

# Behandelprogramma voor psychische arbeidsgerelateerde klachten: werknemers in dienstverband versus UWV-vangnetters

Y. MEESTERS, E.H. HORWITZ, C.J.M. VAN VELZEN

**ACHTERGROND** Mensen zonder betaald werk en met een Ziektewetuitkering via het UWV ('vangnetters') namen deel aan een deeltijdprogramma voor mensen met psychische arbeidsgerelateerde klachten, evenals mensen in de Ziektewet met een dienstverband bij een werkgever, die op reguliere wijze werden verwezen naar het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP).

**DOEL** Beide groepen vergelijken op aanvangsklachten en behandelresultaten.

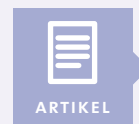
**METHODE** Een retrospectieve exploratieve studie op basis van het vergelijken van begin- en follow-upvragenlijstmetingen die gedurende 11 jaar verzameld zijn.

**RESULTATEN** De UWV-groep (n = 111) maakte bij de aanvang van het behandelprogramma langer gebruik van de Ziektewet, had ernstigere aanvangsklachten en enkele andere copingstrategieën dan de UCP-groep (n = 254). Een jaar na het programma was van de UWV-groep 61% en de UCP-groep 83% in een betaalde baan aan het werk. Mensen die na een jaar niet betaald werkten, hadden bij het begin van het traject al meer klachten dan mensen die wel weer werkten. De lengte van de Ziektewetperiode was geen beperkende factor voor werkhervatting.

**CONCLUSIE** Verschillen in klachten en copingstrategieën bij het begin van het behandeltraject leidden niet echt tot verschillen in perspectief op werkhervatting. Samenwerking met het UWV leidde ook voor de vangnetters tot goede behandelresultaten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)5, 340-350

**TREFWOORDEN** arbeidsgerelateerde psychische klachten, behandelprogramma, UWV, vangnetter, werkhervatting



ARTIKEL



In 2001 startte het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het Universitair Medisch Centrum Groningen een deeltijdprogramma voor mensen met psychische arbeidsgerelateerde klachten, waarbij naast klachtenreductie daadwerkelijke re-integratie op de werkplek een essentieel doel en onderdeel van het programma was. Om dat laatste te kunnen verwezenlijken, was het nodig dat de deelnemers over een werkplek beschikten waar zij tijdens het tweede deel van het programma met daadwerkelijke re-integratie konden beginnen. Dat betekent in de praktijk

dat patiënten een dienstverband hebben en gebruikmaken van de Ziektewet.

## Vangnetters

Nu is er een aantal mensen met vergelijkbare problematiek dat geen dienstverband heeft en daardoor gebruikmaakt van de Ziektewetregelingen uitgevoerd door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Het UWV is een overheidsorgaan dat de uitvoering van de werknemersverzekeringen zoals in het kader van de

Werkloosheidwet (ww), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (wia) en de Ziektewet (zw) behartigt. Het betreft werknemers die ziek uit dienst gaan (einde dienstverband), zieke ww'ers en zieke uitzendkrachten. Omdat deze mensen vallen onder de vangnetregeling van de Ziektewet worden zij 'vangnetters' genoemd. Deze vangnetters konden aanvankelijk vanwege het ontbreken van de daadwerkelijke mogelijkheid tot re-integreren niet deelnemen aan het programma.

Uit een al wat oudere studie bleek dat mensen zonder baan met ziekteverlof langer buiten beeld bleven bij re-integratietrajecten dan mensen met een baan, wat als ongewenst werd beschouwd (Selander e.a. 1998). In overleg met het uvw werd daarom een mogelijkheid gecreëerd waarbij een door het uvw gefinancierde arbeidsdeskundige een relevante werkervaringsplek zoekt. Dit om deze patiënten de mogelijkheid te bieden te oefenen met het re-integreren in een arbeidssituatie die voor betrokkene relevant en geloofwaardig is. Sinds 2004 bestaat een samenwerkingsverband met het uvw (Meesters e.a. 2015), waarbij het uvw voor verwijzingen zorgt en de door hen gefinancierde arbeidsdeskundige een actieve rol binnen het programma heeft. Sindsdien heeft een groot aantal via het uvw verwezen patiënten deelgenomen aan het programma.

### Verschillen in re-integratie

Recente studies laten zien dat zelfs onverwachte verschillen in patiëntkarakteristieken invloed kunnen hebben op de mate van het re-integreren in werk na een ziekteperiode. Fins sprekende mensen in Finland blijken 3 jaar later vaker werkloos te zijn dan de Zweeds sprekende populatie (Reini & Saarela 2019). Mensen bij wie gestart werd met het voorschrijven van antidepressiva bleken vaker langer arbeid te verzuimen, zeker als ze in de voorgeschiedenis al meerdere periodes van verzuim hadden meegemaakt, vergeleken met de periode voor het medicatiegebruik (Gasse e.a. 2013). Dit laatste lijkt een voor de hand liggende constatering, terwijl dat niet het geval is met de Finse studie. Rijnsburger (2017) beschrijft in zijn studie naar de werkhervatting van langdurig zieke vangnetters dat mensen die langer dan 9 maanden in de Ziektewet zaten minder goede vooruitzichten hadden op werkhervatting.

### Onderzoeksvragen

Omdat we in de klinische praktijk twee groepen behandelen met een duidelijk verschillend verwijspatroon, waarbij de ene groep niet de mogelijkheid had terug te keren in een bestaande werkkring, gaf dat de mogelijkheid die verschillen bij het begin en na de behandeling nader te beschouwen. Wij vroegen ons of er behalve een verschil in het wel of niet hebben van een dienstverband meer verschillen zijn tussen de door het uvw verwezen groep en de via een bedrijfs-

## AUTEURS

**YBE MEESTERS**, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, en UMCG Centrum voor Revalidatie, Beatrixoord Arbeid, Haren.

