, met als uitersten 5 en 42 weken.

Eén kandidaat zag af van intake en deelname aan het onderzoek. In 4 van de overgebleven 25 (16%) gevallen vond de intake plaats op T = 2.

Van de 19 cliënten, die met de interventie begonnen en in de onderzoeksgroep werden opgenomen, startte 1 cliënt op T = 3 met de interventie (5%).

*Hoe lang na de intake startte de interventie?*

Gemiddeld startte de interventie ruim 6 weken na de start van het intakeproces.

#### 4.2.4 Belastbaarheid, teamoverleg en actie

*Hoeveel maanden na start van de interventie was er sprake van belastbaarheid?*

Na een gemiddelde interventieduur van 3,6 maanden, werd de cliënt belastbaar geacht voor het opstarten van re-integratieactiviteiten.

*Als er sprake was van belastbaarheid, in hoeveel procent vond dan bespreking in het daaropvolgende teamoverleg plaats?*

Als uit het overleg met HSK bleek dat cliënt belastbaar was voor re-integratieactiviteiten, vond in 89% van de gevallen in de daaropvolgende week overleg over de cliënt plaats in het team van de onderzoeker.

*Wat was het resultaat van het teamoverleg?*

In het teamoverleg werd in 89% van de gevallen besloten dat de onderzoeker de cliënt zelf op zou roepen voor het opstellen van het belastbaarheidsoordeel. In 11% werd besloten dat de cliënt direct door de arbeidsdeskundige opgeroepen zou worden voor het inzetten van een belastbaarheidsverhogend traject.

In 78% werd de geplande actie binnen 1 maand na het teamoverleg uitgevoerd. In 17% vond de geplande actie wel plaats, maar op een later tijdstip (tussen de 2 en 3,5 maand na het teamoverleg). In 1 (5%) geval vond een andere actie plaats dan gepland: namelijk eerst een spreekuur bij de arbeidsdeskundige in plaats van bij de arts.

*Bij hoeveel procent werd op welk tijdstip gestart met re-integratieactiviteiten?*

Voor wat betreft het opstarten van re-integratieactiviteiten (na het begin van de interventie), bleek dat op T = 2 maanden 1 (5%), op T = 3 maanden 5 (26%), op T = 4 maanden 7 (37%), op T = 5 maanden 9 (47%) en T = 6 maanden 11 (58%) waren begonnen met re-integratieactiviteiten.

#### 4.2.5 Vragenlijsten

*Hoeveel procent van de vragenlijsten werd volledig ingevuld en geretourneerd?*

Van de 44 uitgegeven vragenlijsten werden 43 (98 %) ingevuld retour ontvangen. Van de 43 ontvangen vragenlijsten waren 39 (91 %) volledig ingevuld.

#### 4.2.6 Samenvatting ten aanzien van de haalbaarheid

Voor wat betreft de haalbaarheid van het onderzoek bleek er sprake te zijn van een groot struikelblok ten aanzien van het binnen een redelijke termijn verzamelen van voldoende geschikte kandidaten. Daarnaast was er sprake van een belangrijke uitloop van de wenselijke termijnen waarop cliënten op het eerste spreekuur van de (verzekerings)arts verschenen, verwezen werden voor de interventie en daadwerkelijk aan de interventie begonnen. In de loop van het onderzoek ontstond geen afname van deze termijnen. Positief was, dat een zeer groot percentage van de vragenlijsten werd ingevuld en bruikbaar waren.

### 4.3 Uitvoerbaarheid

*Hoeveel procent van de cliënten, die toestemden in deelname aan het onderzoek middels informed consent, gingen naar HSK voor een intake en het vaststellen van de definitieve diagnose?*

Van de 25 cliënten, die middels het tekenen van het informed consent formulier toestemden in deelname aan het onderzoek, ging iedereen (100%) naar HSK voor een intakegesprek en het vaststellen van de definitieve diagnose. Van de in totaal 26 cliënten, die naar HSK werden verwezen voor een intake, had 1 op het moment van verwijzing het informed consent formulier nog niet ondertekend. Deze cliënt verscheen niet op de gemaakte afspraken voor de intake.

Er was sprake van 17% no shows op afspraken voor de intakegesprekken.

*Hoeveel van de interventies werden voltooid, hoe lang duurden de interventies gemiddeld en uit hoeveel sessies bestonden deze?*

Van de 19 geïncludeerde cliënten in het onderzoek werd bij 1 cliënt de interventie voortijdig door HSK beëindigd wegens onvoldoende opkomst op de behandelafspraken. Een tweede interventie werd voortijdig door de cliënt zelf beëindigd om zich elders onder behandeling te stellen. Twee cliënten onderbraken de interventie tijdelijk in overleg met de therapeut om eerst een andere behandeling bij HSK te ondergaan (relatietherapie). Bij twee cliënten vond in overleg tussen cliënt en therapeut beëindiging van de behandeling plaats met doorverwijzing voor behandeling elders. In totaal werden derhalve 6 interventies (32%) niet voltooid.

Van de 18 overgebleven interventies waren op 1 april 2010 9 (50%) interventies afgerond, die gemiddeld 7,8 maand hadden geduurd. Er liepen nog 9 interventies, die op op dat tijdstip gemiddeld ruim 8 maanden duurden.

Niet bekend is uit hoeveel sessies de behandelingen gemiddeld bestonden. Van 10 cliënten was het aantal sessies bekend, die in 6 maanden hadden plaatsgevonden. Dit betrof gemiddeld 18 sessies.

*In hoeveel procent van de gevallen vond op T = 2 maanden na aanvang van de behandeling overleg plaats tussen de onderzoeker en de psycholoog om de belastbaarheid te bepalen?*

Overleg tussen de onderzoeker en de therapeut vond in 15 van de 19 (79%) gevallen plaats op het tijdstip tussen 1,5 en 2,5 maand na aanvang van de interventie. In 3 van de gevallen (16%) leidde de zomervakantieperiode tot uitloop, eenmaal (5%) moest het overleg worden uitgesteld, omdat de cliënt nog geen machtiging voor dit overleg had ondertekend. Tweemaal vond het eerste overleg op initiatief van de therapeut plaats, in de andere gevallen nam de onderzoeker daar het initiatief toe. In de loop van het onderzoek vond verder nog 8 keer op T = 4 maanden overleg plaats, 5 keer op T = 5 maanden en 4 keer op T = 6 maanden.

*In hoeveel procent van de gevallen gaf HSK schriftelijke terugkoppeling aan de onderzoeker na de intake en bij beëindiging van de therapie?*

Na de intake werd in 100% van de gevallen door HSK schriftelijke terugkoppeling gegeven aan de onderzoeker middels het toesturen van een intakeverslag. In 83% van de gevallen werd een interim-evaluatie bij 6 maanden ontvangen (als de behandeling nog liep) of een ontslagbrief bij beëindiging van de behandeling. In 17% werd alleen beperkte informatie op aanvraag van de onderzoeker ontvangen.

*In hoeveel procent van de gevallen werd volgens protocol behandeld?*

Van de 19 geïncludeerde cliënten viel in tweede instantie nog 1 cliënt af vanwege onvoldoende therapietrouw. De behandelingen, die tot dan toe plaats hadden gevonden, vonden wel volgens protocol plaats. Van de overige 18 kandidaten werd

- 33 % (6) geheel volgens protocol behandeld,
- 22 % (4) niet volgens protocol behandeld
- 44 % (8) werd volgens protocol behandeld, maar onderging daarnaast nog andere behandeling in verband met gelijktijdig aanwezige as II of as IV problematiek. Twee

kandidaten werden doorverwezen (voor behandeling verslavingsproblematiek, begeleiding maatschappelijk werk).

#### 4.3.1 Samenvatting uitvoerbaarheid interventie

De uitvoerbaarheid van het onderzoek en de interventie is redelijk tot goed te noemen. In een zeer hoog percentage van de verwezen cliënten kon de definitieve diagnose worden gesteld. Van de geïncludeerde kandidaten voltooide tweederde de interventie. Overleg tussen de onderzoeker en de therapeut verliep in redelijke mate volgens planning en de schriftelijke terugkoppeling door HSK aan de onderzoeker verliep goed. De interventies verliepen in een derde van de gevallen volgens protocol. In tweederde deel was extra behandeling nodig of werd niet volgens protocol behandeld. Aanvullende behandeling had te maken met bijkomende psychosociale en/of persoonlijkheidsproblematiek.

#### 4.4 Meten van de relevante uitkomstmaten

*Is het mogelijk om de uitkomstmaten hersteldmelding en werkhervatting te meten?*

De voor UWV meest relevante uitkomstmaten (hersteldverklaring voor de maatstaf zijn arbeid en werkhervatting) waren goed meetbaar. De onderzoeker begeleidde alle deelnemers van het onderzoek gedurende de Ziektewetperiode zelf. Hierdoor bestond een goed zicht op het beloop in elke individueel geval. Bij 3 van de 19 deelnemers (16%) vond voor 1 april 2010 hersteldverklaring plaats. Deze mensen hadden op het moment van hersteldverklaring geen werk.

