

Depression & Occupation: Intervention Trial

**De effectiviteit van ergotherapie voor
werknemers die verzuimen wegens depressie**

H.L. Hees, G. de Vries, M.W.J. Koeter en A.H.Schene
Academisch Medisch Centrum (AMC), Universiteit van Amsterdam
Afdeling Psychiatrie, Stemmingsstoornissen
Mei 2011

Financiering: dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het UWV
(Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen) en het Fonds Psychische Gezondheid.

Doc: Eindverslag Do It Study 040611

INLEIDING

De afgelopen jaren is in veel Westerse landen sprake van een toegenomen werkdruk en groeiend ziekteverzuim. In Nederland blijkt inmiddels een kwart van het verzuim (>7 dagen) samen te hangen met psychische klachten (CBS, 2010). Naast de minder ernstige en veelal korterdurende vormen (spanningsklachten, aanpassings-stoornissen en burn-out) is vooral de depressieve stoornis verantwoordelijk voor het langerdurende verzuim (Plaisier et al., 2010). Ook blijken depressies bovenaan de top tien oorzaken te staan die leiden tot arbeidsongeschiktheid. Naast een verhoogd verzuim en een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid ervaren depressieve werknemers vaker belemmeringen in de uitvoer van hun werkzaamheden (Stewart et al., 2003; Kessler, 2006; Lerner & Henke 2008). De negatieve gevolgen van depressie op het arbeidsfunctioneren bepalen maar liefst 75 tot 86% van de totale maatschappelijke kosten voor depressie (Goetzel et al., 2002; Stewart et al., 2003).

Gezien de relatief hoge prevalentie van depressie onder werknemers (jaarprevalentie: 7.4%: Kessler et al., 2006), de recidiverende aard van deze ziekte (Hardeveld et al., 2010) en de toenemende aanspraak op mentale vaardigheden en flexibiliteit in de werksituatie, is het van groot belang om interventies te ontwikkelen die de werkhervatting van depressieve werknemers kunnen bevorderen. Reguliere behandelingen in de GGZ blijken echter vaak weinig aandacht te besteden aan de arbeidssituatie van patiënten. Hoewel deze behandelingen wel succesvol zijn in het reduceren van symptomen, blijken zij onvoldoende effect te sorteren op het bevorderen van de werkhervatting en de productiviteit (Adler et al., 2006; Nieuwenhuijsen et al., 2008).

In een recent literatuuroverzicht concludeerden Nieuwenhuijsen en collega's dat de eerder op het AMC ontwikkelde ergotherapeutische interventie (de Vries, 2003; Schene et al., 2007) wereldwijd de *enige* behandeling was die zich specifiek richt op het verbeteren van het werkvermogen van depressieve patiënten (Nieuwenhuijsen et al., 2008). Deze toevoeging van ergotherapie aan de gebruikelijke depressiebehandeling leidde tot een snellere terugkeer naar het werk en meer gewerkte uren dan het uitsluitend verkrijgen van reguliere zorg (Schene et al., 2007). Hoewel beide groepen - de reguliere zorg met en zonder ergotherapie - aanzienlijk verbeterden ten aanzien van hun depressieve symptomen, was deze verbetering niet groter of sneller in de ergotherapie groep dan in de controle groep. Wel bleek er een trend te zijn voor meer verbetering in depressie symptomen voor de ergotherapie groep op *langere* termijn, namelijk tussen de 12-42 maanden na de start van de studie. De ergotherapeutische interventie bleek ook kosteneffectief: de iets hogere gezondheidszorgkosten werden ruim gecompenseerd door het significant groter aantal gewerkte uren. Tevens bleek er een trend dat de toevoeging van ergotherapie intensievere vormen van psychiatrische behandeling (dagklinisch en klinisch) kon voorkomen.

Hoewel de ergotherapie module in het onderzoek van Schene et al., (2007) zeer positief werd beoordeeld door patiënten, bleek uit kwalitatief onderzoek dat er ook een aantal verbeteringen wenselijk waren, zoals een kortere ergotherapie module en een betere afstemming tussen de ergotherapie en de reguliere poliklinische behandeling; dit laatste opdat niet alleen een effect op re-integratie, maar ook een additioneel effect op herstel van depressie kan optreden.

Mede op basis van deze bevindingen is op het AMC een verbeterde ergotherapie module ontwikkeld. Met behulp van een werkmodel worden in een vroeg stadium de problemen in de werksituatie geanalyseerd, om deze zo hanteerbaarder te maken en de werknemer vertrouwen te geven dat hij de problemen in zijn/haar werksituatie aan kan. In de nieuwe ergotherapie module vindt ook een werkbezoek plaats, om zo de communicatie tussen werkgever en patiënt ten aanzien van het re-integratieproces te bevorderen. Verder vindt er bij de start en gedurende de behandeling intensief overleg plaats tussen de bedrijfsarts,

ergotherapeut en behandelend psychiater. De nieuwe module is verkort (18 i.p.v. 36 bijeenkomsten) en richt zich op het verbeteren van de werkgerelateerde coping (het omgaan met moeilijke werksituaties), het verhogen van de self-efficacy (vertrouwen in het eigen vermogen om terug te keren naar de werksituatie) en een snelle terugkeer naar de werksituatie (place-and-train). Het tijdig hervatten van werkzaamheden kan de werknemer helpen om een gevoel van controle over zichzelf en zijn omgeving te hervinden. Samengevat is de nieuwe module dus gericht op een snellere werkhervatting en meer contact tussen patiënt, werksituatie en ergotherapeut. Tegelijkertijd is de intensiteit van de module gehalveerd terwijl de inhoud meer dan eerder zich richt op coping en self efficacy t.a.v. werkzaamheden.

Naast de inhoudelijke veranderingen van de module zijn er in vergelijking met het vorige onderzoek een aantal methodologische verbeteringen aangebracht in de opzet van het huidige onderzoek, zoals:

- een groter aantal patiënten om de power van de studie te vergroten,
- de ernst van de depressie niet alleen met zelfbeoordelingsinstrumenten, maar ook op basis van een klinisch interview vaststellen
- de aard van de werkproblematiek nauwkeuriger vastleggen,
- meer aandacht voor de werkingsmechanismen van de interventie
- meer aandacht voor het op een kwalitatieve wijze begrijpen hoe het weer aan het werk gaan verloopt en welke belemmerende en faciliterende factoren daarbij een rol spelen,
- onderzoeken of de werkhervatting beklijft,
- het meten van de totale zorgconsumptie (en niet alleen die binnen de geestelijke gezondheidszorg)¹.

Vraagstelling

Dit onderzoek wil met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve methoden een antwoord geven op de volgende vragen:

1. Wat is de aard van de arbeidsproblematiek van patiënten die verzuimen wegens depressie?
2. Wat is de meerwaarde van de verkorte ergotherapeutische interventie als toevoeging aan de reguliere behandeling voor depressie in termen van:
 - a. snellere en meer persisterende re-integratie?
 - b. versneld herstel van depressie?
 - c. het na de re-integratie beter functioneren op de werkplek?
3. Verloopt de veronderstelde meerwaarde van ergotherapie ook via de theoretisch veronderstelde werkingsmechanismen: verbeterde coping en vergrote self-efficacy?
4. Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren voor de re-integratie van patiënten die verzuimen wegens een depressie?

De Methode en Resultaten sectie zullen apart worden beschreven voor het kwantitatieve (vragen 1,2,3) en het kwalitatieve gedeelte (vraag 4) van het onderzoek.

¹ Deze gegevens zijn wel in het onderzoek meegenomen, maar nog niet beschikbaar voor analyse. Deze resultaten zullen later nog worden gerapporteerd.

METHODE KWANTITATIEF ONDERZOEK (onderzoeksvraag 1,2,3)

1. Populatie

Voor deelname aan de studie moesten patiënten aan de volgende inclusiecriteria voldoen:

- 18-65 jaar,
- depressieve stoornis volgens de DSM-IV,
- in het bezit van een arbeidscontract,
- tenminste 25% verzuim van het aantal contracturen (van het contract op dat moment)
- minimaal 8 weken en maximaal 24 maanden in de ziektewet,
- er bestaat een relatie tussen de depressie en het niet kunnen werken, dat wil zeggen:
 - o arbeidssituatie is (mede)oorzakelijk aan de depressie,
 - o de depressie belemmert de werkhervatting.

Patiënten met de volgende kenmerken konden niet aan de studie deelnemen:

- bipolaire stoornis,
- psychotische stoornis,
- ernstige suïcidaliteit,
- ernstig alcohol- of drugsmisbruik.

Dit zijn de klassiek voor depressie studies gehanteerde exclusie criteria.

2. Interventies

- *Reguliere behandeling:* deze bestond uit de reguliere intake en de reguliere behandeling binnen de Polikliniek Stemmingsstoornissen. De reguliere behandeling omvat gesprekken met een psychiater in opleiding, op indicatie aangevuld met psychofarmaca. Deze behandeling vindt geprotocolleerd plaats volgens recente klinische richtlijnen. De behandeling vindt bij voorkeur poliklinisch plaats, maar op indicatie kan worden overgegaan tot intensievere vormen van behandeling (deeltijd- en klinische behandeling binnen het Programma Stemmingsstoornissen).
- *Ergotherapie:* deze werd geboden door ergotherapeuten die verbonden waren aan het Programma Stemmingsstoornissen. De behandeling was geprotocolleerd en bestond uit 18 sessies, waaronder 8 groepsbijeenkomsten, 10 individuele gesprekken, een bezoek aan de werkgever en een follow-up gesprek (De Vries, 2002). Bij start van de behandeling werd een arbeidsanamnese afgenomen waarin onderzocht werd welke specifieke handelingspatronen (kenmerkende manier van reageren in stressvolle situaties) van invloed zijn op het ontstaan dan wel het voortduren van de depressie. Als onderdeel van de behandeling werden patiënten gestimuleerd om binnen 6 weken weer minimaal 2 uur aan het werk te zijn, zodat zij direct kunnen oefenen met nieuwe strategieën om hun oude handelingspatronen te doorbreken. Het werkplekbezoek had als doel de communicatie tussen werkgever en patiënt te bevorderen en de werkgever door middel van psycho-educatie in te lichten over de gevolgen van depressie voor het werkfunctioneren.

3. Randomisatie

Patiënten werden in een verhouding van 1:2 gerandomiseerd toegewezen aan de controle conditie (reguliere behandeling; REG) of de experimentele conditie (reguliere behandeling met toevoeging van ergotherapie; REG+ERG). Randomisatie werd uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeks-assistent met gebruik van een software programma dat gebaseerd is op de minimalisatie-randomisatie procedure (Pocock & Simon, 1975). Patiënten werden gestratificeerd gerandomiseerd op basis van ernst van depressie (Hamilton score hoger of lager dan 18) en op basis van het aantal eerdere depressieve episoden (2 of minder vs. 3 of meer eerdere depressieve episoden).