**ERNST H. HORWITZ**, psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, GGZ Friesland, Leeuwarden.

**CAROL J.M. VAN VELZEN**, klinisch psycholoog/psychotherapeut Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Y. Meesters, UCP/UMCG, Postbus 30 001, 9700 RB Groningen.  
E-mail: y.meesters@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-11-2019.

arts, huisarts of anderszins verwezen groep die nog een aanstelling heeft bij een werkgever. Zijn die verschillen al bij de start van het programma aanwezig? En maakt deze uitgangspositie uit voor het behandelresultaat? Verschillen de mensen die na een jaar weer op loonbasis aan het werk zijn op eigenschappen zoals die bij het begin van het programma gemeten worden van mensen bij wie dat niet is gelukt? En maakt het daarbij uit of men regulier verwezen is of door het uvw? Maakt de lengte van de Ziektewetperiode uit voor het behandelresultaat op langere termijn en verschilt dat voor beide groepen?

Dat zijn de vragen waarop wij met deze retrospectieve exploratieve studie een antwoord hopen te geven.

## METHODE

### Programma

Het programma beslaat 9 hele dagen in een tijdsperiode van 13 weken en wordt 5-8 keer per jaar aangeboden. Het is opgebouwd uit 2 behandelblokken van 4 weken met wekelijks 1 therapiedag. Tussen deze 2 blokken zit een periode van 4 weken waarin individuele aandacht is voor de re-integratie/start op de werkervaringsplek. Na het 2de behandelblok van 4 weken volgt na 4 weken nog een opfrisdag. Het programma is geprotocolleerd en wordt aangeboden aan gesloten groepen van 5-8 deelnemers door een multidisciplinair team (klinisch psychologen, beeldende therapeut, psychomotorische therapeut, trajectbegeleiders, verpleegkundige/gedragstherapeutisch werkende, psychiater in opleiding en arbeidsdeskundige).

Voorafgaand aan het programma vindt individuele psychologische en psychiatrische diagnostiek plaats, evenals een uitgebreide individuele arbeidsanamnese. De arbeidsanamnese wordt afgenomen door de arbeidsdeskundige/trajectbegeleider van het UCP voor de regulier verwezen mensen en voor de UWV-groep gebeurt dat samen met de door de UWV gefinancierde externe arbeidsdeskundige.

Op de therapiedagen ligt het accent op cognitieve gedragstherapie. Onderdelen zoals stressmanagement, timemanagement, cognitieve therapie, problem-solvingtraining, conflicthantering en een onderdeel waarbij de deelnemers zicht kunnen verkrijgen op eigen interpersoonlijke copingstrategieën, worden afgewisseld met de non-verbale therapievormen psychomotorische therapie en beeldende therapie. In alle onderdelen kunnen deelnemers zicht krijgen op eigen copingstrategieën in arbeidsgelateerde situaties. Negatieve irrationele gedachten die nogal bepalend kunnen zijn voor het arbeidsgedrag en de arbeidssatisfactie worden opgespoord en veelal door meer rationele gedachten vervangen.

Tevens worden vaardigheden aangeleerd waardoor deelnemers zich mogelijk weerbaarder binnen de arbeidssituatie kunnen manifesteren. De eerste signalen waaraan men merkt dat er weer klachten ontstaan, worden tijdens het behandelprogramma in de groep opgespoord en verwerkt in een individueel recidiefpreventieplan. Binnen het programma wordt door de deelnemers veel geoefend via rollenspelen, ondersteund door videoregistraties. Het programma is elders uitgebreid beschreven (Meesters & Van Velzen 2010; Meesters e.a. 2012).

In overleg met de door het UWV verwezen deelnemers wordt er voor hen een werkervaringsplek gezocht passend bij hun interesse, opleiding en vaardigheden. De werkervaringsplek biedt in principe werk aan dat betrokkene ook betaald zou kunnen verrichten indien daarvoor een vacature beschikbaar was. Voor het vinden van en de begeleiding op de werkervaringsplek wordt gebruikgemaakt van een door het UWV gefinancierd commercieel bedrijf. De arbeidsdeskundige van dit bedrijf werkt vanuit dezelfde kaders en principes en participeert in de programmaonderdelen gericht op arbeidsre-integratie (Meesters e.a. 2015).

### Procedure

Dit retrospectieve onderzoek werd verricht bij alle patiënten die gestart waren met het programma in de periode 2004-2016. Er waren 3 meetmomenten: voorafgaande bij de start van het programma (voormeting), bij het afsluiten van het programma en een jaar later. Patiënten werden verwezen omdat zij vanwege ernstige psychische problemen waren uitgevallen of dreigden uit te vallen op hun werk. Omdat dit het reguliere verwijsaanbod van het UCP

betrof, wordt die groep in het vervolg als zodanig aangeduid (UCP). De mensen verwezen door UWV-artsen hadden geen dienstverband, maar wel vergelijkbare problematiek die in een vorige werkkring al tot uiting kwam of aanleiding was voor het niet verlengen van het dienstverband.

### Deelnemers

Patiënten werden veelal verwezen met ernstige burn-outklachten ofwel werkgerelateerde ongedifferentieerde somatoforme stoornissen (overigens vielen burn-outklachten na 1-1-2012 niet meer onder de vergoede ggz-zorg), ernstige werkgerelateerde stress zich uitend o.a. in angst en/of slaapproblematiek en uitputtingsverschijnselen, waardoor het goed functioneren in werk niet meer mogelijk was. Hoewel in sommige gevallen de arbeidsomstandigheden zeker een rol gespeeld konden hebben bij het in stand houden of verergeren van de klachten, was dat niet de oorzaak voor het ontstaan daarvan.