*Wanneer vond hersteldverklaring of werkhervatting plaats?*

Hersteldverklaringen vonden na een arbeidsongeschiktheidsduur van 14, 13 en ruim 12 maanden plaats. Deze vonden na een interventieduur van respectievelijk 6, 6 en 5 maanden plaats.

Hersteldverklaring voor de maatgevende arbeid door de onderzoeker vond 2½, 2 en 2 maanden na beëindiging van de interventie plaats. De vertraging in hersteldverklaring na beëindiging van de interventie lag in een combinatie van factoren: opstellen en verzenden van de ontslagbrief door HSK, postverwerking binnen UWV en voorleggen van de ontslagbrief aan de onderzoeker en inplannen van het spreekuur. Vertragende factoren binnen UWV namen het grootste deel van deze periode voor hun rekening. Werkhervatting vond niet plaats.

*Hoe was de respons op de vragenlijsten en werden de vragenlijsten volledig ingevuld?*

In totaal werd 98% van alle vragenlijsten retour ontvangen. Van alle vragenlijsten van de voormeting werden 25 van de 26 (96%) retour ontvangen. Van de 18 verrichte nametingen werd 100% van de vragenlijsten retour ontvangen. Van de 43 vragenlijsten, die retour werden ontvangen, werden 39 (91%) volledig ingevuld retour ontvangen. Opvallend was dat van alle 4 niet volledig ingevulde vragenlijsten, de ontbrekende antwoorden enkele vragen uit de RAND-lijst betroffen. De vragenlijsten waren echter wel bruikbaar, omdat slechts een enkel antwoord ontbrak en de scores conform de instructies van de ontwerpers van de vragenlijst konden worden berekend.

#### 4.5 Uitkomsten vergelijking interventiegroep met de vangnetpopulatie Ziektewet

*Hoe is het beloop van de arbeidsongeschiktheid gedurende de Ziektewetperiode in de interventiepopulatie in vergelijking met de vangnetpopulatie? <sup>iii</sup>*

In de vergelijkingsgroep (n=503) vonden binnen een half jaar 70 hersteldmeldingen (14%) plaats. In de onderzoeksgroep (n=18) werden geen cliënten (0%) hersteld verklaard binnen een half jaar na de arbeidsongeschiktheidsmelding. Uit de per periode gemaakte kruistabellen (periode x groep, zie bijlage X) bleek dat er voor het aantal

---

<sup>iii</sup> Uit de interventiegroep werden alleen de eerste 18 kandidaten van de onderzoekspopulatie meegenomen in de berekeningen. De reden hiervoor was dat bij kandidaat nummer 19 nauwelijks van een interventie gesproken kan worden, aangezien deze kort na aanvang werd beëindigd.

hersteldverklaringen na 6 maanden sprake was van een zeer zwak verband, dat niet significant was (Cramer's V 0,075,  $p = 0,089$ ).

Voor de hersteldverklaring na een arbeidsongeschiktheidsduur van 12 maanden werd een zwak verband gevonden, dat wel significant was (Cramers V 0,110,  $p = 0,012$ ). Dit kan verklaard worden door het in totaal zeer grote aantal personen in de tabel ( $n = 521$ ). In de interventiegroep is op T = 12 maanden sprake van een significant lager percentage herstelmeldingen dan in de vergelijkingsgroep: 0% versus 26%.

Uiteindelijk is in de interventiegroep nog sprake van 83.3% lopende gevallen en in de controlegroep nog 74 %. Hierbij is sprake van een zeer zwak verband, dat niet significant is.

*In hoeveel procent van de gevallen vond hersteldmelding of werkhervatting gedurende de wachttijd plaats tot 1 april 2010?*

In de interventiegroep vond tot 1 april 2010 in 3 gevallen (16 %) hersteldmelding plaats gedurende de wachttijd. Er vond geen werkhervatting plaats.

*Hoe is de uitkomst van de vragenlijsten?<sup>iv</sup>*

#### Remoralisatieschaal (RS):

Zoals verwacht is de gemiddelde score op de nameting (25,78) hoger dan op de voormeting (21,83), (paired samples T-toets, zie tabel in bijlage XI). Dit verschil is significant ( $p = 0.009$ ). Drie van de 18 (16,7%) hadden een negatieve verschillingscore (tabel XI), bij 2 (11,1%) was de score gelijk, bij 13 (72,2%) was er sprake van een positieve verschillingscore. Er is wel sprake van verbetering, maar slechts 1 deelnemer scoort op de nameting in het gezonde gebied.

De gemiddelde score per vraag van de voormeting van de RS bij de onderzoekspopulatie was 1,94. Een score van 1,94 ligt ver onder het gezonde gebied ( $>3,03$ ). Er kan derhalve van een duidelijke demoralisatie worden gesproken. Bij de nameting was de gemiddelde score per vraag 2,36. Bij 9 van de 18 (50%) was er sprake van een klinisch relevante verandering, namelijk een verschil van  $>0,41$  ten opzichte van een eerdere meting. Bij 7 van deze 9 was er sprake van toegenomen remoralisatie en bij 2 was er sprake van toegenomen demoralisatie.

#### RAND:

De gemiddelde score op de voor- en nameting verschilt niet significant (T-toets,  $p = 0,425$ , tabel bijlage XI). Bij de voormeting was de score gemiddeld 61,33, bij de nameting 62,22. Wat opvalt bij de berekening van de verschillingscores is dat bij 8 van de 18 nametingen (44,44%) lager wordt gescoord op de voormeting, bij 2 (11,11%) is er sprake van een zelfde score en bij 8 (44,44%) is de score op de nameting hoger dan op de voormeting.

#### Arbeidsvermogen:

Bij tweezijdig toetsen werd er geen significant verschil ( $p = 0.074$ ) gevonden in de gemiddelde score tussen de voor- en de nameting van het arbeidsvermogen (T-toets, tabel bijlage XI). Het gemiddelde zelfgerapporteerde arbeidsvermogen steeg van 2,11 naar 3,50. Bij de nameting scoorden 4 van de 18 (22,3%) lager dan op de voormeting, 4 (22,2%) scoorden gelijk en 10 (55,6%) scoorden hoger op de nameting.

#### SCL-90 scores:

De gemiddelde score bij de voormeting is 206,78. De gemiddelde score bij de nameting is 204,22. Deze verschillen zijn niet significant ( $p = 0.81$ ). Je verwacht bij de nameting onder invloed van de interventie een lagere score dan de voormeting. Bij het berekenen van de verschillingscores zijn echter 7 van de 18 scores (39%) van de nameting hoger dan de voormeting, 1 (6%) is hetzelfde en 10 (55%) scores lager op de nameting dan op de voormeting.

---

<sup>iv</sup> Bij de 19 onderzoekskandidaten werden in totaal 19 voormetingen en 18 nametingen verricht.

### Correlaties

De correlaties zijn in bijlage XII in een tabel samengevat.

#### Verband tussen RS en RAND

Er is sprake van negatieve correlaties tussen de respectievelijke voor- en nametingen, maar dit zijn geen significante correlaties. Je zou op grond van wat de vragenlijsten meten positieve correlaties verwachten.

#### Verband tussen RS en arbeidsvermogen

De voormeting van het arbeidsvermogen correleert positief met de RS-voormeting en is zo goed als significant ( $p = 0.056$ ). Dit is ook wat je verwacht te zien: bij een toename van remoralisatie past een toegenomen arbeidsvermogen. De nameting van beide vragenlijsten correleert eveneens positief, en is significant (0,028).

#### Verband tussen RS en SCL-90

Er is zoals te verwachten was sprake van negatieve correlaties tussen de scores van beide vragenlijsten bij de voormeting en de nameting, maar deze zijn niet significant. Je verwacht negatieve correlaties aangezien naar verwachting de remoralisatie onder invloed van de interventie toeneemt en de klachten (SCL-90) afnemen.

#### Verband tussen RAND en arbeidsvermogen

Er is sprake van niet significante positieve correlaties tussen de voor- en nametingen.

#### Verband tussen RAND en SCL-90

Er is een negatief significant verband tussen de voormetingen en een negatief niet significant verband tussen de nametingen. Je verwacht een negatief verband gezien de aard van de beide vragenlijsten.

#### Verband tussen Arbeidsvermogen en SCL-90

Er is sprake van een negatief niet significant verband tussen de voormetingen en een negatief significant verband tussen de nametingen. Je verwacht een negatief verband gezien de aard van de vragenlijsten.

## **Hoofdstuk 5: Discussie en conclusies**

### 5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werden de resultaten besproken en de onderzoeksvragen beantwoord. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de conclusies, die uit deze resultaten kunnen worden getrokken. De sterke kanten en beperkingen van het onderzoek worden genoemd. Er wordt verder ingegaan op aanbevelingen voor verder onderzoek over dit onderwerp.