4. Meetmomenten en –instrumenten

Metingen vonden plaats bij aanvang van de studie (T0), en vervolgens op 6, 12 en 18 maanden na het starten van de reguliere behandeling (resp. T1, T2 en T3). De volgende domeinen werden met de daarbij vermelde meetinstrumenten gemeten (zie tabel 1 voor meetmomenten):

<i>Diagnostiek</i>	Het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I; First et al., 2002), een semi-gestructureerd psychiatrisch interview, werd gebruikt om vast te stellen of patiënten aan de DSM-IV criteria voor een depressieve-, angst-, en/of alcoholgerelateerde stoornis voldeden.
<i>Arbeidsparticipatie</i>	Het aantal contracturen en het aantal uren verzuim werden per week door de patiënt in dagboeken bijgehouden. Gedeeltelijke werkherhaving werd gedefinieerd als een toename van 5 gewerkte uren ten opzichte van de gewerkte uren op baseline. Volledige werkherhaving werd gedefinieerd als het weer minimaal vier weken het volledige aantal contracturen werken.
<i>Depressie-ernst</i>	De Hamilton Depression Rating Scale (HDRS; Hamilton, 1960) werd gescoord door een clinicus om de ernst van depressieve episodes te meten. Een score op de HDRS van ≥ 23 is 'zeer ernstig', een score van 19-22 is 'ernstig' 14-18 is 'matig', '8-13' is mild en ≤ 7 is 'hersteld'. Daarnaast werd een zelfrapportage vragenlijst afgenomen (IDS-SR: Inventory of Depressive Symptoms, Self-Report). Een score op de IDS-SR van ≥ 39 is zeer ernstig, 30-38 is 'matig tot ernstig', 22-30 is 'matig', 14-22 is 'mild' en ≤ 13 is 'hersteld' (Rush et al., 1996).
<i>Productiviteit¹</i>	De productiviteit op het werk werd op twee manieren vastgesteld: Ten eerste werd de efficiëntie van het aantal gewerkte uren op een schaal van 1 (helemaal niet efficiënt) tot 10 (heel erg efficiënt) per week in dagboeken bijgehouden door de patiënt. Ten tweede werd met behulp van de Work Limitations Questionnaire (WLQ; Lerner et al., 2000) uitgevraagd in welke mate het werkfunctioneren werd beperkt door gezondheidsproblemen in de afgelopen vier weken. De mate van belemmering in het werkfunctioneren werd vastgesteld met behulp van drie schalen: de ' <u>Output</u> ' schaal (betreft de mate van beperkingen in het snel genoeg en zonder fouten uitvoeren van werkzaamheden), de ' <u>Time Management</u> ' schaal (betreft de mate van beperkingen in het vereiste aantal uren werken en zich aan werkschema's houden), en de ' <u>Mental-Interpersonal</u> ' schaal (betreft de mate van beperkingen in het sociaal functioneren op het werk en het concentreren op werktaken). Elke WLQ schaal heeft een bereik van 0% (nooit beperkingen) tot 100% (altijd beperkingen).
<i>Coping</i>	De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, 1993) is een zelfbeoordelingslijst waarmee het omgaan met problemen of stressvolle gebeurtenissen wordt gemeten. In dit onderzoek werd de coping specifiek gerelateerd aan het omgaan met problemen <i>op het werk gedurende de laatste vier weken</i> . Voor het vaststellen van de werkingsmechanismen van de interventie werden drie UCL schalen geselecteerd: ' <u>Actief aanpakken</u> ' (doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om problemen op te lossen), ' <u>Vermijden</u> ' (de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren), en ' <u>Passief Reactiepatroon</u> ' (zich volledig door problemen in beslag laten nemen, piekerend terugtrekken, de situatie somber inzien). Elke vraag wordt beantwoord op een Likert schaal van 1 (nooit) tot 4 (heel vaak). Per schaal kan een somscore worden berekend: een hogere score geeft aan dat de respondent de copingstijl vaker gebruikt.
<i>Self-efficacy</i>	De Werk Self-Efficacy vragenlijst (Lagerveld et al., 2010) meet de verwachtingen van de werknemer ten aanzien van zijn of haar

¹ Deze vragenlijsten konden alleen ingevuld worden indien respondenten op het moment van meeting aan het werk waren.

Beleving arbeidssituatie¹

(potentiële) werkfunctioneren. De vragenlijst bestaat uit 11 vragen en heeft een bereik van 1 (lage werkgerelateerde self-efficacy) tot 5 (hoge werkgerelateerde self-efficacy).

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling Arbeid (VBBA; van Veldhoven, 2002) meet de subjectieve beleving van de psychosociale arbeidsbelasting en de werkstress. De verkorte versie van deze vragenlijst bestaat uit zeven thema's en 13 subschalen, die worden onderverdeeld in oorzaken en gevolgen. Oorzaken zijn ingedeeld rond de thema's Taakeisen (Werktempo en werkhoeveelheid, Emotionele belasting), Veelzijdigheid (Afwisseling in het werk, Leermogelijkheden), Regelmogelijkheden (Zelfstandigheid in het werk, Inspraak), Sociaal-organisatorische aspecten (Relatie met collega's, Relatie met direct leidinggevende) en Arbeidsvoorwaarden (Toekomstperspectief). Bij de gevolgen wordt onderscheid gemaakt tussen Welbevinden (Plezier in het werk, Betrokkenheid bij de organisatie), en Spanning (Herstelbehoefte, Piekeren). Elke subschaal heeft een bereik van 0 tot 100, waarbij hoge scores ongunstig zijn.

Tabel 1. Overzicht metingen, meetinstrumenten en meetmomenten Do-It-studie

Domein	Instrument	vóór interventie (T0)	6 maanden (T1)	12 maanden (T2)	18 maanden (T3)
Demografie	Zelfgemaakte vragenlijst	X	-	-	-
Diagnostiek	SCID	X	-	-	-
Depressie ernst	HDRS en IDS	X	X	X	X
Arbeidsparticipatie	Dagboeken	X	X	X	X
Productiviteit	WLQ ¹ , dagboeken	X*	X	X	X
Coping	UCL	X	X	X	X
Self-Efficacy	RTW-SE	X	X	X	X
Beleving arbeidssituatie	VBBA ¹	X*	X	X	X
Zorggebruik	TIC-P	X	X	X	X

¹ De vragen betreffende belemmeringen in de werksituatie (WLQ) en de beleving van de arbeidssituatie (VBBA), werden op baseline retrospectief nagevraagd met als tijdperiode de 4 weken vóór de start van het verzuim. Dit tijdstip kan dus voor iedere respondent verschillen.

5. Data analyse

De data werden geanalyseerd op basis van een intention-to-treat analyse. Dit houdt in dat alle patiënten worden geanalyseerd in die conditie waarnaar zij zijn gerandomiseerd, onafhankelijk van de behandeling die zij uiteindelijk gekregen hebben. Baseline verschillen tussen de experimentele en controle conditie werden getoetst met behulp van *t*-toetsen en χ^2 toetsen. Door middel van de propensity scores (van der Weele, 2006; Rosenbaum & Rubin, 1983) werd een correctie voor baseline verschillen tussen de beide groepen toegepast in de verdere analyses.

Om rekening te houden met missende waarden is multiële imputatie toegepast (Rubin, 1987). Bij deze methode worden de missende waarden meerdere keren (5x) geïmputeerd, waardoor er vijf verschillende datasets ontstaan. Analyses worden over elke dataset uitgevoerd. Ten slotte worden de vijf resultaten 'gepooled' tot het uiteindelijke resultaat op basis van Rubin's regels (Rubin, 1987), waarbij rekening wordt gehouden met de onzekerheid van het imputatiemodel.

Het effect van de interventie is geanalyseerd met behulp van random coëfficiënt regressie analyses: deze analyses hebben de mogelijkheid om op een flexibele manier met de afhankelijkheid in de data om te gaan. Het basismodel bestond uit een random intercept. Een random slope werd toegevoegd indien dit de fit van het model verbeterde. Voor de analyse van de tijd tot gedeeltelijke/volledige werkhervatting werd gebruik gemaakt van de Cox regressie analyse.

METHODE KWALITATIEF ONDERZOEK (*onderzoeksvraag 4*)

In het kwalitatieve onderzoek is door middel van concept mapping geëxploreerd wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn voor depressieve werknemers om het werk te hervatten.

Bevorderende factoren

Aan patiënten, leidinggevenden en bedrijfsartsen werd gevraagd om factoren te benoemen die van belang zijn geweest voor een succesvolle werkhervatting. Patiënten konden aan dit onderzoek meedoen als zij na 1 jaar het werk geheel hadden hervat of minimaal 50% verbeterd waren ten opzichte van baseline. Leidinggevenden en bedrijfsartsen werden geïnccludeerd indien zij ervaring hadden met dergelijke werknemers. Vervolgens werd aan alle drie de groepen gevraagd om deze resultaten te prioriteren en te clusteren. Voor het prioriteren van de statements moesten respondenten de uitspraken op een 5-puntsschaal beoordelen naar de mate van belangrijkheid voor het hervatten van werk: deze schaal liep van 5 (zeer belangrijk) tot 1 (minst belangrijk). Voor het clusteren moesten respondenten de uitspraken op basis van inhoud groeperen (clusteren). Vervolgens moesten zij het gemeenschappelijke thema van de items in elk cluster benoemen.

Belemmerende factoren

Aan patiënten, leidinggevenden en bedrijfsartsen werd de vraag gesteld welke factoren belemmerend zijn voor de werkhervatting van depressieve werknemers. Patiënten werden geïnccludeerd indien zij zijn uitgevallen wegens een depressie en zij het werk nog niet (of voor minder dan 50%) binnen een jaar hebben hervat. Leidinggevenden en bedrijfsartsen werden geïnccludeerd indien zij ervaring hadden met dergelijke werknemers. Vervolgens werd aan alle drie de groepen gevraagd om de factoren te prioriteren en te clusteren. De input van bedrijfsartsen, werkgevers en een deel van de patiënten was nog niet binnen voor het verschijnen van het huidige verslag, daarom zullen in dit verslag de gegevens van de patiënten worden beschreven; de visies van bedrijfsartsen en werkgevers worden in een later stadium gepubliceerd.

Voor beide onderzoeksvragen werden de resultaten van de prioritering en clustering ingevoerd in het computerprogramma Ariadne, een analyse programma wat speciaal ontwikkeld is voor deze methode van onderzoek.

RESULTATEN KWANTITATIEF ONDERZOEK (Onderzoeksvraag 1, 2, 3)

1. Instroom

In totaal werden 224 patiënten voor het onderzoek aangemeld: 209 patiënten (93.3%) door verschillende arbodiensten, vier patiënten (1.8%) vanuit de Polikliniek Stemningsstoornissen AMC, drie patiënten (1.3%) door huisartsen en vier patiënten (1.8%) door externe psychiatrische instellingen. Van 4 patiënten (1.8%) is de verwijzer onbekend.

Van deze 224 aangemelde patiënten voldeden er 86 niet aan de onderzoekscriteria en van 3 andere patiënten kon niet worden vastgesteld of ze aan deze criteria voldeden, omdat ze niet op de baseline onderzoeksafpraak zijn gekomen. Van de resterende 135 patiënten weigerden 18 patiënten deelname aan de studie. De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond derhalve uit 117 patiënten (zie Figuur 1), van wie er door middel van randomisatie 78 werden toegewezen aan de experimentele conditie (REG + ERG) en 39 aan de controle conditie (REG).

2. Beschrijving van de populatie op baseline

2.1 Demografische kenmerken

Het percentage mannen in de huidige studie (48.8%; zie tabel 1) wijkt af van de prevalentie cijfers in de algemene bevolking, waar depressie twee keer zo vaak voorkomt bij vrouwen als bij mannen (Stegenga et al., 2010). Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is de hogere arbeidsparticipatie van mannen (CBS, 2010). De gemiddelde leeftijd van patiënten in deze studie komt overeen met de algemene bevolking, waaruit blijkt dat de hoogste prevalentie voor een depressieve stoornis rond de 35- tot 44 jaar ligt (Eaton et al., 2008; Stegenga et al., 2010). Het percentage hoogopgeleiden in onze populatie (ruim 37%) is iets hoger dan het gemiddelde percentage hoogopgeleiden in Nederland (Eurostat, 2010).