Naast burn-out en stressgerelateerde problematiek werd veelvuldig een psychiatrische DSM-IV-diagnose (American Psychiatric Association 1994) gesteld door een psychiater of klinisch psycholoog aan de hand van een gestandaardiseerd en gestructureerd interview, het *Mimi-International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan e.a. 1998).

### Gebruikte vragenlijsten

Bij de start werden psychologische vragenlijsten via een computerprogramma afgenomen ter screening en beschrijving van de populatie, voor diagnostiek en voor het meten van behandelresultaten. Daarnaast werd bijgehouden hoeveel uren men aan het eind van het programma en na een jaar aan het werk was, zowel loonvormend als op vrijwillige/therapeutische basis. Tevens werd een onderscheid gemaakt tussen mensen die korter dan wel langer dan 9 maanden in de Ziektewet zaten.

Bij de keuze van de meetinstrumenten keken we of de instrumenten psychische klachten, sociale vaardigheden, copingstrategieën en kwaliteit van leven konden meten naast persoonlijkheidseigenschappen.

- De *Symptom CheckList-90*, herziene versie (SCL-90-R; Derogatis 1977; Arrindel & Ettema 2003) is een generieke zelfbeoordelvragenlijst die psychologische stress en psychiatrische symptomen meet en die naast een totaalscore (psychoneuroticisme) 8 subschalen bevat: agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen.
- De *Beck Depression Inventory*, tweede editie (BDI-II-NL; Beck e.a. 1996; 2016) meet de ernst van depressieve klachten.
- De *VierDimensionele KlachtenLijst* (4DKL; Terluin & Duijsens 2002) is een veel door bedrijfsartsen gebruikte

**TABEL 1** Uitkomsten (met standaarddeviatie) van vragenlijsten op 3 meetmomenten, alsmede biografische en werkgerelateerde gegevens van de UCP- en UWV-groep

	Voormeting UCP (n = 254)	Voormeting UWV (n = 111)	p	Nameting UCP (n = 219)	Nameting UWV (n = 90)	p	Follow- upmeting UCP (n = 185)	Follow- upmeting UWV (n = 62)	p
<b>Biografische gegevens</b>									
Man/vrouw	120/134	42/69							
Leeftijd, in jaren	43,24 (9,18)	41,73 (9,24)							
Ziekteperiode in weken	30,54 (26,65)	41,15 (22,0)	0,000						
Ziekteperiode > 9 maanden, in %	28,8	41,2	0,026						
<b>SCL</b>									
Agorafobie	10,15 (4,53)	10,8 (5,08)		9,01 (7,61)	10,39 (5,19)	0,002	8,12 (2,4)	9,23 (3,53)	0,016
Angst	19,36 (6,87)	21,56 (20,44)		16,02 (5,46)	18,89 (7,26)	0,001	14,44 (4,85)	16,35 (6,16)	0,043
Depressie	35,28 (11,91)	36,67 (11,19)		27,84 (10,19)	32,57 (11,2)	0,000	24,71 (9,59)	29,03 (10,78)	0,001
Somatische klachten	23,41 (7,35)	25,51 (8,35)	0,028	19,77 (6,69)	24,54 (9,06)	0,000	18,12 (6,34)	21,15 (7,87)	0,003
Insufficiëntie van denken en handelen	22,32 (7,91)	23,24 (7,69)		17,8 (6,37)	21,23 (7,73)	0,000	15,79 (6,08)	17,95 (6,95)	0,015
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	31,2 (11,17)	33,75 (12,1)	0,032	27,01 (8,56)	30,22 (9,81)	0,003	24,52 (7,52)	29,18 (9,48)	0,000
Hostiliteit	9,94 (3,16)	9,96 (3,36)	0,001	8,01 (2,43)	8,9 (3,05)	0,013	7,56 (2,16)	8,48 (3,05)	
Slaapproblemen	8,05 (3,35)	8,12 (3,32)		6,46 (2,92)	7,54 (3,07)	0,003	6,26 (8,9)	6,5 (3,34)	
Totaal of psychoneuroticisme	172,71 (48,64)	183,0 (52,89)		143,17 (41,7)	168,4 (49,51)	0,000	130,63 (37,15)	152,13 (46,86)	0,001
<b>BDI</b>	19,64 (9,36)	22,16 (10,08)	0,021	12,27 (8,7)	15,91 (9,5)	0,001	8,95 (8,18)	12,68 (9,74)	0,007
<b>4DKL</b>									
Distress	15,76 (8,08)	16,86 (3,21)		10,76 (7,78)	14,58 (8,05)	0,000	8,18 (7,37)	11,35 (8,45)	0,005
Depressie	2,78 (3,06)	2,82 (2,69)		1,56 (2,63)	2,44 (3,14)	0,004	1,21 (2,2)	2,02 (3,31)	
Angst	3,56 (4,48)	4,54 (5,21)	0,041	2,15 (3,27)	4,0 (4,86)	0,001	1,64 (3,11)	3,1 (4,66)	0,045
Somatisatie	10,35 (6,0)	12,15 (7,35)		7,82 (5,8)	11,54 (7,47)	0,000	6,74 (5,95)	9,24 (7,33)	0,017
<b>IOA-F</b>									
Totaal	106,69 (16,31)	107,95 (20,14)		114,32 (18,99)	114,9 (18,0)		117,6 (19,63)	115,66 (20,85)	
Kritiek geven	16,3 (4,98)	17,07 (5,34)		17,81 (4,8)	16,63 (4,98)		18,8 (4,99)	19,34 (4,78)	
Aandacht vragen eigen mening	17,26 (3,6)	17,82 (4,17)		18,8 (3,72)	18,81 (3,77)		19,3 (4,07)	18,68 (3,99)	
Waardering uitspreken	16,08 (2,79)	16,32 (3,14)		16,42 (2,46)	16,68 (2,48)		16,6 (2,54)	16,76 (3,68)	
Initiatief nemen tot contact	15,61 (2,93)	15,48 (3,73)		6,72 (3,17)	16,31 (3,54)		16,98 (3,5)	16,34 (3,59)	
Zelfwaardering	11,87 (3,29)	11,77 (3,41)		13,07 (3)	12,96 (3,22)		13,54 (3,35)	13,35 (3,36)	