### 5.2 Haalbaarheid en uitvoerbaarheid

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid blijkt dat iedereen, die deelnam aan het onderzoek, de intakeprocedure doorliep. De interventies werden doorgaans serieus ondergaan en weinig interventies werden voortijdig beëindigd. De communicatie tussen UWV en HSK verliep goed. Overleg tussen therapeut en onderzoeker vond in hoge mate volgens de onderzoeksopzet plaats, evenals de schriftelijke terugkoppeling door HSK.

De gemiddelde duur van de interventies was wel beduidend langer dan de voorziene periode van maximaal 6 maanden. Ook konden de interventies in belangrijke mate niet volgens protocol worden gegeven en/of was er aanvullende behandeling nodig (samen 66%).

Ten aanzien van de haalbaarheid laten de resultaten van dit pilotonderzoek zien dat er ernstige problemen waren. De tijd, die nodig was om minimaal 15 cliënten te selecteren, verwijzen en includeren in het onderzoek bleek veel langer dan voorzien: 7,5 maanden in plaats van 3 maanden. Om in totaal 19 kandidaten te 'vangen' waren ongeveer 1500 informatiefolders en – brieven nodig! Naast het substantieel verlengen van de inclusieperiode werden de inclusiecriteria verruimd.

Een ander probleem was dat cliënten niet tijdig op het spreekuur werden gezien en dat onvoorzien was dat tussen de intake en start van de interventie nog eens gemiddeld 6 weken lag. Verder trad het tijdstip waarop onderzoekskandidaten belastbaar waren later op dan verwacht. Ook re-integratieactiviteiten werden laat opgestart: bij een interventieduur van 6 maanden, waren deze slechts in 58% van de gevallen opgestart.

Om binnen een redelijke termijn 200 onderzoekskandidaten te verzamelen voor een RCT, zal het onderzoek op vele UWV-kantoren en HSK-kantoren moeten worden uitgevoerd. Dit zal de onderzoeksopzet aanzienlijk compliceren. Er zal dan met name veel tijd in de coördinatie van het onderzoek gaan zitten. Het zal veel inspanning vergen om te zorgen dat het onderzoek op alle kantoren identiek uitgevoerd zal worden. Dit zal het onderzoek tot een te kostbare en tijdrovende zaak maken.

Om termijnen te bekorten zou selectie en verwijzing voor een interventie rechtstreeks vanuit de back office plaats kunnen vinden. Aan alle cliënten, die zich arbeidsongeschikt hebben gemeld wegens psychische klachten, kan gevraagd worden om een vragenlijst in te vullen. Hiervoor zou de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) van Terluin kunnen worden gebruikt<sup>31</sup>. Deze lijst brengt psychosociale klachten in kaart en spoort praktisch alle patiënten, die psychisch lijden, op. Deze selectieprocedure zou dan door een verzekeringsarts op de back office gecoördineerd moeten worden. De interventie zou op deze manier beduidend eerder ingezet kunnen worden. Deze manier van selecteren heeft echter belangrijke nadelen. Het zou de verzekeringsarts van de back office aanzienlijk belasten, omdat de 4DKL beoordeeld moet worden. Tevens moeten cliënten verwezen worden naar HSK. Daarnaast zal selectie 'op papier' plaats vinden in plaats van in een persoonlijk gesprek tussen cliënt en verzekeringsarts. Hierdoor zullen meer cliënten met een niet in het onderzoek passende diagnose worden verwezen. Daarnaast kunnen de inclusiecriteria minder goed toegepast worden. Het zou de nodige aandacht vragen om een goede respons op de vragenlijsten te krijgen.

Om voorgaande redenen lijkt deze selectie- en verwijzingsprocedure niet haalbaar.

Uit het voorgaande kan derhalve geconcludeerd worden dat uit de resultaten van het pilotonderzoek blijkt dat het RCT niet haalbaar is. Het is voor de onderzoeker dan ook

niet zinvol om concrete aanbevelingen voor eventuele aanpassingen in de procesgang van het RCT te doen. Dit wordt derhalve achterwege gelaten.

### 5.3 Vragenlijsten

In het pilotonderzoek werd gekozen voor een vragenlijst, die bestond uit (delen van) een aantal bestaande, gevalideerde vragenlijsten. Het idee achter de keuze van deze vragenlijsten was dat een wat bredere kijk op het functioneren zou ontstaan. In een RCT zouden de uitkomsten van de vragenlijsten ook wat zeggen over het effect van de interventie. Op deze manier werd een wat verfijndere uitkomstmaat verkregen dan alleen het wel of niet hersteld zijn voor het eigen werk.

De RS<sup>25</sup> werd gekozen, omdat het zelfbeleving meet, en meer specifiek het optreden van remoralisatie. De keuze voor de (specifieke schalen van de) RAND-vragenlijst<sup>26</sup> werd gemaakt, omdat deze het sociaal functioneren en de algemene gezondheidsbeleving meet. Door het toevoegen van één vraag over het zelf ingeschatte arbeidsvermogen (WAI<sup>29</sup>) werd beoogd inzicht in het beloop hiervan tijdens de interventie te krijgen. In de combinatie van deze lijsten lag de nadruk met name op het functioneren en niet zozeer op klachten. In aanvulling op de door de onderzoeker ingezette vragenlijst, gebruikte HSK een lijst die psychische klachten meet (SCL-90<sup>30</sup>).

Alhoewel het, gezien de opzet van het pilotonderzoek, niet mogelijk is om uit de uitkomsten conclusies over het effect van de interventie te trekken, is het toch interessant er naar te kijken.

Als de interventie een gunstig effect heeft, verwacht je dat de scores op de RS, RAND en het Arbeidsvermogen bij de nameting hoger zijn dan bij de voormeting. Immers, herstel leidt tot remoralisatie, beter functioneren en een positievere inschatting ten aanzien van het eigen arbeidsvermogen. Bij de SCL-90 verwacht je het omgekeerde. Bij herstel treedt afname van klachten op en dus een lager score.

Als we naar de uitkomsten van de vragenlijsten kijken, vormt zich een heterogeen beeld. De remoralisatieschaal is de enige vragenlijst, die een significante positieve verschilscore laat zien tussen voor- en nameting. Hierbij liet 72% verbetering zien. Bij 50% was dit op een klinisch significant niveau. De overige vragenlijsten lieten geen significante verschillen zien tussen voor- en nameting. Opvallend was dat een substantieel aantal respondenten verslechtering liet zien: RAND 44%, Arbeidsvermogen: 22% en SCL-90: 39% (zie ook Bijlage XI).

Zoals hiervoor werd beschreven, was er bij een belangrijk deel van de nametingen bij de interventiegroep sprake van een verslechtering van de scores ten opzichte van de voormetingen.

Ten aanzien van de SCL-90 vragenlijst is het met name bij angststoornissen wel verklaarbaar dat er in de loop van de therapie tijdelijk een toename van klachten ontstaat. Dit kan gebeuren op het moment dat een cliënt zich tijdens de therapie meer bloot gaat stellen aan situaties, die hij daarvoor meed uit angst. In dat geval nemen de klachten toe, terwijl het functioneren in feite verbetert. De score hangt dan erg af van het moment, waarop je meet.

Ten aanzien van de overige vragenlijsten, die functioneren meten, verwacht je wel een verbetering onder invloed van de interventie. Voor het feit, dat er geen verbetering gemeten werd, zijn een aantal verklaringen mogelijk.

- Afname van de score berust op toeval, omdat de aantallen te klein zijn.
- De test was niet geschikt. Dit lijkt niet waarschijnlijk, omdat gevalideerde vragenlijsten werden gebruikt.
- Cliënten hebben de lijst met opzet verkeerd ingevuld, hetgeen niet waarschijnlijk lijkt, maar niet helemaal is uit te sluiten.
- De interventie heeft geen effect. Dit wordt later nog uitgebreider besproken.

### 5.4 Uitkomstmaten

De onderzoeksopzet was niet zodanig dat het effect van de interventie werd onderzocht. Hierdoor mogen uit de uitkomsten geen conclusies ten aanzien van het effect van de

interventie worden getrokken. Om de resultaten ten aanzien van de uitkomstmaat hersteldmelding van de interventiepopulatie (n= 18) toch in een wat breder perspectief te plaatsen, werd vergeleken met het tijdstip van hersteldmelding van de vangnetpopulatie Ziektewet (vergelijkingsgroep, n = 503, Bijlage X).