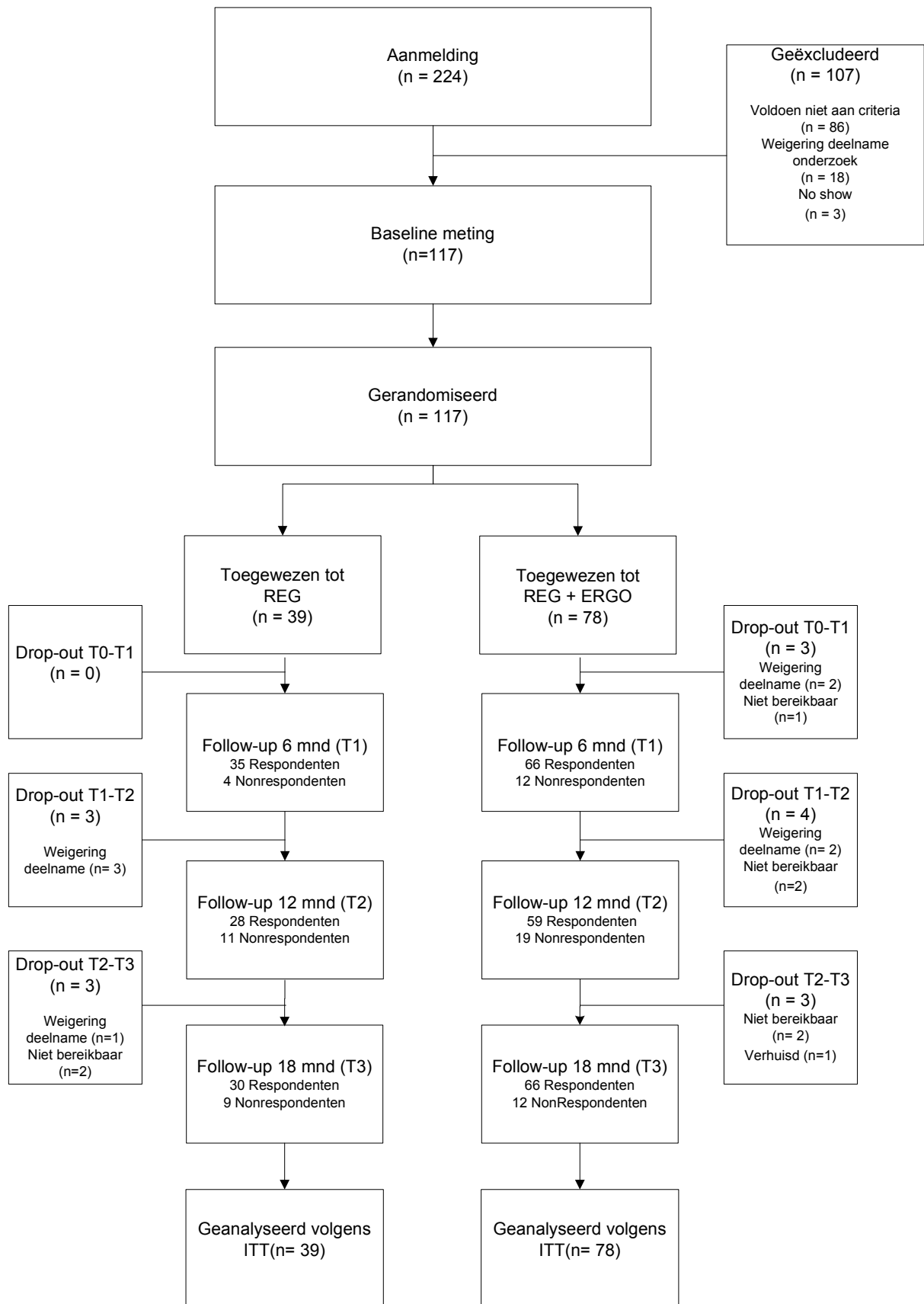
Tabel 1. Demografische kenmerken van de Do-It populatie

Demografische kenmerken	Totaal (n = 117)	Controle (n = 39)	Exp. (n = 78)	p- waarde	Effect grootte
Leeftijd, gem(SD), jaar	43.0 (9.2)	41.5 (9.6)	43.8 (9.0)	.212	.23 ¹
Geslacht (% man)	49%	41%	53%	.239	.11 ²
Opleiding, gem(SD), jaar	13.7 (3.3)	13.9 (3.7)	13.5 (3.1)	.604	.09 ¹
Opleiding (voltooid, %)				.815	.16 ²
Lager onderwijs	2%	0%	3%		
LBO	9%	2%	10%		
MAVO	16%	21%	14%		
MBO	13%	10%	14%		
HAVO/VWO	23%	23%	23%		
HBO	23%	26%	22%		
Universiteit	14%	15%	14%		
Burgerlijke staat, %				.316	.17 ²
Gehuwd/samenwonend	58.1%	59.0%	57.7%		
Alleenstaand	26.5%	23.1%	28.2%		
Weduwe/weduwenaar	3.4%	7.7%	1.3%		
Gescheiden	12.0%	10.3%	12.8%		
Afkomst, %				.672	.08 ²
Autochtoon	76.1%	74.4%	76.9%		
1 ^e generatie allochtoon ³	18.8%	17.9%	19.2%		
2 ^e generatie allochtoon ³	5.1%	7.7%	3.8%		

¹ Cohen's d : $d = 0.20$ is klein, $d = 0.50$ is medium, $d = 0.80$ is groot

² Cohen's ϕ : $\phi = 0.10$ is klein, $\phi = 0.30$ is medium, $\phi = 0.50$ is groot

³ Definitie CBS: Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren en wie zelf in het buitenland (1^e generatie allochtoon) of in Nederland (2^e generatie allochtoon) is geboren.



Figuur 1. Patiënten flow Do-It studie

2.2 Klinische kenmerken

Ongeveer de helft (51%) van de deelnemers had een ernstige of zeer ernstige depressie (zie tabel 2). Als de ernst van de depressie wordt vastgesteld door middel van zelfrapportage is dat percentage 55.6%. Tevens had meer dan de helft (53.8%) van de populatie één of meer eerdere depressieve episodes doorgemaakt en was 68.4% van de deelnemers langer dan zes maanden depressief voordat zij in het Do-It onderzoek geïnccludeerd werden. Deze klinische kenmerken bevestigen de ernst/chroniciteit van de huidige populatie. Dit beeld wordt verder bevestigd door de gegevens uit intakegesprekken, waaruit naar voren kwam dat deelnemers vaak al verschillende eerdere behandelingen hadden gehad voordat zij naar het AMC werden doorverwezen. Ten slotte had bijna een kwart (23.9%) van de deelnemers één of meer co-morbide stoornissen, waarvan het grootste gedeelte bestond uit angststoornissen (67.9%). Het ontstaan van de depressie werd gemiddeld over de deelnemers voor 49% aan werkomstandigheden en voor 51% aan privé omstandigheden toegeschreven.

Tabel 2. Beschrijving van klinische kenmerken van de Do-It populatie.

<i>Klinische kenmerken</i>	Totaal (n = 117)	Controle (n = 39)	Exp. (n = 78)	p- waarde	Effect grootte
HDRS, gem(SD)	18.7 (5.2)	20.1 (5.0)	18.00 (5.1)	.032	.39 ¹
- (zeer) ernstig (HDRS > 18), %	51%	61%	46%	.117	.15 ²
IDS-SR, gem(SD)	39.9 (10.9)	42.1 (9.8)	38.7 (11.3)	.108	.31 ¹
- (zeer) ernstig (IDS-SR ≥ 39), %	55.6%	61.5%	52.6%	.038	.19 ²
2 of meer depressieve episoden, %	53.8%	53.8%	53.8%	1.00	.00 ²
Duur huidige episode, mnd, med ³ .(IQR) ⁴	7.7(8.2)	7.6(9.9)	7.9(7.8)	.794	.02 ²
- Langer dan 6 mnd,%	68.4%	69.2%	67.9%		
Comorbide stoornissen, %	23.9 %	28.2%	21.8%	.444	.07 ²
Depressie toegeschreven aan werk, %(SD)	49.2 (26.2)	44.9 (26.4)	51.4 (26.1)	.211	.23 ¹

2.3 Arbeidskenmerken

De meeste deelnemers werkten bij financiële instellingen (54.7%), hadden een vast dienstverband (94.0%) en dagdiensten (92.3%; zie tabel 3). Bij aanvang van de studie verzuimden ruim 63% van de deelnemers langer dan drie maanden. Ook het percentage van het aantal contracturen dat men verzuimde was hoog; deelnemers verzuimden op baseline ongeveer 82% van het aantal contracturen. De hoge mate van verzuim, de lange verzuimduur en de ernst van de depressie reflecteren de ernst van deze populatie.

Tabel 3. Beschrijving van arbeidskenmerken van de Do-It populatie.

<i>Arbeidskenmerken</i>	Totaal (n = 117)	Controle (n = 39)	Exp. (n = 78)	p- waarde	Effect grootte
Contracturen, gem(SD)	34.2 (5.3)	32.7 (5.8)	35.0 (5.0)	.027	.43 ¹
- Full-time > 35 uur, %	65.3%	53.8%	71.8%	.054	.18 ²
Functie, %				.505	.14 ²
- Banken/financieel	54.7%	51.3%	56.4%		
- Verzekering/pensioen	1.7%	2.6%	1.3%		
- Gezondheidszorg	12.0%	17.9%	9.0%		
- Overige	31.6%	28.2%	33.3%		
Vast dienstverband, %	94.0%	94.9%	93.6%	.407	.16 ²
Dagdienst, %	92.3%	94.9%	91.0%	.673	.08 ²
Manager, %	23.9%	25.6%	23.1%	.749	.07 ²
Werkervaring, gem(SD), jaar	15.0 (10.6)	14.08 (9.6)	15.9 (11.0)	.386	.16 ¹
Verzuim afgelopen 2 weken, %	81.6%	83.0%	80.9%	.676	.08 ¹
Maanden verzuim, med.(IQR)	4.75(7.5)	3.75(4.5)	5.00 (9.4)	.433	.07 ²
- Langer dan 3 maanden, %	63.2%	56.4%	66.7%		

¹ Cohen's *d*: *d* = 0.20 is klein, *d* = 0.50 is medium, *d* = 0.80 is groot

² Cohen's ϕ : ϕ = 0.10 is klein, ϕ = 0.30 is medium, ϕ = 0.50 is groot

³ Med. = Mediaan: 50% van de waarden zijn lager en 50% zijn hoger dan de mediane waarde

⁴ IQR = Interquartile range: 25%-75%

2.4 Aard van de arbeidsproblematiek (onderzoeksvraag 1)

Beleving van de arbeidssituatie vóór aanvang verzuim

In vergelijking met een gezonde referentiegroep (de Croon, 2000) werd op alle schalen van de VBBA - behalve de schaal toekomstperspectief - significant hoger gescoord door de Do-It populatie (tabel 2). Dit betekent dat *in de vier weken vóór de aanvang van het verzuim*, de deelnemers hun werksituatie over het algemeen als negatiever beleefden dan een gezonde normpopulatie. Dit is conform de bevinding hierboven vermeld dat de depressie door de deelnemers voor ongeveer de helft aan werkkenmerken werd toegeschreven. Opvallend is dat er vooral sprake was van een groot effect ($d > .80$) op de schalen die de *gevolgen* van depressie op het werk functioneren reflecteren (zie de schalen: 'plezier in het werk', 'herstelbehoefte' en 'piekeren'). Verder is het opvallend dat de enige schaal waar geen verschil met de normpopulatie werd gevonden, de schaal 'toekomstperspectief' betreft: kennelijk was er onder respondenten niet méér onzekerheid of zij hun baan wel zouden behouden dan bij de algemene populatie.