**TABEL 1** Uitkomsten (met standaarddeviatie) van vragenlijsten op 3 meetmomenten, alsmede biografische en werkgerelateerde gegevens van de UCP- en UWV-groep (vervolg)

	Voormeting UCP (n = 254)	Voormeting UWV (n = 111)	p	Nameting UCP (n = 219)	Nameting UWV (n = 90)	p	Follow- upmeting UCP (n = 185)	Follow- upmeting UWV (n = 62)	p
<b>IOA-S</b>									
Totaal	71,46 (23,2)	76,84 (28,16)		63,52 (19,82)	68,04 (21,1)		58,1 (18,82)	63,56 (23,71)	
Kritiek geven	19,66 (6,86)	20,55 (7,24)		17,73 (5,85)	18,12 (6,31)		15,81 (5,68)	16,42 (6,08)	
Aandacht vragen voor eigen mening	13,13 (5,17)	13,43 (5,85)		11,56 (4,41)	12,08 (4,68)		10,21 (3,97)	11,06 (4,93)	
Waardering uitspreken	5,27 (3,11)	5,59 (2,78)		4,77 (1,99)	4,91 (1,31)	0,021	4,64 (1,64)	5,18 (3,0)	
Initiatief nemen tot contact	9,4 (3,74)	10,34 (4,63)		8,08 (3,19)	9,09 (3,41)	0,005	7,79 (3,18)	8,45 (3,78)	
Zelfwaardering	7,27 (6,18)	8,02 (3,75)	0,009	6,25 (2,76)	7,06 (2,87)	0,008	5,68 (2,4)	6,61 (3,05)	0,009
<b>UCL</b>									
Actief aanpakken	17,55 (3,46)	17,95 (3,4)		18,1 (3,38)	18,31 (3,34)		18,56 (3,42)	18,74 (3,5)	
Palliatieve reactie	17,48 (3,43)	18,0 (3,15)		18,18 (3,24)	18,49 (2,55)		17,56 (3,03)	18,13 (2,94)	
Vermijden, afwachten	17,06 (3,51)	16,85 (3,21)		16,5 (3,04)	16,68 (3,26)		16,19 (3,44)	16,23 (3,28)	
Sociale steun zoeken	12,73 (3,4)	12,75 (3,92)		13,89 (3,33)	13,72 (3,1)		13,85 (3,53)	14,39 (3,6)	
Passief reactiepatroon	14,23 (3,53)	14,95 (3,2)	0,036	13,01 (3,45)	13,69 (3,31)		12,08 (3,46)	12,95 (3,45)	0,042
Expressie van emoties	5,79 (1,47)	6,25 (1,69)	0,007	6,14 (1,35)	6,27 (1,35)		5,96 (1,19)	6,42 (1,44)	0,024
Geruststellende gedachten	11,44 (2,54)	11,89 (2,53)		11,88 (2,46)	12,24 (2,01)		11,61 (2,49)	12,16 (2,85)	
<b>MANSA</b>	4,85 (0,87)	4,34 (0,87)	0,000	5,08 (1,05)	4,82 (0,84)	0,022	5,52 (0,85)	5,27 (0,89)	
<b>NEO</b>									
Neuroticisme	37,25 (8,09)	39,32 (8,23)	0,026	34,12 (8,31)	37,12 (8,71)	0,004	30,82 (8,51)	34,84 (8,3)	0,002
Extraversie	36,45 (7,14)	36,44 (7,10)		37,05 (6,9)	36,68 (6,89)		37,91 (7,57)	37,66 (6,2)	
Openheid	37,46 (6,07)	38,75 (6,49)		38,84 (6,35)	39,51 (6,51)		38,31 (6,39)	40,23 (6,93)	
Altruïsme	45,02 (5,27)	43,24 (6,41)	0,017	45,34 (4,87)	43,88 (6,02)		45,57 (5,79)	44,18 (4,95)	0,043
Conscientieusheid	45,53 (6,54)	42,2 (5,19)	0,019	43,65 (6,21)	42,67 (5,86)		43,35 (7,25)	42,9 (5,23)	
<b>Werksituatie</b>									
Uren werk				16,89 (11,46)	10,77 (7,23)	0,000	26,57 (13,62)	16,97 (15,4)	0,000
Uren werk betaald				11,67 (13,49)	1,49 (5,76)	0,000	26,02 (14,23)	14,78 (15,27)	0,000
Uren werk onbetaald/ therapeutisch				5,69 (7,13)	9,42 (6,76)	0,000	0,72 (2,85)	2,19 (6,54)	

Voor afkortingen: zie tekst. Alleen p-waardes < 0,05 zijn weergegeven.

vragenlijst die psychosociale problemen meet en onderverdeeld is in 4 subschalen: distress, depressie, angst en somatisatie.