Na 6 maanden arbeidsongeschiktheidsduur was 14% van de vergelijkeningsgroep hersteld (n = 70) en 0% van de interventiegroep. Bij 12 maanden zijn deze percentages respectievelijk 26% (n = 131) tegenover 0%. Bij het tijdstip T = 6 maanden is er in de interventiegroep statistisch gezien geen sprake van een significant lager percentage hersteldmeldingen, maar bij 12 maanden wel. Dit zou tot de conclusie kunnen leiden dat de interventie geen positief effect heeft. Dit lijkt echter geen gerechtvaardigde conclusie. Uit diverse onderzoeken uit de literatuur blijkt immers dat CGT een positief effect heeft op zowel klachtenreductie als op verbetering van functioneren en werkhervatting<sup>5,10,12-16,18,19</sup>. Ook de ervaringen van HSK met CTG zijn positief ten aanzien van verbeteren van het functioneren en werkhervatting.

Achteraf bezien kan men zich echter wel afvragen of de ingezette interventie in het pilotonderzoek wel zo geschikt was voor de onderzoekspopulatie en of inzet van alléén deze interventie wel voldoende was.

De onderzoekspopulatie werd gekenmerkt door het veelvuldig aanwezig zijn van vrij uitgebreide As IV-problematiek (relevante psychosociale- en omgevingsproblemen). CGT is een wetenschappelijk bewezen en effectieve behandelvorm voor As I-problematiek. As I problematiek betreft onder andere de klinische stoornissen, zoals de drie categorieën ziektebeelden, die in het pilotonderzoek zijn opgenomen. Aanwezige As-IV problematiek kan niet behandeld worden met CGT, maar kan het herstel daarvan wel in negatieve zin beïnvloeden. Indien de te behandelen aandoening op as I door As-IV-problematiek wordt veroorzaakt, is CGT mogelijk in het geheel niet zinvol. Omgekeerd kan CGT wel zinvol zijn als de As IV-problematiek in hoofdzaak door de As I-problematiek is veroorzaakt. Het voorgaande maakt duidelijk dat het van eminent belang is om aanwezige As IV-problematiek eerst of tegelijkertijd met de As I-problematiek aan te pakken. Tijdens het pilotonderzoek bleek dat HSK in slechts 33% een volledig geprotocolleerde behandeling kon geven. Bij 66% was het niet mogelijk om (geheel) volgens protocol te behandelen. Dit kwam vooral door aanwezige As IV problematiek (relevante psychosociale en omgevingsproblemen) en in mindere mate door As II-problematiek (persoonlijkheidsproblematiek).

Het bieden van een combinatie van CGT én perspectief bij As-IV-problematiek (bijvoorbeeld een werkervaringsplaats aanbieden) had waarschijnlijk het effect van de interventie kunnen vergroten. Uit de onderzoeken van Blonk, Schene en Christie<sup>5,9,17</sup> blijkt, dat een interventie, gebaseerd op technieken uit de CGT in combinatie met aandacht voor werk(hervatting), effectief is. Blonk liet zien, dat een korte interventie in combinatie met snelle partiele werkhervatting en specifiek op het werk toegespitste interventies, effectiever was dan een 4 maanden durende protocollaire CGT interventie<sup>5</sup>. Uit andere onderzoeken bleek dat korte interventies effectief waren ten aanzien van snellere werkhervatting<sup>10,15,16</sup>. Ook uit de voor dit onderzoek relevante verzekeringsgeneeskundige protocollen, blijkt dat geleidelijke uitbreiding van activiteiten een positief effect heeft op het herstel en functioneren<sup>2-4</sup>. Naar de vangnetsituatie en het pilotonderzoek vertaald, zou je kunnen zeggen dat de interventie best korter van duur had mogen zijn, als dit maar in combinatie met behandeling van de As IV-problematiek en activering naar werk had plaatsgevonden. In het pilotonderzoek vond pas in een laat stadium en in aanvang weinig intensieve en concrete begeleiding naar werk plaats. Werkhervatting vond in het geheel niet plaats in het pilotonderzoek. Dit zou misschien wel het geval zijn geweest als er naast CGT veel meer aandacht was geweest voor activiteiten gericht op het werk vinden.



### 5.5 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Sterke punten aan het onderzoek waren:

- Er werd een op zich heldere, goed geprotocolleerde interventie, onderzocht voor de vangnetpopulatie.
- Er werd onderzoek verricht naar een effectieve behandeling voor psychische klachten bij deze doelgroep. Hier is vrijwel nog geen onderzoek naar gedaan. Onderzoek hiernaar is echter zeer relevant, aangezien het een doelgroep betreft, die gekenmerkt wordt door complexe (psychosociale) problematiek, waar zij vaak niet op eigen kracht uitkomen.
- De onderzoeker was bij de opzet van het onderzoek betrokken en heeft de gehele uitvoering zelf gedaan. Hierdoor ontstond een goed overzicht over alle relevante aspecten.
- De respons op de uitgezette vragenlijsten was uitstekend en van alle vragenlijsten konden de scores berekend worden volgens de instructies.

Beperkingen van het onderzoek waren:

- De onderzoeker was bij de uitvoering van het onderzoek betrokken en had derhalve de uitkomsten ten aanzien van de uitkomstmaat hersteldverklaringen kunnen beïnvloeden.
- HSK had invloed op het al dan niet includeren van kandidaten en had daardoor de aard en ernst van de pathologie van geïnccludeerde kandidaten kunnen beïnvloeden.
- HSK week in een belangrijk aantal van de interventies af van het protocol.

### 5.6 Conclusies en Aanbevelingen

Op grond van het pilotonderzoek adviseer ik om het RCT niet door te laten gaan. Het zou echter wel interessant zijn om te onderzoeken onder welke voorwaarden mensen wel en niet verbeteren door het ondergaan van deze interventie. Dit onderzoek zou dan toegespitst kunnen worden op de aanwezige As IV-problematiek. Zo zouden factoren als het sociale steunsysteem, financiële problemen, etc. in kaart kunnen worden gebracht, zodat daar gericht oplossingen voor kunnen worden gezocht. Ook zou onderzoek gedaan kunnen worden naar het effect van een korter durende interventie met CGT, in combinatie met aandacht vóór én intensievere begeleiding naar werkhervatting.

## Literatuurlijst

1. Gezondheidsraad. (2006). Verzekeringsgeneeskundig protocol depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad.
2. Gezondheidsraad. (2006). Verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen. Den Haag: Gezondheidsraad.
3. Gezondheidsraad. (2007). Verzekeringsgeneeskundig protocol overspanning. Den Haag: Gezondheidsraad.
4. McManus C. Employing cognitive behaviour therapy to reduce employment. *Lancet* 1997;350(9071):80-1.
5. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work related psychological complaints among self-employed. *Work & Stress*, April-June 2006; 20(2):129-144.
6. Beck, JS. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. <http://www.beckinstitute.org/InfoID/220/RedirectPath/Add1/FolderID/237/SessionID/%7B0D3AF8B3-1FA0-489F-88B3-8CDFDAD69112%7D/InfoGroup/Main/InfoType/Article/PageVars/Library/InfoManage/Zoom.htm> (02/06/2010)
7. Verbraak, MJPM. Onderzoek effectiviteit geprotocolleerde behandelingen van UWV cliënten in de Ziektewet. 2008, niet gepubliceerd.
8. Van der Klink JJL, van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003;29(6):478-487.
9. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST—a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(4):775-87.
10. Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. The benefits of interventions for work related stress. *Am J Public Health* 2001;91:270-6.
11. De Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol* 2008;13(3):214-31.
12. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression Works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007;37(3):351-62.
13. Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with stress-related absenteeism. *Occup Med* 2004;54(5):353-9.
14. Ruwaard J, Lange A, Bouwman M, Broeksteeg J, Schrieken B. E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2007;36(3):179-92.
15. Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350(9071):96-100.
16. Della-Posta C, Drummond PD. Cognitive behavioural therapy increases re-employment of job seeking worker's compensation clients. *J Occup Rehabil* 2006;16(2):223-30.
17. Jackson C. Quick fix or cure-all? *Ment Health Today* 2006 Dec-2007 Jan:8-9.
18. Miranda J, Duan N, Sherbourne C, Schoenbaum M, Lagomasino I, Jackson-Triche M, Wells KB. Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized controlled trial. *Health Serv Res* 2003;38(2):613-30.
19. Christie A, Marshall MJ. Find a pathway back to work. *Ment Health Today* 2008;Apr:24-7.
20. Kidd SA, Boyd GM, Bieling P, Pike S, Kazarian-Keith D. Effect of a vocationally-focussed brief cognitive behavioural intervention on employment-related outcomes for individuals with mood and anxiety disorders. *Cogn Behav Ther* 2008;37(4):247-51.

21. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Holton SD, Amsterdam JD, Gallop R. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(4):775-87.
22. Van der Heiden, C, Verbraak, MJPM. Behandelprotocol bij aanpassingsstoornissen, therapeutenboek. Amsterdam, Cure & Care Publishers, 2002.
23. Boelens, W, Bloedjes, GCM. Behandelprotocol bij depressie, therapeutenboek. Amsterdam, Cure & Care Publishers, 2004.
24. Kampman, M, Keijsers GPJ. Angst en paniek, therapeutenboek. Amsterdam, Cure & Care Publishers, 2004.
25. Vissers, W, Keijsers, GPJ, Van der Veld, WM, et al. (in press). Development of the Remoralization Scale: An extension of contemporary psychotherapeutic outcome measurement. *European Journal of Psychological Assessment*.
26. Van der Zee, KI, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
27. Brook, RJ, Ware JE, Davies-Avery, A et. al. Overview of adult health status measures fielded in RAND's Health Insurance Study. *Medical Care*, 15, 724-735.
28. Aaronson NK, Muller M, Cohen PDA, et al. Translation, validation en norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.
29. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Arboportaal. 'Nederlandse Work Ability Index in gebruik' op: <http://www.arboportaal.nl/nieuws/nederlandse-work-ability-index-in-gebruik> (7 juli 2010).
30. Arrindell, WA, Ettema, JHM. Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symtom Checklist (SCL-90); gegevens gebaseerd op een fobische en een 'normale' populatie. *Ned Tijdschr Psych*1981; 36: 77-108.
31. Terluin, B, Terluin, M, Prince, K, et al. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;5:251-255.

#### Niet gevonden literatuur:

1. Harris E, Rose V, Ritchie J., Harris N. Labour market initiatives: potential settings for improving the health of people who are unemployed. *Health Promot J Austr* 2009;20(3):214-20.
2. Proudfoot J, Gray J, Carson J, Guest D, Dunn G. Psychological training improves mental health and job-finding among unemployed people. *Int Arch Occup Environ Health* 1999; 72 Suppl: S40-2.

## Bijlagen

### BIJLAGE I: overzichtstabel onderzoekskenmerken

Onderzoek (jaar)	type onderzoek	n	Land	aandoeningen	werk(eloos)	AO-duur	type CGT I
vd Klink (2003)	beschouwend		Nederland			nvt	
vd Klink (2001)	meta analyse	3736	Nederland	werkgerel. stress	werk	nvt	CGT-achtige
Stenlund (2009)	RCT	136	Zweden	burnout	werk	3-24 mnd	CGT-achtige
Blonk (2006)	RCT	163	Nederland	aanpassingsstoornis	werk (z)	2-3 wkn	CGT-achtige
de Vente (2008)	RCT	82	Nederland	aanpassingsstoornis	werk	2 wkn-6mnd	CGT-achtige
Schene (2007)	RCT	62	Nederland	ernstige depressie	werk	gem 8 mnd	AT,
Grime (2004)	RCT	48	GB	stress-gerelateerde kl	werk	>=10dgn in 6m	e-therapie
Ruwaard (2007)	RCT	239	Nederland	werkgerel. stress	97% werk	38%AO, duur?	e-therapie
Proudfoot (1997)	RCT	289	GB	50% psychiatrie	werkloos	>12 mnd werkl	CGT
Mc Manus (1997)	commentaar		GB				
Jackson (2006)	beschouwend		GB				
Della Posta (2006)	RCT	39	Australië	depr-, angst-, aanpstrns	werkloos	gem. ca 9 mnd	CGT
Miranda (2003)	RCT	1356	USA	depressieve klachten	werk: +/-	niet bekend	CGT-achtige
Christie (2008)	beschrijvend	23	GB	depressie, angstkl	werkloos	kort - > 5 jaar	CGT
Kidd (2008)	pilot	16	Canada	stemmings-, angststrns	werk/werkl		CGT
Fournier (2009)	RCT	240	Ver Staten	ernstige depressie	werk/werkl		CGT

Onderzoek (jaar)	interventie door	duur	ind/groep	graded activity	eerder werkh CGT	klachtenreductie	vragenlijsten
vd Klink (2003)						niet onderzocht	nvt
vd Klink (2001)	?	relatief kort	nvt	nvt	ja	nvt	nvt
Stenlund (2009)	psycholoog	1 jaar	groep	nee	nee	= controlegroep	SMBQ, ELSS CIS, CPRS-S-A
Blonk (2006)	AD	2-3 wkn	ind	ja en intv wrkpl	ja	= controlegroep	DASS, MBI-NL
de Vente (2008)	psycholoog	2-3 wkn	ind/groep	nee	ind/gr nee	= controlegroep	MBI-NL, CIS
Schene (2007)	occ ther	28 wkn	ind/groep	AT	ja	nee	BDI, QOS
Grime (2004)	psycholoog	8 sessies	ind	nee	niet onderzocht	ja	HADS, ASQ
Ruwaard (2007)	psycholoog	7 wkn (16)	ind	nee	niet onderzocht	ja, >contr groep	DASS-42, MBI-GS
Proudfoot (1997)	psycholoog	7 weken	groep	nee	ja	ja, >contr groep	GHQ
Mc Manus (1997)							geen
Jackson (2006)							geen
Della Posta (2006)	therapeut	2 weken	groep	nee	ja	ja, >contr groep	DASS-42, WPP
Miranda (2003)	therapeut	8-12 x	individueel	nee	blanken+, mind-	ja (CIDI)	geen
Christie (2008)	sen h c p	30 wkn/12x	individueel	nee	niet onderzocht	ja, niet gedefinieerd	geen
Kidd (2008)	psycholoog	5 x	groep	nee	niet onderzocht	niet onderzocht	geen
Fournier (2009)	psycholoog	16 wkn	individueel	nee	niet onderzocht	niet onderzocht	HRSD

worden in het UWV dossier bewaard. De overige onderzoeksgegevens van de deelnemer worden onder een code geregistreerd waardoor alléén de onderzoeker de identiteit van de deelnemer kan achterhalen. De individuele persoonsgegevens zullen nooit gerapporteerd worden in studiedocumentatie, rapporten of publicaties van dit onderzoek. De vragenlijsten zullen ook geen deel uitmaken van het UWV dossier.

**Meer informatie?**

Als u vragen heeft of meer wilt weten over het onderzoek kunt u contact met mij opnemen:

**Gieneke Jansen, arts werkzaam bij de afdeling Ziektewet-Arbo bij het UWV.**

UWV, kantoor Utrecht, telefoonnummer 030-291 2299 of 030- 291 2482.

# Onderzoek

**Leidt behandeling met**

**Cognitieve**

**Gedragstherapie tot beter**

**functioneren, minder**

**klachten en snellere**

**werkhervatting?**



### **Inleiding:**

Het UWV, kantoor Utrecht, wil samen met HSK een onderzoek gaan doen naar het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) op vermindering van klachten, verbetering in functioneren en werkhervatting. Dit wordt onderzocht bij mensen met een Ziekteverzuimtoelating die bepaalde psychische klachten hebben: namelijk bij een depressie, overspannenheid/burn-out of angstproblematiek.

HSK is een landelijke organisatie in de psychische zorg. HSK onderzoekt en behandelt mensen met psychische klachten. Van de verzekeraars bij wie u op het spreekuur bent geweest, heeft u mondeling informatie over dit onderzoek gekregen. In deze informatiefolder kunt u de informatie over het onderzoek nog eens nalezen.

### **Wat is het doel van het onderzoek?**

Onderzoeken of cliënten met een Ziekteverzuimtoelating, die behandeling met CGT gegeven door HSK ondergaan, ook sneller herstellen, beter functioneren en/of hervatten in werk dan cliënten die deze behandeling niet ondergaan. Voorafgaand aan dit grote wetenschappelijke onderzoek wordt er nu eerst een pilot onderzoek gedaan. Dit is een vooronderzoek onder een kleine groep cliënten, wat leidt tot aanbevelingen voor het grote onderzoek.

### **Wat is eigenlijk cognitieve gedragstherapie (CGT)?**

CGT wordt gegeven door een psycholoog en is een behandeling waarvan wetenschappelijk is bewezen dat het bepaalde psychische klachten doet verminderen. Deze therapie werkt goed bij klachten veroorzaakt door depressie, overspannenheid/burn-out en

angstproblematiek. In het kader van dit onderzoek wordt CGT gegeven door HSK. Bij CGT leert u bijvoorbeeld door het uitvoeren van opdrachten dat u anders kunt leren denken en/of doen. Hierdoor kunnen uw klachten afnemen, u kunt zich beter gaan voelen, en waarschijnlijk ook beter gaan functioneren.

### **Wat houdt het in?**

Voor de duidelijkheid: de behandeling die u zult ondergaan is een bewezen effectieve behandeling voor de klachten die u heeft. Wat onderzocht wordt is of de behandeling ook leidt tot verbetering in functioneren, afname van klachten en snellere werkhervatting. Dit wordt onderzocht door middel van een vragenlijst die voor- en na de behandeling wordt ingevuld.