Tabel 4. Beleving van de arbeidssituatie in de vier weken vóór aanvang verzuim¹ in vergelijking met een gezonde normpopulatie

VBBA	Totaal (n = 117)	Normwaarde	t toets	p- waarde	Effect grootte ²
Oorzaken					
Taakeisen					
Emotionele belasting	39.25 (22.89)	26.0	6.26	<.001*	0.58
Werktempo en werkhoeveelheid	56.71 (22.15)	45.8	5.31	<.001*	0.49
Veelzijdigheid					
Afwisseling in het werk	46.44 (22.17)	35.9	5.14	<.001*	0.48
Leermogelijkheden	57.86 (21.80)	48.2	4.79	<.001*	0.44
Regelmogelijkheden					
Inspraak	63.70 (21.98)	45.2	9.06	<.001*	0.84
Zelfstandigheid in het werk	47.99 (21.21)	40.8	3.65	<.001*	0.34
Sociaal-organisatorische aspecten					
Relatie met collega's	35.72 (17.86)	24.6	6.70	<.001*	0.62
Relatie met direct leidinggevende	36.11 (19.59)	24.9	6.51	<.001*	0.57
Arbeidsvoorwaarden					
Toekomstperspectief	34.90 (32.48)	39.9	-1.67	.099	0.15
Gevolgen					
Welbevinden					
Plezier in het werk	61.82 (32.60)	13.3	16.10	<.001*	1.49
Betrokkenheid bij de organisatie	44.98 (27.13)	29.7	6.07	<.001*	0.56
Spanning					
Herstelbehoefte	79.22 (25.95)	25.0	22.60	<.001*	2.09
Piekeren	69.18 (39.20)	23.6	12.52	<.001*	1.16

¹ Er waren geen significante verschillen tussen de Controle en de Experimentele conditie ($p > .05$) voor alle VBBA en UCL schalen.

² Cohen's d : $d = 0.20$ is klein, $d = 0.50$ is medium, $d > 0.80$ is groot

Coping: het omgaan met moeilijke werksituaties

In vergelijking met de gezonde normpopulatie ging de Do-It populatie minder doelgericht te werk om moeilijke werksituaties op te lossen (Actief Aanpakken; zie tabel 5). Daarnaast ging men vaker problemen in de werksituatie uit de weg (Vermijden) en trokken zij zich vaker piekerend in zichzelf terug (Passief Reactiepatroon) dan de gezonde normpopulatie.

Tabel 5. Coping op baseline in vergelijking met een gezonde normpopulatie

<i>UCL</i>	Totaal (n = 117)	Normwaarde	t toets	p- waarde	Effect grootte
Actief aanpakken	15.51 (4.17)	18.6	-7.92	<.001*	0.74
Passief reactiepatroon	17.68 (4.32)	10.8	16.93	<.001*	1.59
Vermijden	17.92 (3.90)	14.9	8.11	<.001*	0.77

Beschrijving arbeidsproblematiek door ergotherapeuten

Naast de resultaten uit kwantitatieve analyses werd systematisch nagegaan wat de arbeidsproblematiek was van 63 van de 78 patiënten die toegewezen waren aan de ergotherapie. Per cliënt werd door de ergotherapeuten beschreven wat de aard van de arbeidsgerelateerde problematiek was die naar de mening van de patiënt van invloed was op de uitval vanwege depressie. Daarnaast werd nagegaan welke persoonlijke factoren hadden bijgedragen aan de uitval.

Uit deze analyse kwam naar voren dat de belangrijkste werkfactoren die aanleiding gaven tot uitval de ervaren werkdruk en samenwerkingsproblemen met leiding en/of collega's waren. Indien de verhoogde werkdruk samenhang met reorganisaties, kwam het regelmatig voor dat er ook andere veranderingen optraden die bijdroegen aan uitval, zoals een verslechterde sfeer op de afdeling, een verandering naar management dat alleen maar oog had voor het bedrijfsresultaat, of een zodanig veranderde sfeer in het bedrijf dat men er zich niet meer thuis voelde. Indien problemen met leiding/collega's als reden voor uitval genoemd werden, gaven patiënten vaak aan dat zij zich niet begrepen voelden door hun leidinggevende en/of zich miskend/niet gesteund voelden door hun collega's.

Daarnaast gaf meer dan de helft van de patiënten aan dat ook persoonlijke factoren aanleiding hebben gegeven tot uitval; het onzeker zijn, het perfectionistisch zijn, het mensen niet lastig willen vallen, het zoeken van erkenning, faalangstig zijn en een sterke behoefte hebben aan waardering en erkenning. Velen probeerden deze onzekerheid te maskeren met (te) hard werken. Indien er problemen in de werksituatie ontstonden, bijvoorbeeld in de samenwerking met anderen, werd met het vermijden van confrontaties en het nog harder werken geprobeerd deze problemen teniet te doen. Ten slotte was er bij sommige patiënten tevens sprake van een belaste thuissituatie. Dit kon een ziek kind zijn, opvoedingsproblemen met een kind, een zieke partner, het overlijden van naasten of relatieproblemen.

Conclusie: Werknemers die verzuimden wegens depressie beleefden hun werksituatie in de weken voor het verzuim als duidelijk negatiever dan een gezonde normpopulatie. Zij vertoonden bij het omgaan met moeilijke werksituaties minder vaak actieve (adaptieve) coping strategieën en vaker passieve coping strategieën. Uit kwalitatieve bevindingen komt naar voren dat de werkdruk en problemen in de relatie met leidinggevenden/collega's als voornaamste redenen van uitval werden genoemd. Persoonlijke karakteristieken zoals perfectionisme, faalangst en een sterke behoefte aan erkenning speelden eveneens een rol.

3. Randomisatie

Patiënten in de controle en de experimentele conditie verschilden op baseline significant in de ernst van de depressie, zoals gemeten met de HDRS ($t(115) = 2.09$, $p = 0.04$), waarbij de controle conditie een hogere ernstscore had ($M = 20.05$, $SD = 5.17$) dan de experimentele conditie ($M = 17.95$, $SD = 5.14$). Verder bleek de experimentele conditie ($M = 34.99$, $SD = 4.96$) significant meer contracturen te hebben dan de controle conditie ($M = 32.69$, $SD = 5.75$; $t(115) = -2.24$, $p = 0.03$). Op alle overige variabelen waren de condities vergelijkbaar (zie Tabel 1-3). Voor deze baseline verschillen zal in de analyses worden gecorrigeerd door middels propensity scores.

4. Uitval ergotherapie

Van de 78 patiënten uit de experimentele conditie hebben er 7 (9%) de ergotherapeutische interventie niet afgemaakt. Bij twee patiënten was sprake van verergering van klachten, waardoor zij niet meer wilden of konden deelnemen aan de ergotherapie. Twee patiënten hadden een nieuwe baan waardoor zij deelname aan de ergotherapie als minder zinvol zagen. De overige drie patiënten wilden niet meer deelnemen aan de ergotherapie omdat zij het bezig zijn met de werksituatie als te confronterend ervoeren en bang waren voor een terugval.

5. Uitkomstmaten¹ (Vraag 2)

5.1. Effect op arbeidsparticipatie

Uren verzuim

In beide groepen was sprake van een statistisch significante daling in het aantal uren ziekteverzuim ($p < .001$) gedurende de studieperiode (zie tabel 6). Hoewel de experimentele conditie tussen de 7 en 12 maanden wat sterker lijkt te dalen, is het aantal uren verzuim tussen de 13-18 maanden weer vergelijkbaar voor beide condities (tijd² x conditie interactie: $p = .094$).

Tabel 6. Gemiddeld aantal uren wekelijks verzuim per 6 maanden (gepoolde gemiddelden)

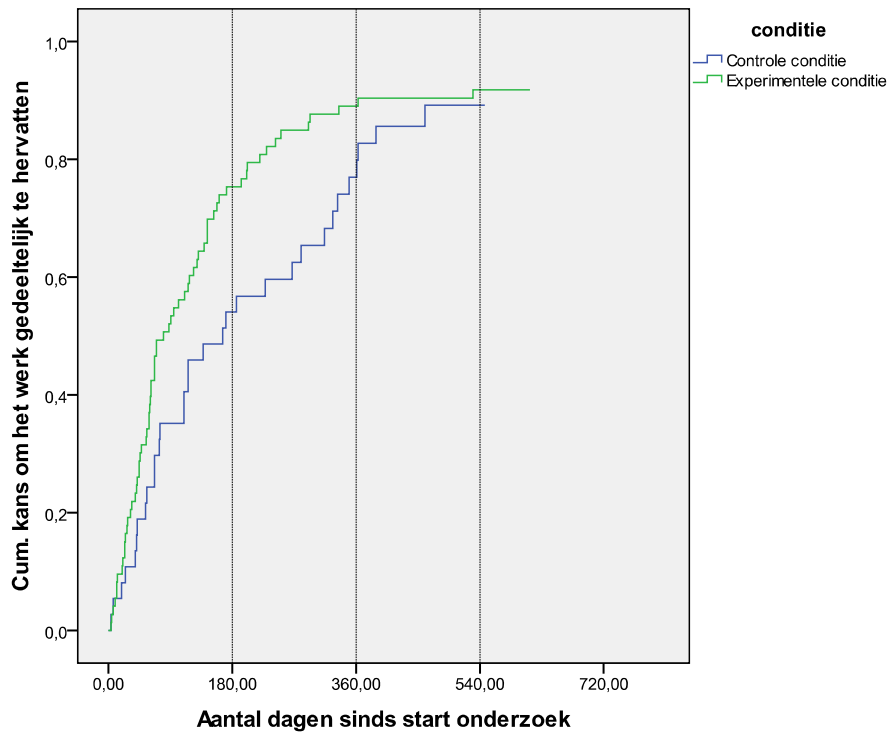
Aantal uren verzuim per week	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Baseline, gem(SD),	27.4(9.6)	27.1(8.8)	27.6(10.0)
- percentage van contracturen	81.6%	83.0%	80.9%
1-6 maanden, gem(SD)	22.9(10.2)	23.3(10.8)	22.7(10.0)
- percentage van contracturen	67.2%	69.9%	65.8%
7-12 maanden, gem(SD)	15.1(12.2)	17.0(12.8)	14.1(11.9)
- percentage van contracturen	44.5%	51.1%	41.2%
13-18 maanden, gem(SD)	10.9(12.4)	11.9(12.3)	10.4(12.5)
- percentage van contracturen	32.4%	36.2%	30.5%