- De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA) meet sociale vaardigheden op twee manieren: de frequentie waarin sociale vaardigheden worden gebruikt in verschillende sociale situaties en de spanning die betrokkene ervaart als hij/zij in die sociale situaties die vaardigheden toepast (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 1987). Naast de twee totaalscores bevat dit instrument per hoofdgebied 5 identieke subschalen: kritiek geven, aandacht vragen voor eigen mening, waardering uitspreken voor de ander, initiatief nemen tot contact en je zelf waarderen.
- De *Utrechtse Coping Lijst* (UCL; Schreurs e.a. 1993) meet de manier waarop mensen reageren als zij geconfronteerd worden met problemen of onplezierige situaties en bevat 7 subschalen: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden/afwachten, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties, en geruststellende gedachten.
- De *Manchester Short Assessment of Quality of Life*, 12-item-versie (MANSA) is een korte vragenlijst die de kwaliteit van leven meet (Priebe e.a. 1999).
- De *NEO Persoonlijkheidsvragenlijst, Five Factor Model* (NEO-FFI; Costa & McCrae 2010; Hoekstra & de Fruyt 2014) meet een aantal persoonlijkheidstrekken: neuroticisme, openheid, extraversie, altruïsme en de mate van consciëntieusheid.

## Statistiek

Voor de vergelijking van de twee groepen per meetmoment gebruikten we een mann-whitney-U-test, voor behandel-effecten van de groepen de friedmantest en voor biografische variabelen de  $\chi^2$ -toets. Bevindingen werden significant bevonden met  $p < 0,05$ . Berekeningen werden uitgevoerd in SPSS versie 25.

## RESULTATEN

In de periode van 2004-2016 startten 365 mensen met het programma, 254 mensen verwezen via het reguliere verwijskanaal (UCP) en 111 verwezen door het UWV. Naast de werkgerelateerde ongedifferentieerde somatoforme klachten of stressgerelateerde klachten werden in de UCP-groep bij 58% en in de UWV-groep bij 65% van de deelnemers een of meerdere DSM-IV-diagnoses gesteld (geen statistisch significant verschil).

In de UCP-groep stopten 31 deelnemers (12,2%) voortijdig met de deelname aan het programma, in de UWV-groep waren dat er 20 (18%). De resultaten zijn weergegeven in

**TABEL 1.**

## Klachtreductie

Beide groepen behaalden een goed en statistisch significant resultaat op klachtreductie. Beide groepen verbeterden significant wat betrof sociale vaardigheden (IOA), alleen de UWV-groep deed dat niet op de frequentie van het uiten van waardering. Wat copingstrategieën (UCL) betrof, verbeterden beide groepen niet op palliatieve reactie en de UWV-groep niet op vermijden, expressie van emoties en geruststellend gedachtes.

Veranderingen in persoonlijkheidseigenschappen zoals gemeten door de NEO-FFI werden op twee subschalen (altruïsme en consciëntieusheid) niet waargenomen, maar verschilden niet tussen beide groepen. Op de andere subschalen was wel een significante verbetering te zien, behalve op de subschaal openheid, waarbij alleen de UCP-groep een significante verbetering liet zien.

Uit **TABEL 1** blijkt dat bij de start van het behandelprogramma de UWV-deelnemers langer in de Ziektewet zaten. UWV-deelnemers hadden bij het begin van het programma meer klachten. Zij waren depressiever en uitten meer somatische klachten (vaak stressgerelateerd), beleefden meer spanning bij het aangaan van initiatieven tot sociale contacten en reageerden ergernissen of kwaadheid en spanningen meer af dan de UCP-groep. De UWV-groep ervoer de kwaliteit van leven als geringer, scoorde hoger op neuroticisme en lager op altruïsme dan de UCP-groep.

## Betaald werk

Het behandel-effect kan aan een aantal parameters worden afgemeten: de mate van met vragenlijsten gemeten klachtenreductie, tevredenheid en kwaliteit van leven als weergegeven door de patiënt en of men een jaar na afloop van deelname aan het programma (weer) betaald werk uitvoerde en in welke mate (**TABEL 1**).

De UCP-groep had na een jaar significant vaker betaald werk (83%), waarvan de omvang overigens kan variëren, dan de UWV-groep (61%).

Als men een jaar na het programma betaald werk had, had men minder klachten. Mensen die een jaar na de afloop van het programma betaald werk hadden, verschilden al bij de start van het programma op de scores op diverse vragenlijsten die men bij de aanvang van het programma had ingevuld (voormeting), vergeleken met de mensen die een jaar na afloop van het programma geen betaald werk hadden (**TABEL 2**).

De resultaten van de beide groepen na indeling op grond van ziekteduur (korter vs. langer dan 9 maanden) staan weergegeven in **TABEL 3**. De lengte van de ziekteduur bleek geen statistisch significant effect te hebben of men wel of niet betaald werk had een jaar na afloop van deelname aan het programma. Dat gold voor zowel de UCP- als de UWV-groep. Als gekeken wordt naar het aantal uren dat men

**TABEL 2** Voormeting (met standaarddeviatie) van mensen die een jaar na afloop al dan niet betaald werk hadden; alleen resultaten op vragenlijsten met een statistisch verschil met  $p < 0,05$  zijn weergegeven