### **Wat wordt er van mij verwacht?**

Als u besloten heeft om deel te nemen aan het onderzoek, vult u voor de eerste keer de vragenlijst in. Dit gebeurt na afloop van het eerste spreekuur bij de arts van het UWV. Dit kost ongeveer 10 minuten. U krijgt tevens een brief mee die uw huisarts informeert over uw deelname aan het onderzoek. De arts van het UWV verwijst u voor een intakegesprek naar de psycholoog bij HSK, die daarvan een verslag maakt. Als u dit goed vindt gaat dit verslag naar de arts van het UWV en naar uw huisarts. De psycholoog van HSK benadert uw huisarts voor verwijzing. Dit om vergoeding door uw zorgverzekering te regelen. Houd wel rekening met het jaarlijkse eigen risico voor behandelkosten zoals deze door uw zorgverzekering in rekening kan worden gebracht als u dit nog niet eerder heeft opgebruikt. Na verwijzing kan de behandeling starten. De behandeling duurt maximaal 26 weken.

De arts van het UWV wordt door HSK over de voortgang van de behandeling geïnformeerd. Zo wordt bepaald op welk moment door UWV kan worden gestart met re-integratie-activiteiten. U wordt dan opnieuw opgeroepen door het UWV. Na afloop van de behandeling vult u voor de tweede keer de vragenlijst in op het spreekuur van de arts van het UWV.

### **Wat levert het op?**

Het meedoen aan het onderzoek heeft voor u als voordeel dat u zonder wachtlijst aan behandeling door een psycholoog kunt beginnen. Omdat het een wetenschappelijk bewezen werkzame behandeling is voor de klachten die u heeft, is de verwachting dat uw klachten hierdoor zullen afnemen en dat uw functioneren hierdoor verbetert.

### **Wel of niet meedoen?**

Uiteraard is deelname geheel vrijwillig. Uw besluit wel of niet deel te nemen aan dit onderzoek heeft geen enkel gevolg voor de beoordeling door het UWV of uw eventuele uitkeringsrecht. Als u besluit mee te doen, vult u een toestemmingsformulier in tijdens het eerste spreekuur bij de arts van het UWV.

### **En als ik tussendoor wil stoppen?**

Te allen tijde en zonder nadelige gevolgen kunt u zich uit het onderzoek terugtrekken. Voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid heeft het geen enkel gevolg als u zich terugtrekt uit het onderzoek.

### **Hoe staat het met mijn privacy?**

Alle onderzoeksgegevens zijn alleen door de arts van het UWV en de onderzoeker en haar begeleiders in te zien. Uw medische gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. Alleen uw medische gegevens betreffende de verwijzing en behandeling

**Datum**

oktober – december 2008

**Bijlage**

Informatiefolder

**Onderwerp**

verzoek tot meewerken aan onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

U heeft zich arbeidsongeschikt gemeld en een Ziektewetuitkering aangevraagd.

U krijgt deze brief, omdat uw arbeidsongeschiktheid mogelijk het gevolg is van psychische klachten.

Sommige psychische klachten kunnen verbeteren door cognitieve gedragstherapie (CGT).

Ik wil onderzoeken of CGT ook leidt tot beter functioneren in het dagelijkse leven en tot snellere werkhervatting.

**Wie kan er meedoen**

Als tijdens het spreekuur blijkt dat u bepaalde psychische klachten heeft, hebt u mogelijk baat bij deze behandeling (CGT). De arts zal u daar verder uitleg over geven en u vragen of u mee wilt werken aan dit onderzoek.

**Wat wordt er van u verwacht**

Als u besluit om mee te doen wordt u verwezen naar een psycholoog bij psychologenbureau HSK. HSK is een landelijke organisatie in de psychische zorg. HSK onderzoekt en behandelt mensen met psychische klachten.

Voor deze behandeling is geen wachtlijst. De behandeling duurt maximaal een half jaar.

De arts van het UWV zal u vragen om twee keer een vragenlijst in te vullen. Dit duurt ongeveer 10 minuten per keer. De eerste vragenlijst vult u in na afloop van het eerste spreekuur, en de tweede na afloop van de behandeling.

**Wel of niet meedoen**

Uiteraard is deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig. Of u wel of niet deelneemt, heeft geen enkele invloed op uw uitkering.

Indien u in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek én mee wilt doen, krijgt u meer informatie op het spreekuur. Als u nu alvast meer wilt lezen over het onderzoek verwijs ik u naar bijgevoegde informatiefolder.

Bedankt voor het lezen van deze brief.

Met vriendelijke groet,

Drs. Gieneke Jansen, arts/onderzoeker

**Onderzoek psychische klachten en behandeling met cognitieve gedragstherapie**

**TOESTEMMINGSFORMULIER (INFORMED CONSENT)**

Ik verklaar hierbij dat ik op voor mij duidelijke wijze mondeling en schriftelijk ben geïnformeerd over de aard, doel en methode van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord, ik heb de schriftelijke informatie behorend bij het onderzoek en deze verklaring ontvangen.

Ik stem toe/ben op de hoogte dat de gegevens uit de bij UWV ingevulde vragenlijsten alsmede mijn medische gegevens in het kader van dit onderzoek strikt vertrouwelijk en alleen geanonimiseerd in de onderzoeksresultaten worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik weet dat ik op elk moment mijn toestemming weer in kan trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven.

Naam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:



# Onderzoek

**Leidt behandeling met Cognitieve Gedragstherapie tot  
beter functioneren, minder klachten en snellere  
werkhervatting?**

## Vragenlijst

**Lees voordat u met het invullen van de vragenlijst begint deze bladzijde  
rustig door.**

- **Deze vragenlijst bestaat uit drie delen. Wilt u alle drie delen invullen?  
Dit kost u ongeveer 10 minuten.**
- **Wilt u bij deel 1 en 2 bij elke vraag een kruisje in het vierkantje  
zetten bij de keuze die op u van toepassing is?**
- **Deel III bestaat uit één vraag: bij deze vraag kunt u uw keuze  
duidelijk maken door het cijfer te omcirkelen.**

**Dank u dat u meedoet aan het onderzoek!**

**Als u klaar bent, wilt u de vragenlijst in de enveloppe doen en bij de balie  
bij de ingang afgeven?**

## Deel I

### De Remoralisatieschaal<sup>v</sup>

Deze vragenlijst gaat over uw zelfbeleving. Wilt u telkens aangeven in welke mate u het eens bent met de uitspraak, door het hokje van uw keuze aan te kruisen.

Geef aan hoe u er op dit moment over denkt. Denk niet te lang na over uw antwoord; uw eerste reactie is meestal de beste. Er bestaan geen foute antwoorden.

Wanneer u de indruk heeft dat uw antwoord niet bij de antwoordcategorieën staat, kies dan het hokje dat uw antwoord het best benadert. U mag per vraag slechts één hokje aankruisen.

#### 1. Ik kan mijn gedachten goed ordenen.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 2. Onverwachte problemen brengen mij snel uit mijn evenwicht.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 3. Ik heb de regie over mijn leven.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 4. Ik heb meestal vertrouwen in de beslissingen die ik neem.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 5. Ik voel me ontspannen.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 6. Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

#### 7. Ik heb zin in het leven.

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

---

<sup>v</sup> Mw. W. Vissers, Afdeling Klinische Psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen

**8. Op dit moment vind ik mezelf redelijk succesvol.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**9. Ik sta positief tegenover mijzelf.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**10. Op het ogenblik lukt het me de dingen te realiseren die ik mezelf tot doel heb gesteld.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**11. Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**12. Ook bij onplezierige taken houd ik vol totdat ik klaar ben.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**13. In vergelijking met anderen vind ik mijzelf even waardevol.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**14. Ik ben in het algemeen optimistisch over de toekomst.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**15. Ik kan momenteel tal van manieren bedenken om mijn doelen te bereiken.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**16. Ik voel me opgewekt en vrolijk.**

helemaal mee oneens      grotendeels mee oneens      grotendeels mee eens      helemaal mee eens

**Heeft u alle vragen beantwoord?**

**Ga dan door met deel II**

## Deel II

### RAND-36<sup>vi</sup>

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.

Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

**1** Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| uitstekend | <input type="checkbox"/> |
| zeer goed  | <input type="checkbox"/> |
| goed       | <input type="checkbox"/> |
| matig      | <input type="checkbox"/> |
| slecht     | <input type="checkbox"/> |

**2** *In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| veel beter dan een jaar geleden         | <input type="checkbox"/> |
| iets beter dan een jaar geleden         | <input type="checkbox"/> |
| ongeveer hetzelfde als een jaar geleden | <input type="checkbox"/> |
| iets slechter dan een jaar geleden      | <input type="checkbox"/> |
| veel slechter dan een jaar geleden      | <input type="checkbox"/> |

---

<sup>vi</sup> ©1993 Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen. Deze lijst betreft een Nederlandse vertaling van de RAND 36-item health survey 1.0 (RAND, 1992)

**3** Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- |  | <b>ja</b>                | <b>nee</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4** In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| <b>helemaal niet</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>enigszins</b>     | <input type="checkbox"/> |
| <b>nogal</b>         | <input type="checkbox"/> |
| <b>veel</b>          | <input type="checkbox"/> |
| <b>heel erg veel</b> | <input type="checkbox"/> |

- 5 Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende *de afgelopen 4 weken*:

	voort- durend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a) voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) voelde u zich erg zenuwachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) voelde u zich kalm en rustig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) voelde u zich energiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6** *Hoe vaak* hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende *de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| voortdurend | <input type="checkbox"/> |
| meestal     | <input type="checkbox"/> |
| soms        | <input type="checkbox"/> |
| zelden      | <input type="checkbox"/> |
| nooit       | <input type="checkbox"/> |

**7** Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

- |   | volkomen<br>juist        | grotendeels<br>juist     | weet<br>ik niet          | grotendeels<br>onjuist   | volkomen<br>onjuist      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Mijn gezondheid is uitstekend                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heeft u vraag 1 tot en met 7 ingevuld? Zo ja, ga dan door naar deel III

### Deel III

Dit deel bestaat uit één vraag.