Tijd tot werkhervatting

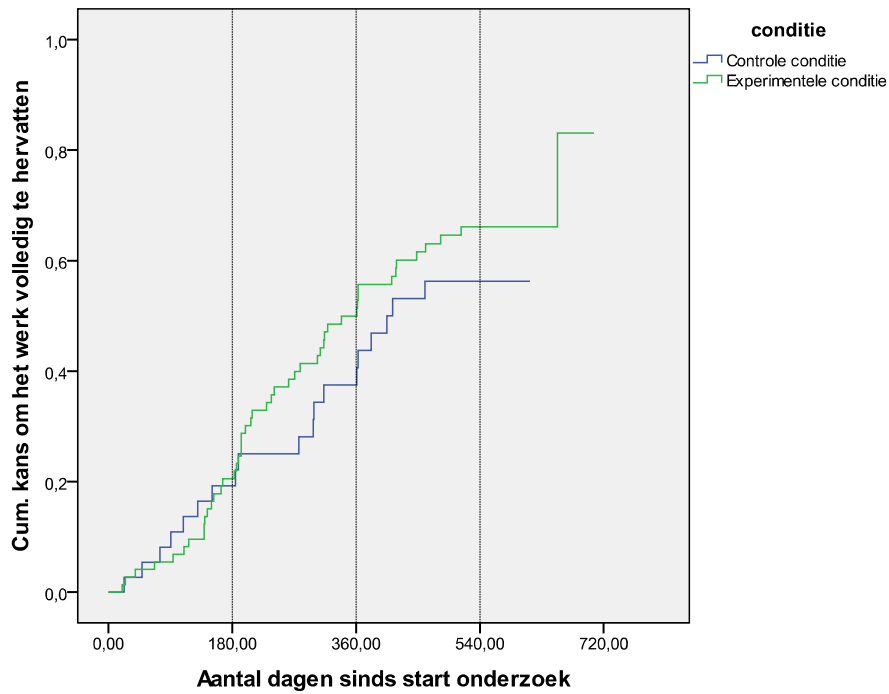
Uit de Kaplan Meijer curves voor **gedeeltelijke** werkhervatting (Figuur 2.1) en de randsignificante log-rank toets ($\chi^2(1, N = 117) = 3.51, p = .061$) blijkt dat de experimentele groep het werk sneller hervatte (sneller stijgende Kaplan Meijer curve) dan de controle groep (zie ook Tabel 7 voor percentages). Als gecorrigeerd wordt voor baseline verschillen met behulp van de Cox regressie analyse, blijkt dat de kans op gedeeltelijke werkhervatting op ieder tijdstip niet significant verschilt tussen de controle en de experimentele conditie ($p = .156$).

Uit de Kaplan Meijer curves voor **volledige** werkhervatting (Figuur 2.2) en de log-rank toets ($\chi^2(1, N = 117) = 0.81, p = .369$) blijkt dat de curve van de experimentele groep niet significant verschilt van de Kaplan Meijer curve van de controle groep (zie ook Tabel 7 voor percentages). De Cox regressie analyse, waarbij gecorrigeerd wordt voor baseline verschillen, laat hetzelfde beeld zien: Beide condities verschillen niet significant ($p = .819$) in de kans op volledige werkhervatting over tijd.

¹ Van de uitkomstmaten zijn uitsluitend de p -waarden en gemiddelden weergegeven. Voor meer uitgebreide resultaten betreffende de statistische analyses, zie Bijlage 1.



Figuur 2.1 Cumulatieve kans om het werk *gedeeltelijk* te hervatten in de experimentele (n=78) en de controle (n=39) conditie (Kaplan Meijer curves).



Figuur 2.2 Cumulatieve kans om het werk *volledig* te hervatten in de experimentele (n=78) en de controle (n=39) conditie (Kaplan Meijer curves).

Tabel 7. Aantal dagen en cumulatief percentage gedeeltelijke en volledige werkhervatting

	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Gedeeltelijke werkhervatting, mediaan (95% CI)	110.00 (73.18 – 146.83)	166.00 (90.52 – 241.48)	80.00 (46.51 – 113.49)
Volledige werkhervatting, mediaan (95% CI)	363.00 (282.96 – 443.03)	405.00 (272.96 – 537.04)	361.00 (305.28 – 416.72)
Cum. percentage gedeeltelijke werkhervatting (> 5 uur) [†]			
- 6 maanden	68.2%	54.1%	75.3%
- 12 maanden	85.0%	76.9%	89.0%
- 18 maanden	90.9%	89.2%	91.8%
Cum. percentage volledige werkhervatting			
- 6 maanden	20.1%	19.2%	20.5%
- 12 maanden	45.8%	37.5%	50.0%
- 18 maanden	62.8%	56.3%	66.1%

[†] Deze percentages zijn geschat met behulp van de Kaplan Meijer curves

Persistentie van de werkhervatting (alleen complete-cases)

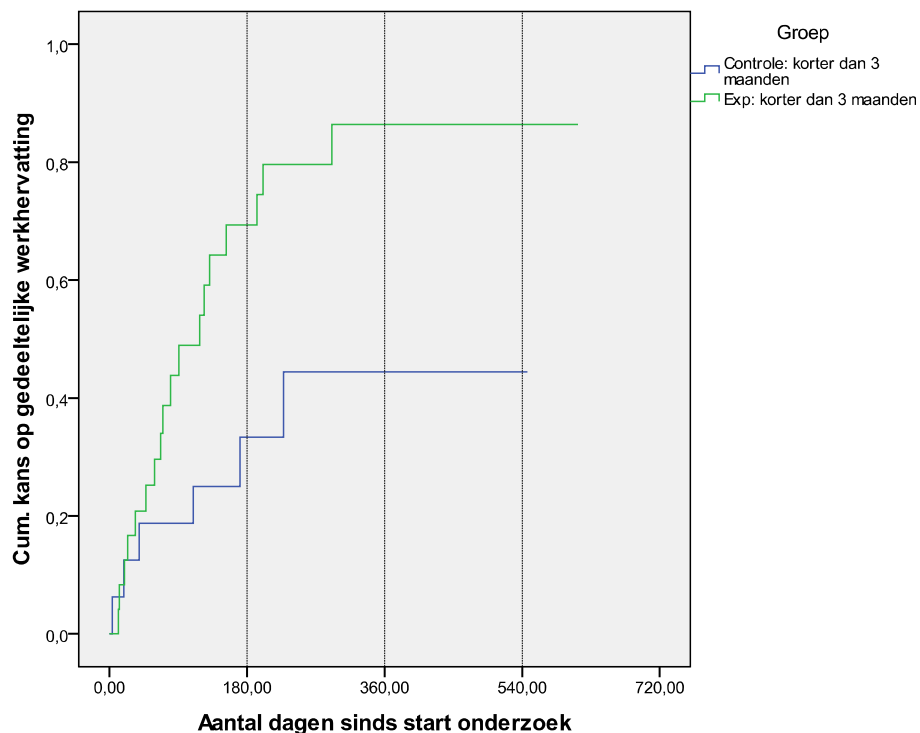
Voor de persistentie van de werkhervatting kan uitsluitend iets gezegd worden over de 66 patiënten die het werk volledig hervat hebben en waarvan data beschikbaar zijn over de gehele 18 maanden (complete cases). Van deze 66 patiënten bleven 58 patiënten (87.8%) volledig aan het werk gedurende de studieperiode. Acht patiënten (12.2%) hadden een terugval, waarbij terugval gedefinieerd werd als het weer minimaal 4 weken 25% verzuimen van het aantal contracturen. Van deze patiënten zaten er zes (12.8% van de 47) in de experimentele conditie en twee (10.5% van de 19) in de controle conditie: dit verschil was niet significant ($\chi^2(1, N = 66) = .06, p = .801$).

Effect ergotherapie op werkhervatting: kort (≤ 3 mnd) versus lang (>3 mnd) verzuim op baseline

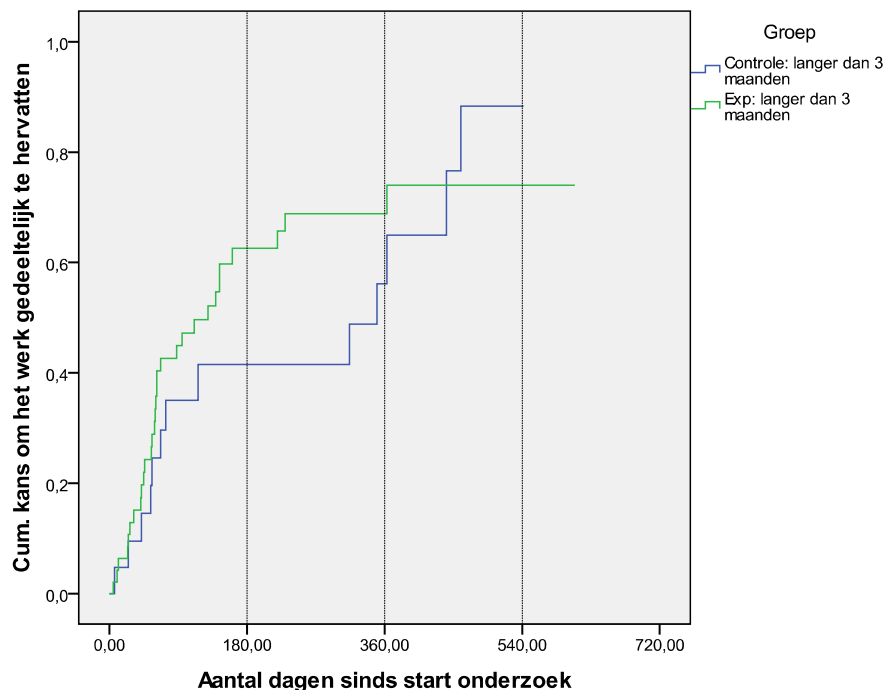
Gezien er een subgroep patiënten (N=43) was die op baseline minder lang verzuimde dan de gemiddelde Do-It populatie, hebben we exploratief gekeken naar de effectiviteit van de ergotherapie op werkhervatting bij een korte (≤ 3 maanden) en lange (> 3 maanden) baseline verzuimduur. Deze onderverdeling sluit aan bij de bevindingen uit onderzoek (Loisel et al., 2001; Franche & Krause, 2002) die aantonen dat de effectiviteit van arbeidsinterventies in belangrijke mate afhangt van de verzuimfase waarin patiënten zitten. Volgens deze fase-specifieke modellen moet er onderscheid gemaakt worden tussen een (sub)acute (1-12 weken) en een chronische fase (langer dan 12 weken/3 maanden; Loisel et al., 2001; Franche & Krause, 2002). Door het maken van deze onderverdeling werden de groepen wel dusdanig klein, dat er te weinig power is om eventuele substantiële verschillen statistisch significant aan te kunnen tonen. Om deze reden werd besloten om ook non-significante resultaten te rapporteren.

In Figuur 3.1 en Figuur 3.2 is de tijd tot gedeeltelijke werkhervatting te zien voor beide condities, onderverdeeld in een groep met baseline verzuim gelijk of korter dan 3 maanden (Figuur 3.1) en een groep met baseline verzuim langer dan 3 maanden (Figuur 3.2). Hoewel de verschillen tussen de vier groepen niet significant zijn ($p = .129$), komt uit de grafiek naar voren dat de verschillen tussen de experimentele conditie en de controle conditie het sterkst zijn bij een verzuimduur van korter dan 3 maanden.