	Totaal Voormeting betaald werk (n = 187)	Totaal Voormeting niet betaald werk (n= 53)	Totaal p	UCP Voormeting betaald werk (n = 151)	UCP Voormeting niet betaald werk (n = 30)	UCP p	UWV Voormeting betaald werk (n = 36)	UWV Voormeting niet betaald werk (n = 23)	UWV p
Man/vrouw	86/101	25/28		76/75	14/16		10/26	11/12	
Leeftijd, in jaren	42,99 (9,12)	44,89 (9,0)		43,63 (9,2)	45,3 (9,5)		40,31 (8,3)	44,35 (8,7)	
Ziekteperiode, in weken	31,3 (25,87)	38,04 (24,61)		29,23 (26,2)	39,96 (28,6)		39,89 (22,7)	35,7 (19)	
Ziekteperiode > 9 mnd, in %	32,1	35,3		29,5	42,9		44,4	26,1	
MINI-diagnose, in %	61	58		58,1	53,3		72,2	65,2	
SCL somatische klachten	23,51 (7,48)	25,68 (8,69)		23,42 (7,3)	23,23 (8,1)		23,92 (8,4)	28,87 (8,6)	0,026
IOA-F-totaal	105,36 (15,51)	110,28 (16,78)		104,92 (14,2)	111,4 (16,2)	0,044	107,19 (20,3)	108,83 (17,7)	
IOA-F waardering uitspreken	15,85 (3,05)	16,85 (2,17)	0,036	15,7 (2,9)	16,8 (2,3)	0,039	16,5 (3,4)	16,91 (2,1)	
IOA-S waardering uitspreken	5,42 (2,65)	4,64 (1,23)	0,036	5,36 (2,6)	4,43 (0,9)	0,025	5,69 (3,1)	4,91 (1,6)	
UCL sociale steun zoeken	12,56 (3,54)	13,64 (3,49)		12,48 (3,4)	13,3 (3,7)		12,86 (4,1)	14,09 (3,2)	
NEO openheid	36,95 (5,94)	39,23 (5,93)	0,022	36,89 (6)	37,73 (3,7)		37,19 (6,0)	41,17 (6,3)	0,026

betaald aan het werk was, dan was dat voor de uwv-groep niet verschillend voor de mensen die kort of lang in de Ziektewet zaten, maar voor de ucp-groep wel.

## DISCUSSIE

De ucp-groep had na een jaar significant vaker betaald werk

(83%), waarvan de omvang overigens kan variëren, dan de uwv-groep (61%). Vergeleken met gerapporteerde cijfers van het uwv, 12% van de vangnetters is weer aan het werk 1,5 jaar na ziekmelding (Rijnsburger 2017), is het aantal vangnetters uit deze studie dat weer betaald aan het werk is goed te noemen.

**TABEL 3** Aantal mensen met betaald werk (met percentage van het totaal) en betaalde werkuren (SD) een jaar na afloop van deelname aan het programma voor mensen die korter vs. langer dan 9 maanden in de Ziektewet zaten bij de start van het programma per subgroep UCP en UWV

	≤ 9 maanden Ziektewet UCP (n = 121)	≤ 9 maanden Ziektewet UWV (n = 37)	> 9 maanden Ziektewet UCP (n = 56)	> 9 maanden Ziektewet UWV (n = 22)
Betaald werk, in %	105 (86,8)	17 (45,9)	44 (78,6)	16 (72,7)
Uren betaald werk (SD)	28,27 (13,4)	13,37 (15,2)	22,03 (14,7)	17,14 (15,4)

## Verschillen vangnetters en UCP-groep

De vangnetters verschilden op een aantal aspecten van de ucp-groep. Zij maakten al langer gebruik van de Ziektewet en hadden meer of ernstigere aanvangsklachten (depressiever en meer stressgerelateerde somatische klachten). Mogelijk is dat niet zo vreemd omdat zij al langer gebruik maakten van de Ziektewet.

De vangnetters hielden er al bij de start van het programma andere copingstrategieën op na, uitten hun emoties op andere wijze en ervoeren meer spanningen in het nemen van initiatieven tot het aangaan van nieuwe sociale contacten. Zij hadden ook minder copingstrategieën aangeleerd.

De door Rijnsburger (2017) beschreven indeling, waarbij vangnetters die langer dan 9 maanden gebruikmaakten van de Ziektewet uiteindelijk minder vaak weer aan het werk gingen dan mensen die korter in de Ziektewet zaten, hebben we niet gevonden voor beide groepen. Procentueel, hoewel niet statistisch significant, leek het daar bij de ucp-groep wel op, maar er waren zelfs procentueel meer vangnetters die langer gebruikmaakten van de Ziektewet aan het werk vergeleken met hen die korter in de Ziektewet zaten. Mogelijk speelt hier een selectiebias een rol, waarbij mensen die gemotiveerd waren een behandeling aan te gaan zich lieten verwijzen. Beschikbaarheid van werk speelt hierbij mogelijk ook een rol en kan een verklaring zijn dat de uwv-groep uiteindelijk minder betaald werk had dan de ucp-groep. De uwv-groep had geen werk bij de start van het programma, de ucp-groep wel.

## Belang vroege, daadwerkelijke re-integratie

Uit de literatuur blijkt het belang van het vroegtijdig behandelen. Marco e.a. (2018) vonden dat vroegtijdige cognitieve gedragstherapie de duur van het ziekteverzuim verkort. Deze bevinding wordt bevestigd door de resultaten van de ucp-groep. Van de mensen die korter dan 9 maanden in de Ziektewet zaten, waren er na een jaar weer meer en langer aan het werk vergeleken met de groep die langer ziek thuis was.