Als u aan uw werkvermogen in de beste periode van uw leven een 10 geeft, hoe beoordeelt u dan uw werkvermogen op dit moment?

Met werkvermogen wordt bedoeld in welke mate u in staat bent om te werken.

Zet een cirkel om het cijfer dat uw *werkvermogen op dit moment* aangeeft.

‘0’ betekent dat u niet in staat bent om te werken, ‘10’ betekent dat u nu in staat bent om net zo goed te werken als in uw beste periode.

Niet in staat om  
te werken

Werkvermogen in uw  
beste periode

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Einde



## BIJLAGE VI: informatiebrief voor huisarts

**Datum**

Oktober 2008 – januari 2009

**Bijlage**

informatiefolder

**Onderwerp**

verwijzing voor cognitieve gedragstherapie

Aan de huisarts van de heer/mevrouw:

Uw patiënt ontvangt een Ziektewetuitkering wegens psychische klachten ten gevolge van één van de volgende ziektebeelden: depressie, overspannenheid/burn-out of een angststoornis.

In het kader van een pilot onderzoek dat wordt verricht naar het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) op verbetering in het functioneren, klachtenreductie en werkhervatting, werd uw patiënt door de arts van het UWV verwezen naar HSK voor een intakegesprek. HSK is een landelijke organisatie in de psychische zorg. HSK onderzoekt en behandelt mensen met psychische klachten.

Indien bij de intake blijkt dat inderdaad sprake is van (één van de) genoemde ziektebeelden én cognitieve gedragstherapie een geschikte behandeling is, zult u binnenkort door HSK benaderd worden i.v.m. een verwijzing voor deze behandeling.

Met toestemming van uw patiënt zult u tevens een kopie van het intakeverslag ontvangen.

Indien u meer over het onderzoek wilt weten, kunt u dit in de bijlage lezen.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Met vriendelijke groet,

Drs. Gieneke Jansen, arts/onderzoeker

# Enquête

Aan: verwijzende collegae afdeling ZW-Arbo

Van: Gieneke Jansen

CC:

Datum: 21 november 2011

Betreft: Enquete

---

**Beste Collega's,**

**Enige tijd geleden hebben jullie mij geholpen met het verzamelen van cliënten voor mijn pilot-onderzoek. Hiervoor nogmaals mijn dank.**

**In het kader hiervan heb ik, ter lering voor het grote onderzoek, nog een paar vragen. Het verzoek is of jullie deze willen beantwoorden. Alvast mijn dank hiervoor.**

**Ik voeg** nog even een kopie toe van de informatie die ik destijds aan jullie heb gegeven.

Vragen:

1. Was mijn instructie voor wat betreft welke cliënten voor inclusie in het onderzoek in aanmerking kwamen eenduidig t.a.v. de volgende aspecten: **(juiste antwoord omcirkelen)**

**a. Selectie op het eerste spreekuur van de VA: JA / NEE**

**b. Diagnose: JA / NEE**

**c. Maximale duur AO tot aan 1<sup>e</sup> spreekuur: JA / NEE**

2. Was de te volgen procedure duidelijk voor wat betreft het verwijzen van een geschikte kandidaat via mij naar HSK? **(juiste antwoord omcirkelen en bij optie NEE aangeven waarom niet)**

**JA**

**Zo NEE, waarom niet?**

3. Waren de exclusiecriteria eenduidig? **((juiste antwoord omcirkelen en bij optie NEE aangeven waarom niet)**

**JA**

**Zo NEE, waarom niet?**

4. Liep de afhandeling na verwijzing naar mij (overname van het dossier door mij) soepel, of had het beter anders gekund? **(juiste antwoord omcirkelen en bij optie NEE aangeven waarom niet)**

**JA, het verliep soepel**

**NEE, het verliep niet soepel, omdat?**

5. Hoeveel extra tijd per dossier kostte de verwijzing voor inclusie in het onderzoek, in vergelijking met het anders gevolgde beleid?

6. Niet alle cliënten die naar mij werden verwezen (voor inclusie in het onderzoek, en verwijzing naar HSK), voldeden aan de inclusiecriteria (B.v.: cliënt verscheen op een vervolgspreekuur i.p.v. het eerste spreekuur, of cliënt was al onder behandeling van een psycholoog). Ben je bewust afgeweken van de inclusiecriteria? **((juiste antwoord omcirkelen en bij optie JA aangeven waarom wel))**

**NEE**

**Zo JA, wat was de reden daarvan?**

**Bedankt voor het invullen van de vragen!**

**Gieneke Jansen**

## BIJLAGE VIII: enquête niet verwijzers

**Van:** Jansen, Gieneke (G.)  
**Verzonden:** vrijdag 28 augustus 2009 12:37  
**Aan:** Niet verwijzende collega's afdeling ZW-Arbo  
**Onderwerp:** 1 vraagje t.b.v. mijn onderzoekje

Beste collega's,

Een tijd geleden heb ik aan alle VA-en van de afdeling ZW-Arbo gevraagd om potentiële cliënten voor mijn pilot- onderzoek naar mij te verwijzen. Inmiddels heb ik genoeg cliënten bij elkaar, en loopt het onderzoek.

Omdat ik ook aanbevelingen t.b.v. het grote onderzoek ga doen, ben ik geïnteresseerd in de reden(en) waarom je niemand naar mij hebt verwezen.

Hieronder heb ik een paar mogelijke redenen opgesomd, maar je kunt ook zelf een of meerdere redenen toevoegen. Je kunt achter opties 1 t/m 5 een kruisje zetten als het van toepassing is, en optie 6 kun je zelf invullen.

**Ik heb geen cliënten voor het UWV-HSK verwezen omdat:**

1. ik heb geen geschikte kandidaten op mijn spreekuur gezien
2. het mij uit de mondelinge en schriftelijke informatie niet duidelijk was welke kandidaten voor het onderzoek in aanmerking kwamen
3. ik vergeten ben potentieel geschikte cliënten te identificeren en te verwijzen
4. de procedure omtrent de verwijzing naar HSK mij niet duidelijk was
5. ik dacht dat verwijzen mij teveel tijd zou kosten
- 6.

Ik stel het zeer op prijs als jullie mijn vraag willen beantwoorden!

Met vriendelijke groet,

## BIJLAGE IX: Overzicht vergelijking gestelde diagnoses door VA-UWV versus psycholoog- HSK

#	VA-UWV Diagnose	HSK Diagnose	idem
1	aanpassingsstoornis	sociale angststoornis eetstoornis NAO	-
2	angststoornis depressieve stoornis, deels in remissie	paniekstoornis met agorafobie gegeneraliseerde angststoornis	+
3	spanningsklachten/ somatisering	aanpassingsstoornis met angst, chronisch levensfaseproblematiek	+
4	PTSS depressie	PTSS ongedifferentieerde somatoforme stoornis	+
5	aanpassingsstoornis	depressieve stoornis, eenmalige episode, matig ernstig , zonder psychotische kenmerken	+
6	aanpassingsstoornis DD depressie spinocellulair CA	depressieve stoornis, recidiverend, matig ernstig	+
7	angststoornis geen 1 <sup>e</sup> su blaasCA	hypochondrie specifieke fobie	+
8	aanpassingsstoornis, DD depressie, geen 1 <sup>e</sup> su	aanpassingsstoornis met depressieve stemming	+
9	aanpassingsstoornis status na MI, slechthorendheid	depressieve stoornis, matig ernstig, chronisch alcoholafhankelijkheid	+
10	depressie DD aanpassingsstoornis ADHD	depressieve stoornis, recidiverend, mild vermoeden ADHD	+
11	depressie angststoornis	depressieve stoornis, recidiverend, ernstig paniekstoornis met agorafobie	+
12	depressie, geen 1 <sup>e</sup> su visusdaling OD bloeding, ablatio retinae)	depressieve stoornis, matig	+
13	aanpassingsstoornis, DD depressie angststoornis	paniekstoornis met agorafobie PTSS, deels in remissie	+
14	PTSS	aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming PTSS	+
15	aanpassingsstoornis	Aanpassingsstoornis, chronisch	+
16	aanpassingsstoornis	PTSS depressieve stoornis, eenmalige episode, matig van ernst	-
17	aanpassingsstoornis	aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming	+
18	aanpassingsstoornis	depressieve stoornis, met vitale kenmerken gegeneraliseerde angststoornis	+
19	depressie	depressieve episode, eenmalig, ernstig PTSS	+