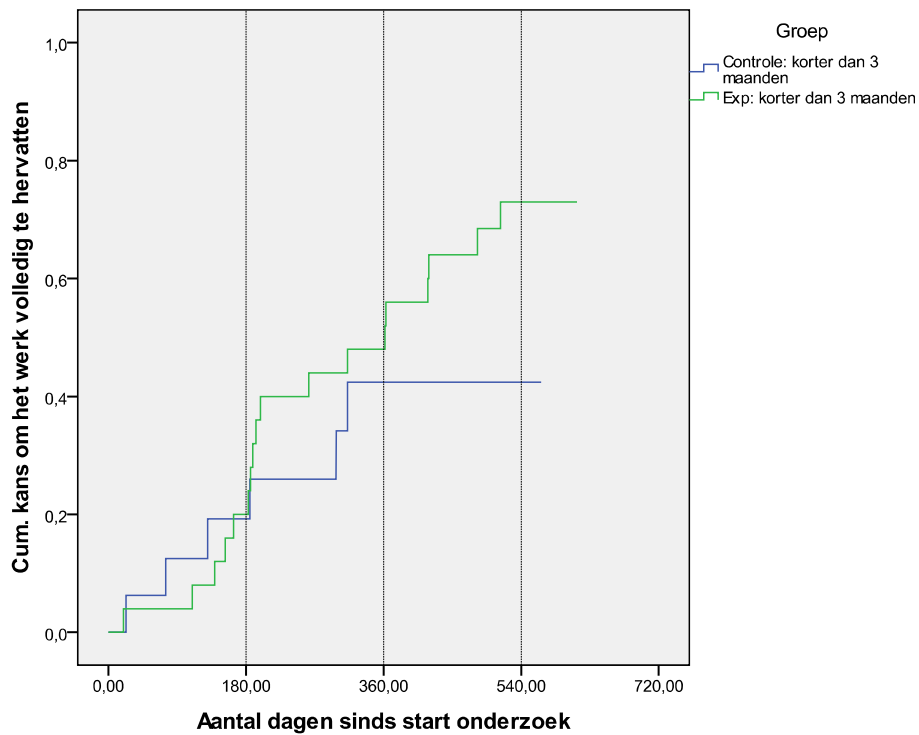
In Figuur 4.1 en Figuur 4.2 is de tijd tot volledige werkhervatting weergegeven voor de vier subgroepen (Figuur 4.1: ≤ 3 maanden verzuim, Figuur 4.2: > 3 maanden verzuim). Hoewel ook deze verschillen niet significant zijn ($p = .316$), verschillen de controle en de experimentele conditie voornamelijk bij een verzuim van korter of gelijk aan 3 maanden.



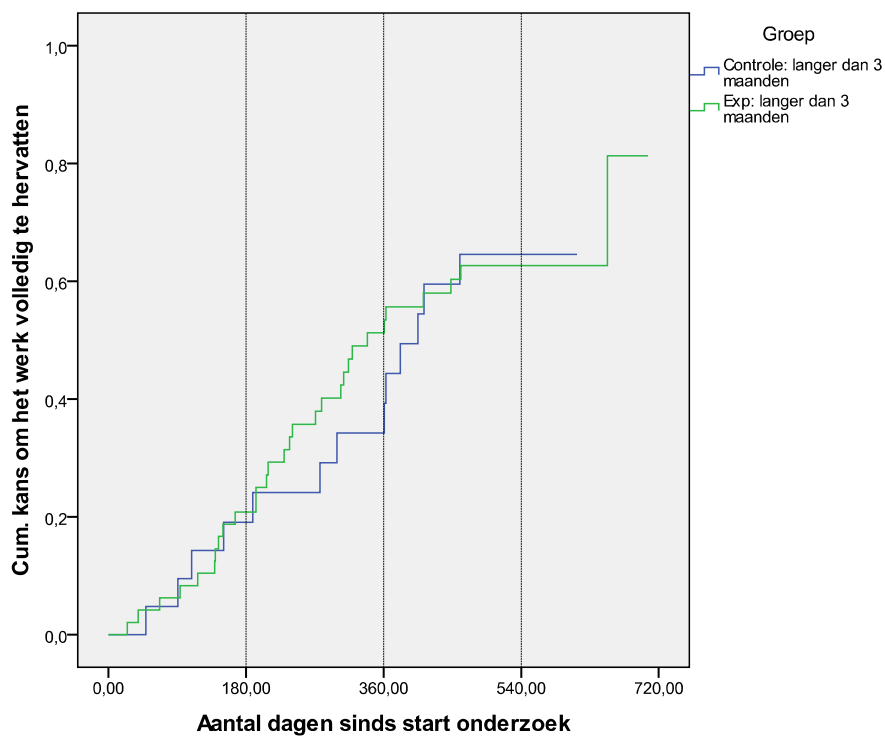
Figuur 3.1: Cumulatieve kans om het werk *gedeeltelijk* te hervatten in de experimentele en de controle conditie bij *kort* (≤ 3 maanden) verzuim op baseline (Kaplan Meijer curves).



Figuur 3.2: Cumulatieve kans om het werk *gedeeltelijk* te hervatten in de experimentele en de controle conditie bij *langdurig* (> 3 maanden) verzuim op baseline (Kaplan Meijer curves).



Figuur 4.1: Cumulatieve kans om het werk *volledig* te hervatten in de experimentele en de controle conditie bij *kort* (≤ 3 maanden) verzuim op baseline (Kaplan Meijer curves).



Figuur 4.2: Cumulatieve kans om het werk *volledig* te hervatten in de experimentele en de controle conditie bij *langdurig* (> 3 maanden) verzuim op baseline (Kaplan Meijer curves).

Conclusie: Hoewel de twee behandelcondities niet significant verschillen wat betreft het aantal uren verzuim en de tijd tot gedeeltelijke en volledige werkhervatting, is wel een trend te zien voor eerder arbeidsherstel in de experimentele groep: In de periode van 7-12 maanden lijkt de experimentele groep een sterkere daling in het aantal uren verzuim te hebben en eerder tot gedeeltelijke werkhervatting te komen. Dit lijkt voornamelijk het geval voor de groep die op baseline 3 maanden of minder verzuimde. Ook in de mate van volledig arbeidsherstel lijkt de experimentele conditie die 3 maanden of korter verzuimt het na 18 maanden beter te doen dan de controle conditie die 3 maanden of korter verzuimde. Deze in kleine groepen verkregen tentatieve bevindingen dienen in toekomstig onderzoek gerepliceerd te worden.

Wat betreft de mate van *terugval* na volledige werkhervatting blijkt uit de complete-case analyse dat er geen verschil is tussen de controle en de experimentele conditie; opvallend is het lage percentage terugval in beide condities. Het lijkt erop dat indien eenmaal een volledige werkhervatting bereikt is, de kans op terugval klein is. Omdat deze analyses alleen op de complete cases gebaseerd zijn, moeten deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

5.2. Effect op depressie

Klinische ernst depressie

In beide groepen daalde de ernst van de depressie (HDRS) significant over tijd (tabel 4; $p < .001$). Daarnaast nam de ernst van de depressie significant sneller af voor patiënten in de experimentele conditie dan voor patiënten in de controle conditie (tijd x conditie: $p = .047$).

Het percentage herstel (HDRS ≤ 7) laat een vergelijkbaar beeld zien: In beide groepen stijgt het percentage patiënten dat hersteld is over tijd ($p < .001$). Daarnaast stijgt het percentage herstelden in de experimentele conditie sterker dan in de controle conditie ($p = .052$). Ten slotte is er in de experimentele conditie ook vaker sprake van duurzaam herstel¹: slechts 9.4% van de patiënten in de experimentele conditie had in de onderzoeksperiode een terugval, tegenover 31.0% van de patiënten in de controle conditie ($p = .041$).

Tabel 8. Klinische ernst depressie (gepoolde gemiddelden)

	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Ernst depressie (HDRS)			
baseline	18.7(5.1)	20.1(5.2)	18.0(5.1)
6 maanden	11.6(7.1)	12.4(8.1)	11.2(6.6)
12 maanden	7.9(7.1)	9.6(7.8)	7.1(6.7)
18 maanden	6.1(6.7)	8.8(8.2)	4.7(5.4)
% Hersteld (HDRS)^a			
6 maanden	32.0%	31.3%	32.3%
12 maanden	53.5%	46.7%	56.9%
18 maanden	68.4%	51.8%	76.7%

^a Herstel is gedefinieerd als HDRS < 7

Subjectieve ernst depressie

Hoewel de subjectieve beleving van de ernst van de depressie daalt over tijd ($p < .001$), is er geen verschil in beloop tussen de experimentele en de controle conditie ($p = .174$). Het percentage herstel (IDS ≤ 14) neemt toe over de tijd ($p < .001$), maar verschilt eveneens niet

¹ Duurzaam herstel werd gedefinieerd als geen terugval gedurende de studieperiode. Patiënten die pas op T3 hersteld waren (n= 21) zijn voor deze berekening niet meegenomen, aangezien er geen follow-up kon plaatsvinden om te kijken of deze patiënten ook hersteld bleven.

tussen beide condities ($p = .170$). Ten slotte bleek er geen significant verschil in de mate van duurzaam herstel (49% in de controle conditie vs. 68% in de experimentele conditie, $p = .299$).

Tabel 9. Subjectieve ernst depressie (gepoolde gemiddelden)

	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Ernst depressie (IDS-SR)			
Baseline	39.9(10.6)	42.1(9.8)	38.7(10.9)
6 maanden	28.6(14.5)	29.7(16.2)	28.1(13.7)
12 maanden	23.1(13.8)	24.6(15.1)	22.4(13.1)
18 maanden	20.2(13.1)	23.4(15.2)	18.6(11.7)
% Hersteld (IDS-SR)*			
6 maanden	18.8%	18.0%	19.2%
12 maanden	26.7%	23.6%	28.2%
18 maanden	30.8%	20.0%	36.2%

* Herstel is gedefinieerd als IDS-SR \leq 14

Conclusie: Ergotherapie heeft meerwaarde voor het herstel van depressie, zowel wat betreft de afname van depressieve symptomen als het percentage duurzaam herstel van depressie, dit alles gemeten met een klinisch interview. Op een zelfbeoordelingschaal wordt wel een vergelijkbare trend gezien, maar zijn de verschillen tussen de condities niet significant.

Opmerkelijk is het verschil in percentage herstel zoals gemeten met de klinische (HDRS) en de zelfrapportage vragenlijst (IDS SR). Kennelijk is de door de patiënt ervaren ernst van de depressieve klachten een stuk hoger dan de door klinici vastgestelde ernst van de depressie.

5.3 Effect op werfunktioneren¹

Om de meerwaarde van ergotherapie voor de productiviteit te kunnen bepalen is het van belang om te kijken naar het functioneren van patiënten *op het moment dat zij weer aan het werk waren*. Dit geeft echter problemen voor het uitvoeren van statistische analyses, omdat een voorwaarde voor deze analyses is dat patiënten op *alle* meetmomenten een valide score hebben voor de mate van productiviteit. Voor een verdere uitleg hoe we dit opgelost hebben, zie Bijlage 2.

Efficiëntie

In beide condities verbeterde de efficiëntie significant over tijd (tijd: $p < .001$), waarbij de verbetering in efficiëntie in de periode van 7-12 maanden het sterkst was (tijd²: $p = .014$). Er was echter geen significant verschil in beloop tussen de experimentele conditie en de controle conditie ($p = .473$).

Tabel 10. Gemiddelde efficiëntie van de gewerkte uren per 6 maanden(gepoolde gemiddelden): hogere scores betekenen een hogere efficiëntie.

Efficiëntie¹	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
1-6 maanden	5.6(1.3)	5.4(1.3)	5.6(1.3)
7-12 maanden	6.6(1.5)	6.4(1.4)	6.7(1.6)
13-18 maanden	7.2(1.5)	7.2(1.3)	7.2(1.6)

Beperkingen in het werfunktioneren

De WLQ Output schaal laat een vergelijkbaar beeld zien als de efficiëntie cijfers: In beide condities neemt de belemmering ten aanzien van het productief uitvoeren van werktaken af over tijd (WLQ Output schaal; tijd: $p < .001$), waarbij de belemmering in productiviteit het

¹ Voor een beschrijving van instrumenten, zie de methodesectie op p. 5.

sterkst daalde gedurende de eerste 12 maanden van de studieperiode (tijd²: $p = .009$). Er is echter geen verschil in beloop tussen beide condities ($p = .721$).