Dat de uwv-groep een jaar na de behandeling positieve resultaten behaalde, kan mogelijk toegeschreven worden aan het bieden van de mogelijkheid daadwerkelijk, tijdelijk, te kunnen re-integreren op een werkplek. Dat leverde hun perspectief op en geloof in eigen kunnen. Het belang van daadwerkelijk re-integreren op een werkplek wordt elders beschreven (Mikkelsen & Rosholm 2018) en wordt nadrukkelijk bepleit als helende bijdrage in o.a. de behandeling van depressies (Potijk e.a. 2017; Houtsma e.a. 2018).

## Verdere afwegingen

De meeste studies naar psychische arbeidsgelateerde problematiek betreffen studies bij mensen met depressie

en angststoornissen (Ervasti e.a. 2017) en stressgerelateerde problematiek zoals burn-out. Bij mensen met burn-out wordt vaak een aantal kenmerkende persoonlijkheidskenmerken gevonden, zoals perfectionisme, het gevoelig zijn voor het oordeel van anderen en een groot verantwoordelijkheidsgevoel (Alarcon e.a. 2009; Hill e.a. 2016; Brown e.a. 2019), die zich soms zelfs in de vorm van persoonlijkheidsstoornissen kunnen uiten (Meesters e.a. 2019).

Mensen uit de uwv-groep scoorden bij de start van het programma meer neurotisch (iets meer irreële ideeën, minder zelfbeheersing van opwellingen en driften, minder goed kunnen omgaan met tegenslagen, frustraties en stress, iets minder emotioneel stabiel, sneller uit het veld geslagen, iets minder gelijkmatig gehumeurd) en minder altruïstisch, meer egocentrisch, eerder competitief dan coöperatief. Mensen uit de uwv-groep ervoeren de kwaliteit van leven als slechter dan degenen uit de ucp-groep (MANSAL2). Het is denkbaar dat de uwv-groep mensen betreft die qua persoonlijkheidskenmerken wat kwetsbaarder zijn dan de ucp-groep, wat mede een reden zou kunnen zijn waarom zij geen vast dienstverband hebben verkregen, hoewel de arbeidsmarkt daarbij zeker een grote rol zal hebben gespeeld.

Het nut van return-to-workbehandelprogramma's wordt ter discussie gesteld, zoals in een cochrane review van een beperkt aantal studies bij mensen met een mentale stoornis waarbij men geen positief effect van dergelijke programma's kon vinden (Vogel e.a. 2017) of wel een positief effect vond op het kunnen terugkeren naar werk maar niet duidelijk op het verbeteren van de kwaliteit van leven (Franche e.a. 2005). Daar staat tegenover dat dit soort programma's juist aanbevolen worden om mensen die met psychische problemen in de Ziektewet zitten te ondersteunen bij het verwerven van adequate copingmechanismen en probleemoplossingsstrategieën en daadwerkelijke integratie in werk (Audhou e.a., 2018).

## Samenwerking ggz en UWV

Hoewel samenwerkingsverbanden tussen de ggz en uwv nog schaars zijn (Holwerda e.a. 2014), ondanks een daartoe afgesloten convenant tussen het uwv en GGZ Nederland in 2012 (uwv 2012), is de door ons beschreven samenwerking gedurende meer dan een decennium succesvol gebleken (Meesters e.a. 2015). Dat samenwerking tussen uwv en ggz tot een sneller herstel leidt, werd onlangs in een pilotstudie beschreven (Cissen-van Heugten e.a. 2019). Het uitbreiden van het samenwerkingsconvenant van het uwv met meerdere partners dan GGZ Nederland alleen (uwv 2018) lijkt dan ook een goede zaak. Niet alle ggz-aanbieders, waaronder het ucp, zijn namelijk aangesloten bij GGZ Nederland.



## Beperkingen

Het is niet gezegd dat het positieve resultaat te danken is aan deelname aan het programma. Deze studie is exploratief van karakter en is niet voorzien van een controlegroep. Het is dus denkbaar dat een dergelijk resultaat ook zonder deelname aan het programma had kunnen worden waargenomen. Door het afnemen van veel metingen bestaat tevens de kans op toevalsbevindingen. Dat de UWV-groep op een aantal copingstrategieën niet significant verbeterde en de UCP-groep wel kan mede door het verschil in groepsgrootte zijn bepaald.

De uitgevoerde studie betreft de reguliere behandelpraktijk. Patiënten zijn niet op bepaalde kenmerken geselecteerd, anders dan dat zij in aanmerking kwamen voor

deelname aan het programma. Dat kan als een sterkte, maar ook als een zwakte van deze studie worden gezien. Doordat dit geen gerandomiseerde studie betreft, is het de vraag in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn.