### Afvallers

1	aanpassingsstoornis met angstkenmerken	depressieve stoornis, recidiverend, ernstig uitgestelde diagnose op as II	-
2	aanpassingsstoornis	ongedifferentieerde somatoforme stoornis	-
3	angst en stemmingsklachten	alcoholafhankelijkheid	+
4	Depressie, DD aanpassingsstoornis (uitval 3 wkn na H)	aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken paniekstoornis met agorafobie NB op verzoek van cliënt behandeling bij HSK Amersfoort	+
5	angststoornis	Ziet af van intake en behandeling	n.v.t.
6	aanpassingsstoornis	alcoholafhankelijkheid zonder fysiologische afhankelijkheid misbruik van alcohol	+
7	aanpassingsstoornis	As I, uitgestelde diagnose (vermoeden ADHD) As II, uitgestelde diagnose (aanwijzingen voor borderline persoonlijkheidsstoornis)	-

Diagnose komt overeen indien:

- Één van de diagnoses, gesteld door de VA, overeenkomt met één van de diagnoses van de psycholoog, waarbij dit één van de drie te includeren diagnoses betreft (aanpassingsstoornis, depressie, angststoornis)
- Spanningsklachten worden beschouwd als een vorm van aanpassingsstoornis, en derhalve als dezelfde diagnose (3)
- Als de VA in de DD dezelfde diagnose als de door HSK genoemde diagnose noemt, wordt dit ook als dezelfde diagnose beschouwd.

Naar aanleiding van overleg met Jorieke Wolterink, GGZ-psycholoog HSK op 17/11/2009:

- Een aanpassingsstoornis en een depressie die licht tot matig van ernst is, kan als overeenkomend worden beschouwd gezien de vergelijkbare klachten/klachtenpresentatie. Op basis van de MINI maakt de psycholoog hier onderscheid in. Factoren als familiair voorkomen (depressie), 's ochtends meer klachten dan 's avonds (depressie), of juist meer klachten in de loop van de dag (aanpassingsstoornis/burn out) helpen bij dit onderscheid maken.
- Alcoholafhankelijkheid: ook hierbij is zonder een uitgebreid gestructureerd interview vaak sprake van overeenkomstige klachten met een angststoornis of depressie.
- Andere verklarende factor: DSM-IV past niet naadloos op de door UWV gebruikte diagnose codes (CAS).

Conclusie: 4 van de 25 afwijkend: 16% komt niet overeen

BIJLAGE X: kruistabellen herstelmeldingen interventiegroep en vergelijkingsgroep op T = 3, 6, 12 maanden en lopende bestand

		herstel na 3 mnd		
		nee	ja	Totaal
groep	interventie	18	0	18
		100,0%	,0%	100,0%
vergelij- kingsgroep	vergelij- kingsgroep	473	30	503
		94,0%	6,0%	100,0%
Totaal		491	30	521
		94,2%	5,8%	100,0%

		Herstel na 6 mnd		
		nee	ja	Totaal
groep	interventie	18	0	18
		100,0%	,0%	100,0%
vergelij- kingsgroep	vergelij- kingsgroep	433	70	503
		86,1%	13,9%	100,0%
Totaal		451	70	521
		86,6%	13,4%	100,0%

	V	P-waarde
Cramer's V	,047	,286

	V	P-waarde
Cramer's V	,075	,089

		Herstel na 12 mnd		
		nee	ja	Totaal
groep	interventie	18	0	18
		100,0%	,0%	100,0%
vergelij- kingsgroep	vergelij- kingsgroep	372	131	503
		74,0%	26,0%	100,0%
Totaal		390	131	521
		74,9%	25,1%	100,0%

		lopend		
		nee	ja	Totaal
groep	interventie	3	15	18
		16,7%	83,3%	100,0%
vergelij- kingsgroep	vergelij- kingsgroep	121	382	503
		24,1%	75,9%	100,0%
Totaal		124	397	521
		23,8%	76,2%	100,0%

	V	P-waarde
Cramer's V	,110	,012

	V	P-waarde
Cramer's V	,032	,469

BIJLAGE XI: tabellen T-toetsen en vershilscores van RS, RAND, Arbeidsvermogen en SCL-90

Tabel . T-Test, RS

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	RSschaal voormeting	21,83	18	5,491	1,294
	RSschaal nameting	25,78	18	6,992	1,648

	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
RSschaal voormeting - RSschaal nameting	-3,944	5,651	-2,961	17	,009

Tabel . RS vershilscore na-voor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-6	2	11,1	11,1	11,1
	-1	1	5,6	5,6	16,7
	0	2	11,1	11,1	27,8
	2	3	16,7	16,7	44,4
	4	3	16,7	16,7	61,1
	5	1	5,6	5,6	66,7
	7	2	11,1	11,1	77,8
	10	1	5,6	5,6	83,3
	11	2	11,1	11,1	94,4
	15	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

T-Test, RAND

		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	rand nameting	62,22	18	3,949
	rand voormeting	61,33	18	3,678



		Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	rand nameting - rand voormeting	,889	4,613	,817	17	,425

verschilscore RAND

**randverschil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-7	1	5,6	5,6	5,6
	-5	1	5,6	5,6	11,1
	-3	1	5,6	5,6	16,7
	-2	3	16,7	16,7	33,3
	-1	2	11,1	11,1	44,4
	0	2	11,1	11,1	55,6
	1	2	11,1	11,1	66,7
	3	1	5,6	5,6	72,2
	5	3	16,7	16,7	88,9
	7	1	5,6	5,6	94,4
	12	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

T-toets arbeidsvermogen voor- en nameting

**T-Test Paired Samples Test**

		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	arbverma	2,11	18	1,997
	Arbverb	3,50	18	2,662

	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
arbverma - arbverb	-1,389	3,090	-1,907	17	,074

verschilscore arbeidsvermogen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -3	1	5,6	5,6	5,6
-2	1	5,6	5,6	11,1
-1	2	11,1	11,1	22,2
0	4	22,2	22,2	44,4
1	3	16,7	16,7	61,1
2	2	11,1	11,1	72,2
3	2	11,1	11,1	83,3
4	2	11,1	11,1	94,4
11	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

SCL-90

**T-Test**

**Paired Samples Statistics**

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 1scl90	206,78	18	56,644	13,351
2SCL90	204,22	18	60,653	14,296

	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 1scl90 - 2SCL90	2,556	42,327	,256	17	,801

scl\_verschil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-80,00	1	5,6	5,6	5,6
	-67,00	1	5,6	5,6	11,1
	-45,00	1	5,6	5,6	16,7
	-32,00	1	5,6	5,6	22,2
	-25,00	1	5,6	5,6	27,8
	-13,00	1	5,6	5,6	33,3
	-2,00	1	5,6	5,6	38,9
	,00	1	5,6	5,6	44,4
	2,00	2	11,1	11,1	55,6
	4,00	1	5,6	5,6	61,1
	15,00	1	5,6	5,6	66,7
	28,00	2	11,1	11,1	77,8
	38,00	1	5,6	5,6	83,3
	54,00	1	5,6	5,6	88,9
	69,00	1	5,6	5,6	94,4
	70,00	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

BIJLAGE XII: overzichtstabel correlaties

		Arbver A	Arbver B	SCL-90 A	SCL-90 B	RS A	RS-B	RAND A	RAND B
Arbver A	Pearson Correlation	1,000	,144	-,431	-,024	,458	-,226	,075	,220
	Sig. (2-tailed)		,569	,074	,926	,056	,368	,768	,379
	N	18,000	18	18	18	18	18	18	18
Arbver B	Pearson Correlation			-,465	-,543*	,461	,518*	,324	,201
	Sig. (2-tailed)			,052	,020	,054	,028	,189	,423
	N			18	18	18	18	18	18
SCL-90 A	Pearson Correlation				,742**	-,148	-,019	-,525*	-,067
	Sig. (2-tailed)				,000	,558	,940	,025	,791
	N				18	18	18	18	18
SCL-90 B	Pearson Correlation					-,138	-,397	-,563*	-,260
	Sig. (2-tailed)					,586	,102	,015	,297
	N					18	18	18	18
RS A	Pearson Correlation						,613**	-,306	,132
	Sig. (2-tailed)						,007	,217	,602
	N						18	18	18
RS B	Pearson Correlation							-,166	-,166
	Sig. (2-tailed)							,510	,509
	N							18	18
RAND A	Pearson Correlation								,270
	Sig. (2-tailed)								,279
	N								18
RAND B	Pearson Correlation								1,000
	Sig. (2-tailed)								
	N								18

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

A = voormeting

B = nameting