Daarnaast was er voor beide groepen sprake van een significante afname in belemmering op de WLQ Time Management schaal (tijd: $p < .001$) en de Mental/Interpersonal Demands schaal (tijd: $p < .001$), waarbij de beperkingen in de eerste 12 maanden het sterkst daalden (tijd² Time: $p = .017$, tijd² Mental/Int: $p = .019$). Er was echter geen verschil in beloop tussen condities (p Time = .202; p Mental/Int = .279).

Tabel 11. Beperkingen in het werkfunctioneren (gepoolde gemiddelden): hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen.

Work Limitations Questionnaire	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Output¹			
Vóór start verzuim (variabel)	58.6(23.4)	51.7(27.4)	62.0(20.5)
6 maanden	41.6(19.6)	43.6(23.2)	40.6(17.6)
12 maanden	33.6(16.7)	34.7(19.8)	33.1(15.0)
18 maanden	32.7(18.2)	35.7(19.8)	31.2(17.3)
Time management¹			
Vóór start verzuim (variabel)	56.5(24.2)	58.1(25.9)	55.6(23.5)
6 maanden	45.4(21.5)	45.1(21.9)	45.4(21.5)
12 maanden	35.8(19.3)	38.8(23.8)	34.4(16.5)
18 maanden	34.7(22.1)	38.0(24.2)	33.1(20.9)
Mental/Interpersonal¹			
Vóór start verzuim (variabel)	55.3(19.6)	55.0(21.1)	55.5(18.9)
6 maanden	41.6(17.8)	42.2(19.2)	41.3(17.2)
12 maanden	35.5(15.8)	38.1(19.8)	34.2(13.3)
18 maanden	34.5(16.4)	37.7(17.6)	32.8(15.6)

Conclusie: Het werkfunctioneren verbeterde in beide condities, zowel in termen van een toename in efficiëntie van de gewerkte uren, als een afname in de mate waarin patiënten beperkt waren om hun werkzaamheden snel en zonder fouten uit te voeren (Output), zich aan werkschema's te houden (Time Management) en het cognitief/sociaal werkfunctioneren (Mental/Interpersonal). Opvallend is dat op al deze aspecten van het werkfunctioneren de meeste verbetering lijkt op te treden in de periode van 7-12 maanden. Er zijn echter geen significante verschillen in beloop tussen de experimentele en de controle conditie.

6. Werkingsmechanismen ergotherapie (onderzoeksvraag 3)

Coping

De actieve coping neemt in beide condities significant toe gedurende de studieperiode (Actief Aanpakken: $p < .001$). Tevens verschilt het beloop tussen de controle en de experimentele conditie niet significant ($p = .818$).

De mate van passieve coping neemt af in beide condities: er is een significante daling op de UCL schaal 'Passief Reactiepatroon' (tijd: $p < .001$), waarbij de vermindering tussen de 7-12 maanden het sterkst is (tijd²: $p = .004$). Op de UCL schaal 'Vermijden' verminderen beide groepen tussen de 7-12 maanden (tijd²: $p = .035$). Er zijn geen significante verschillen tussen de condities in beloop van de passieve coping over tijd (p Passief = .680, p Vermijden = .195).

¹ Voor een beschrijving van deze schalen, zie de Methode sectie op p. 5

Tabel 12. Coping (gepoolde gemiddelden)

Utrechtse Coping Lijst	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Actief aanpakken			
Vóór start verzuim (variabel)	15.5(4.1)	15.8(4.3)	15.4(4.0)
6 maanden	16.2(3.8)	15.4(3.7)	16.6(3.8)
12 maanden	16.9(3.7)	16.3(3.9)	17.2(3.6)
18 maanden	17.5(3.8)	16.8(3.9)	17.9(3.7)
Passief Reactiepatroon			
Vóór start verzuim (variabel)	17.7(4.3)	17.5(4.4)	17.8(4.2)
6 maanden	16.0(4.4)	16.5(4.4)	15.8(4.4)
12 maanden	13.8(3.8)	14.6(4.5)	13.4(3.4)
18 maanden	13.4(3.7)	14.1(4.4)	13.1(3.3)
Vermijden			
Vóór start verzuim (variabel)	17.9(3.8)	18.1(4.3)	17.8(3.6)
6 maanden	17.6(3.4)	18.3(3.7)	17.2(3.2)
12 maanden	16.6(3.2)	16.4(3.7)	16.7(2.9)
18 maanden	17.0(3.4)	17.1(3.5)	16.9(3.3)

Self-efficacy

In beide condities neemt de self-efficacy significant toe over de tijd ($p < .001$); er is echter geen significant verschil in beloop tussen de controle en de experimentele conditie ($p = .833$).

Tabel 13. Self-efficacy (gepoolde gemiddelden): hogere scores betekenen een hogere self-efficacy.

Self-efficacy	Totaal (n=117)	Controle (n=39)	Exp. (n=78)
Baseline	2.4(1.0)	2.4(1.1)	2.5(1.0)
6 maanden	3.8(1.2)	3.2(1.4)	3.4(1.1)
12 maanden	3.9(1.1)	3.8(1.2)	3.9(1.1)
18 maanden	4.1(1.1)	4.0(1.7)	4.2(1.0)

Conclusie: Het effect van ergotherapie lijkt niet via het verhogen van de self-efficacy en/of het verbeteren van de coping te verlopen. Hoewel de mate van adaptieve coping en self-efficacy toenamen over tijd, verbeterde de experimentele conditie niet méér dan de controle conditie. Tevens blijkt er geen verschil in beloop tussen de experimentele en de controle conditie wat betreft de mate van passieve coping. De mate waarin passieve coping strategieën gehanteerd werd in beide condities nam wel af gedurende de studieperiode, vooral in de periode tussen de 7-12 maanden.

7. Evaluatie van de behandeling

Bij de evaluatie van de diverse behandelingen werd patiënten gevraagd om een rapportcijfer te geven voor de ontvangen behandeling(en). Patiënten beoordeelden de poliklinische behandeling over het algemeen als waardevol ($M = 6.9$, $SD = 2.3$). Er was geen significant verschil ($p = .141$) in de beoordeling van de poliklinische behandeling tussen patiënten uit de experimentele conditie ($M = 6.7$, $SD = 2.4$) en patiënten uit de controle conditie ($M = 7.5$, $SD = 2.0$). Patiënten in de experimentele conditie beoordeelden de ergotherapie tevens als waardevol ($M = 7.1$, $SD = 2.6$).

RESULTATEN KWALITATIEF ONDERZOEK (onderzoeksvraag 4)

Bevorderende factoren voor de werkhervatting

Het aantal respondent dat mee heeft gedaan aan het verkrijgen van inzicht in bevorderende factoren voor werkhervatting, is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 14. Deelnemers

Deelnemers	Brainstormen		Prioriteren en Clusteren	
	n	%	n	%
Patiënten	19	59	13	32
Leidinggevenden	6	19	19	46
Bedrijfsartsen	7	22	9	22
Totaal	32	100	41	100

Het brainstormen op de vraag: “Welke factoren, werk-, persoonlijke- en andere factoren, zijn volgens uw ervaring en deskundigheid van belang voor een succesvolle werkhervatting bij mensen die zijn uitgevallen wegens depressie?”, heeft geresulteerd in 328 uitspraken. Na het elimineren van dubbele uitspraken en slecht geformuleerde uitspraken, bleven uiteindelijk 60 unieke uitspraken (statements) over. Deze zijn aan de deelnemers voorgelegd voor het clusteren en prioriteren en de uitslagen zijn vervolgens ingevoerd in het computer programma. Het programma Ariadne berekent de gemiddelden per statement en ordent statements bij elkaar die door de respondenten vaak bij elkaar zijn gegroepeerd. De uiteindelijk resultaten worden samengevat in een concept map, waarbij met dit programma kan worden gekozen voor 2 tot 18 clusters. Standaard geeft het programma 8 clusters weer. Ook in dit onderzoek is hiervoor gekozen. Tabel 15 geeft de statements en de clusters weer, met de gemiddelden per statement en per cluster, op een schaal van 1-5, waarbij 5 het meest belangrijk is voor werkhervatting en 1 het minst belangrijk voor werkhervatting.

Tabel 15 Bevorderende factoren voor de werkhervatting bij depressie; Clusters en statements

st.nr.	Statements	gem. Totaal	gem. Werk-nemers	gem. Leiding-gevenden	gem. Bedrijfs-artsen	P
Cl. 1	Zelfwaardering	3,55	3,5	3,51	3,69	0.746
57	Gevoel hebben serieus genomen te worden	3.95	4.46	3,58	4	
49	Werknemer kent en geeft zijn grenzen aan	3.63	3,23	3,79	3,84	
56	Het hebben van perspectief	3.51	3,15	3,68	3,67	
50	Het werk kunnen relativeren	3.10	3,15	3	3,22	
Cl. 2	Aanpassen van de werksituatie	3,26	3,03	3,25	3,62	0.029
8	Stress verminderen, door tijdelijk wegnemen van stressvolle taken	4.07	3,62	4,11	4,47	
4	Aanpassen van het werk in hoeveelheid en/of taken	3.98	3,23	4,11	4,78	
10	Duidelijkheid over taken en verwachtingen op het werk	3.85	3,08	4,23	4	
42	Aanpassen van het werk in complexiteit en verantwoordelijkheden	3.54	3,85	3,58	4,44	
15	Goed werkklimaat, fijne werksfeer	3.44	3,46	3,47	3,33	
52	Werk hervatten met bekende, niet-complexe taken	3.32	3,08	3,32	3,67	
33	Werknemer bepaalt zelf zijn werktempo en deelt zijn eigen werk in	3.10	3	2,84	3,78	
22	Werkplek zonder overmaat aan prikkels	2.93	2,62	3,16	3,89	
45	Aanpassen van het werk in uren	2.88	3	2,89	2,78	
58	Betrokken worden bij bepaalde zaken op het werk	2.54	3	2,26	2,44	
16	Het functioneringsprobleem aanpakken	2.27	2,54	1,74	3	
Cl. 3	Begrip en ondersteuning op het werk	3,25	2,9	3,46	3,29	0.009