## CONCLUSIE

Zowel mensen met als zonder de mogelijkheid op terugkeer in een betaalde baan profiteerden van een behandelprogramma voor mensen met psychische arbeidsgerelateerde klachten. Vangnetters profiteerden ondanks hun mogelijk grotere kwetsbaarheid en ernst van psychische aandoening goed van het behandelprogramma, op een nagenoeg identieke wijze als de groep regulier verwezen patiënten.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Arrindell WA, Ettema JHM. Symptom Checklist, SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger BV; 2003.
- Audhoo SS, Nieuwenhuijsen K, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Perspectives of unemployed workers with mental health problems: barriers to and solutions for return to work. *Disabil Rehabil* 2018; 40: 28-34.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-II. Nederlandse versie: Van der Does AJW: BDI-2-NL-R, Beck Depression Inventory. Handleiding. Amsterdam: Pearson; 2016.
- Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 169-77.
- Cissen-van Heugten WHJM, van der Heijden PT, Slaats I, Lagerveld SE. Sneller herstel van arbeidsparticipatie bij samenwerking van specialistische ggz en UWV; een pilotstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 326-34.
- Costa PT, McCrae RR. NEO Personality Inventory. Nederlandse bewerking: Hoekstra H, De Fruyt F: NEO-PI-3 en NEO-FFI-3 Persoonlijkheidsvragenlijsten. Handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2014.
- Derogatis LR. SCL-90: Administration, scoring and procedures Manual-I for the R(evised) version. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research Unit; 1977.
- Ervasti J, Joensuu M, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Vahtera J, e.a. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2017; 95: 28-36.
- Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 607-31.
- Gasse C, Petersen L, Chollet J, Saragoussi D. Pattern and predictors of sick leave among users of antidepressants: a Danish retrospective register-based cohort study. *J Affect Disord* 2013; 151: 959-66.
- Hill AP, Curran T. Multidimensional perfectionism and burnout: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev* 2016; 20: 269-88.
- Holwerda A, Fokkens AS, Engbers A, Brouwer S. Samenwerkingsverbanden tussen GGZ en UWV gericht op re-integratie van mensen met een matige tot ernstige psychische stoornis. Onderzoeksrapport. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen; 2014.
- Houtsma T, Boerhout C, Schoevers RA, Eldering MJ. Prognostische factoren voor terugkeer naar werk na depressie gerelateerde arbeidsongeschiktheid. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 791-2.
- Marco JH, Alonso S, Andani J. Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. *J Ment Health* 2018; 15: 1-9.
- Meesters Y, Van Velzen CJM. Two new developments in the treatment of burnout. In: McLaughlin CD, Docherty JN (red.). *Nursing issues: psychiatric nursing, geriatric nursing and nursing burnout*. New York: Nova Science. 2010; pp 193-212.
- Meesters Y, Horwitz EH, Van Velzen CJM. Day treatment of patients with severe work-related complaints. *Psychology Research and Behavior Management* 2012; 5: 57-63.

- Meesters Y, Van Gemert JT, Nieboer P, Schutter F, Van Velzen CJM. Vangnetters gebaat bij deeltijdprogramma UMCG en UWV Groningen. Advisie, oktober 2015: 11-3. <https://www.arbeidsdeskundigen.nl/cms/files/2015-10/2015-05-uitgelicht-1-vangnetters-weer-aan-de-slag.pdf>
- Meesters Y, Hoppenbrouwers MGA, Van Velzen CJM. Persoonlijkheidsstoornis en werk: niet altijd een gelukkige combinatie. Een gevalsbeschrijving. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2019; 27 (10): 27-9.
- Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med* 2018; 75: 675-86.
- Potijk MR, Eldering MJ, Boerhout C, Schoevers RA. Depressie, recidiverend ziekteverzuim en arbeidsgerelateerde zorg: hoe bereiken we een betere (af)stemming? *GAVscoop* 2017; 21: 66-70.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evan S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 7-12.
- Reini K, Saarela J. Return to work after sickness absence: a register based comparison of two indigenous population groups. *Public Health* 2019; 169: 93-100.
- Rijnsburger P. Werkhervatting langdurig zieke vangnetters. De uitkomsten van 2 enquêteonderzoeken onder WW'ers, uitzendkrachten en eindedienstverbanders vergeleken. *UWV Kennisverslag* 2017-4. UWV; 2017.
- Schreurs PJG, Van de Willige G, Brosschot JF, Tellegen B, Graus GMH. *De Utrechtse CopingLijst: UCL Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1993.
- Selander J, Marnetoft SU, Bergroth A, Ekholm J. The process of vocational rehabilitation for employed and unemployed people on sick-leave: employed people vs unemployed people in Stockholm compared with circumstances in rural Jämtland, Sweden. *Scand J Rehabil Med* 1998; 30: 55-60.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20): 22-33.
- Terluin B, Duijsens IJ. 4DKL, Handleiding van de Vierdimensionele Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec; 2002.
- Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, e.a. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3: CD011618.
- UWV, GGZ Nederland. *Convenant tussen Geestelijke Gezondheidszorg Nederland en Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen*. Amsterdam: UWV; 2012. <https://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Convenant%20tussen%20GGZ%20Nederland%20en%20UWV%20-%202012.pdf>
- UWV e.a. *Convenant Samen werken aan wat werkt! Naar duurzaam werk voor mensen met een psychische kwetsbaarheid*. Den Bosch; 2018.

## SUMMARY

# Treatment program for psychological work-related complaints: employees with or without a job in sick leave

Y. MEESTERS, E.H. HORWITZ, C.J.M. VAN VELZEN

**BACKGROUND** In the Netherlands, unemployed people in sick leave, can get sickness payment from the Employee Insurance Agency (uwv), so called 'vangnetters' (users of a safety net). They participated in a day-care program for people with psychological work-related complaints together with people in sick leave who were employed by an employer who were referred to a university psychiatric center (UCP).

**AIM** Comparison of both groups on initial complaints and treatment outcome.

**METHOD** A retrospective explorative study (during an 11-years period) comparing start and follow-up measurements by using questionnaires.

**RESULTS** The uwv group (n = 111) differed from the UCP group (n = 254) at the start of the program: longer sickness leave, more severe initial complaints and a few other coping strategies. One year after finishing the program, 61% of the uwv group and 83% of the UCP group were in paid employment. People who were not in paid employment after a year already had more initial complaints compared to people who were back at work. The length of sickness leave was not a limiting factor for reintegration in work.

**CONCLUSION** Differences in initial symptoms and coping strategies did not really lead to differences in perspective of reintegration in work. Cooperation with the uwv for employed as well as unemployed people in sick leave led to good treatment results.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)5, 340-350

**KEY WORDS** reintegration in work, treatment program, unemployed sick leave, uwv, work-related psychological complaints