	Regelmatig een gesprek tussen werkgever en werknemer over hoe het gaat	3.95	3,23	4,26	4,33	
	36 Begrip van de werkgever	3.80	3,62	4,11	3,44	
	Uitspreken van wederzijds vertrouwen tussen werkgever en werknemer	3.61	3	4,16	3,33	
	43 Werknemer heeft duidelijkheid over reïntegratietraject	3.56	3	3,68	4,22	
	47 Begrip en steun van collega's	3.41	3,08	3,74	3,22	
	38 Werknemer krijgt compliment/waardering van collega's en werkgever	3.27	3,46	3,16	3,22	
	39 Openheid geven over situatie werknemer, op het werk naar collega's	2.56	2,31	2,63	3,78	
	30 In reïntegratietraject aandacht hebben voor woon-werkafstand	1.80	1,62	1,95	1,78	
Cl. 4	Vaardig in self-management	3,12	3,3	3,11	2,89	0.311
	Leren zelf doelen op te stellen die haalbaar zijn op basis van energie	3.44	3,23	3,47	3,67	
	25 Voldoende rust in je hoofd om werk op te pakken	3.37	4,23	3,26	2,33	
	44 Zelf kunnen benoemen van problemen	3.24	3,08	3,42	3,11	
	54 Zelfvertrouwen	3.24	3,46	3,16	3,11	
	35 Doorzettingsvermogen	3.07	3,31	3,11	2,67	
	29 Fouten mogen maken van jezelf	2.95	3,15	2,95	2,67	
	51 Het leven wat minder te willen controleren	2.54	2,62	2,42	2,67	
Cl. 5	Ondersteunende gezondheidszorg	2,95	3,12	2,87	2,86	0.354
	34 Goede afstemming tussen behandelaar, bedrijfsarts, werkgever en werknemer	4.02	3,69	4,21	4,11	
	17 Goede diagnose en verwijzing door bedrijfsarts naar juiste hulpverlening	3.88	4,31	3,53	4	
	14 Steun van de behandelaar (psycholoog, huisarts, haptonoom etc) in de werkhervatting	3.56	3,69	3,42	3,67	
	46 Goede begeleiding bedrijfsarts	3.49	3,46	3,42	3,67	
	32 Trusting the treating professional	3.29	3,00	3,16	3,56	
	12 Werknemer kan (professionele) hulp vragen	2.90	2,69	3,11	3,78	
	27 Gesprekken met de psychiater	2.63	3,46	2,21	2,33	
	31 Interventie arbeid/ergo AMC	2.51	2,85	2,37	2,33	
	7 Medicatie	2.44	2,62	2,42	2,22	
	3 Gesprek met ergotherapeut AMC	2.22	2,69	2,05	1,89	
	18 Gesprekken met de huisarts	1.80	1,77	1,95	1,56	
Cl. 6	Positief energieniveau	2,76	2,91	2,68	2,72	0.448
	2 Herstel energieniveau	3.85	3,85	4	3,56	
	5 Ontspanning door bijvoorbeeld sporten	3.32	3	3,26	3,84	
	48 Afname van klachten	3.02	3,15	3,05	2,78	
	26 Verkrijgen van inzicht in jezelf door bijvoorbeeld het vertellen van het levensverhaal	2.44	3,15	2,21	1,84	
	11 De week niet vol plannen met sociale contacten	2.12	2,23	2	2,22	
	59 Privéproblemen aan de kant zetten	1.83	2,08	1,58	2	
Cl. 7	Evenwicht in de werk/thuis situatie	2,66	2,87	2,57	2,56	0.441
	13 Balans van thuis en werk verbeteren	3.17	3,08	2,95	3,78	
	1 Begrip van de thuissituatie	3.10	3,338	3,37	2,11	
	9 Kunnen praten met mensen in de thuissituatie	3.00	3,46	2,95	2,44	
	21 Geen spanningen in de thuissituatie	2.76	3,15	2,79	2,11	
	53 Goede ondersteuning thuis, ontlasting van taken thuis door familie	2.51	2,42	2,05	3,33	
	55 Het doen van taken in het huishouden die een voldaan gevoel geven	1.44	1,54	1,32	1,56	

Cl. 8	Positieve werkervaringen	2,46	3,58	2,47	2,24	0,370
37	Werknemer vindt zijn werk leuk	3,59	3,92	3,37	3,56	
6	Rust in je werk brengen	3,37	3,69	3,47	2,67	
41	Snel het werk kunnen hervatten	2,34	1,85	2,95	1,78	
20	Andere functie aannemen bij dezelfde werkgever	1,56	1,85	1,32	1,67	
19	Ander werk zoeken	1,44	1,62	1,26	1,56	

Drie clusters hebben betrekking op de werksituatie: het aanpassen van de werksituatie (Cl. 2), ondersteuning van de werknemer op het werk (Cl. 3) en het opdoen van positieve werkervaringen door de werknemer (Cl. 8). Eén cluster betreft de gezondheidszorg (Cl. 5), waarbij een goede coördinatie en afstemming als het meest belangrijk wordt gezien voor werkhervatting na een depressie. De overige vier clusters hebben betrekking op de werknemer: Zelfwaardering (Cl. 1), waarbij vooral van belang is dat de werknemer serieus genomen wordt; Vaardig in zelfmanagement (Cl. 4), waarbij het vooral erom gaat dat de werknemer zelf zijn doelen kan stellen en kan aangeven wat hij nodig heeft; Positief energie niveau (Cl. 6), waarbij vooral van belang is dat de werknemer voldoende energie heeft om het werk te kunnen hervatten; Evenwicht in de werk/thuis situatie (Cl. 7), waarbij vooral het begrip en ondersteuning vanuit de thuissituatie aan de orde zijn. De tien belangrijkste statements voor een succesvolle werkhervatting zijn weergegeven in Tabel 16.

Tabel 16. Belangrijkste tien statements voor een succesvolle werkhervatting

#	Statements	gem. totaal	ranking	gem. Werknemers	ranking	gem. Leiding	ranking	gem. Bedrijfs artsen	ranking	P
8	Stress verminderen, door tijdelijk wegnemen van stressvolle taken	4.07	(1)	3,62	(9)	4,11	(6)	4,47	(2)	0,08
34	Goede afstemming tussen behandelaar, bedrijfsarts, werkgever en werknemer	4.02	(2)	3,69	(8)	4,21	(3)	4,11	(6)	0,34
4	Aanpassen van het werk in hoeveelheid en/of taken	3.98	(3)	3,23		4,11	(5)	4,78	(1)	0,00
24	Regelmatig een gesprek tussen werkgever en werknemer over hoe het gaat	3.95	(4)	3,23		4,26	(2)	4,33	(4)	0,02
57	Gevoel hebben serieus genomen te worden	3.95	(5)	4.46	(1)	3,58		4	(9)	0,11
17	Goede diagnose en verwijzing door bedrijfsarts naar juiste hulpverlening	3.88	(6)	4,31	(2)	3,53		4	(8)	0,25
2	Herstel van energieniveau	3.85	(7)	3,85	(5)	4	(8)	3,56		0,62
10	Duidelijkheid over taken en verwachtingen op het werk	3.85	(8)	3,08		4,23	(1)	4	(7)	0,06
36	Begrip van de werkgever	3.80	(9)	3,62	(10)	4,11	(7)	3,44		0,24
49	Werknemer kent en geeft zijn grenzen aan	3.63	(10)	3,23		3,79	(9)	3,84		0,36
28	Uitspreken van wederzijds vertrouwen tussen werkgever en werknemer	3.61	11	3		4,16	(4)	3,33		0,03
37	Werknemer vindt zijn werk leuk	3.59	12	3,92	(4)	3,37		3,56		0,35
14	Steun van de behandelaar (psycholoog, huisarts, haptoloog etc) in de werkhervatting	3.56	13	3,69	(7)	3,42		3,67		0,81
43	Werknemer heeft duidelijkheid over reïntegratietraject	3.56	14	3		3,68		4,22	(5)	0,08
42	Aanpassen van het werk in complexiteit en verantwoordelijkheden	3.54	15	3,85		3,58		4,44	(3)	0,01
47	Begrip en steun van collega's	3.41	20	3,08		3,74	(10)	3,22		0,20
6	Rust in je werk brengen	3.37	21	3,69	(6)	3,47		2,67		0,11
25	Voldoende rust in je hoofd om werk op te pakken	3.37	22	4,23	(3)	3,26		2,33		0,00

De belangrijkste 10 statements hebben betrekking op:

1. *Aanpassingen op het werk*; Stress verminderen, door tijdelijk wegnemen van stressvolle taken (st. 8) en Aanpassen van het werk in hoeveelheid en/of taken (st. 4).
2. *Perspectief van de patiënt en zijn functioneren*; Gevoel hebben serieus genomen te worden (st. 57) en Herstel van het energie niveau (st. 2).
3. *Ondersteunende gezondheidszorg*; Goede afstemming tussen behandelaar, bedrijfsarts, werkgever en werknemer (st. 34) en Steun van de behandelaar (psycholoog, huisarts, haptoneem etc) in de werkhervatting (st. 14).
4. *Communicatie tussen betrokkenen*; Regelmatig een gesprek tussen werkgever en werknemer over hoe het gaat (st. 24) en Duidelijkheid over taken en verwachtingen op het werk (st. 10).

Als we kijken naar de verschillen in factoren volgens de mening van betrokkenen, dan valt op dat de verschillende partijen (werknemers, leidinggevenden en bedrijfsartsen) vanuit hun eigen perspectief en hun eigen rol verschillende accenten leggen ten aanzien van de aanpak of benadering voor een succesvolle werkhervatting bij mensen met een depressie. De werknemer is gericht op het serieus genomen worden en op zijn klachten (Gevoel hebben serieus genomen te worden, st. 57 en Voldoende rust in je hoofd om werk op te pakken, st. 25). De leidinggevende wil graag duidelijkheid over wat hij van de patiënt kan verwachten (Duidelijkheid over taken en verwachtingen op het werk, st. 10, en Regelmatig een gesprek tussen werkgever en werknemer over hoe het gaat, st. 24) terwijl de bedrijfsarts meer gericht is op het aanpassen van de werksituatie (Aanpassen van het werk in hoeveelheid en/of taken st. 4, en Stress verminderen, door tijdelijk wegnemen van stressvolle taken, st. 8.). Deze verschillen in perspectief kunnen van invloed zijn op het wel of niet behalen van een soepel werkhervattingstraject. Het is daarom van belang dat professionals die zich bezig houden met de begeleiding van de werknemer naar werkhervatting, zich bewust zijn van deze perspectief verschillen en deze een plek geven in het werkhervattingstraject.

Conclusie: Een breed scala van factoren zijn van invloed op een succesvolle werkhervatting, er is niet één bepaalde factor aan te wijzen die bepalend is voor succes. De succesvolle factoren hebben betrekking op de aanpassingen en ondersteuning op de werkplek, een ondersteunende hulpverlening, op de werknemer zelf en op communicatie tussen deze drie partijen. Werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts benaderen de werkhervatting vanuit hun eigen perspectief en hun eigen rol in het proces. Voor een succesvolle werkhervatting moet aandacht zijn voor het geheel van deze factoren en voor de perspectiefverschillen van de betrokken partijen.

Belemmerende factoren voor de werkhervatting

Om inzicht te krijgen in factoren die de werkhervatting belemmeren is aan 13 cliënten die binnen een jaar voor minder dan 50% van hun contract het werk hebben hervat, gevraagd redenen aan te geven die hebben gemaakt dat het niet gelukt is het werk te hervatten. Dit is ook gevraagd aan 11 bedrijfsartsen en 8 werkgevers die ervaring hebben met het *niet* lukken van de werkhervatting van hun medewerker of cliënt. Oorspronkelijk was het de intentie om de bedrijfsartsen en de werkgevers van de 13 betrokken cliënten te benaderen. Dit is helaas niet gelukt; de meeste leidinggevenden en bedrijfsartsen hadden op het moment dat wij hen benaderden een andere functie, veelal ook in een andere organisatie en waren niet meer traceerbaar.

Door de respondenten zijn 60 unieke factoren genoemd die bijdragen tot het niet lukken van de werkhervatting. Vervolgens is aan de cliënten bij wie het niet gelukt is het werk te hervatten, gevraagd deze factoren te beoordelen op een schaal van 1-5, waarbij 5 “zeer belangrijk voor het niet hervatten van het werk” en 1 “minst belangrijk voor het hervatten van werk”. In tabel 17 zijn de 14 belangrijkste factoren opgenomen.

Tabel 17. Belangrijkste factoren mislukken werkhervatting

st nr	Omschrijving	waarde
3	Werknemer heeft nog te veel last van piekeren, concentratie en/of geheugen problemen	5
1	Werknemer is nog te depressief	4,71
18	Te snel het werk hervatten, waardoor het weer mis gaat	4,57
4	Werknemer is nog te moe, heeft te weinig energie	4,43
42	Werknemer zit zichzelf in de weg, door factoren als te veeleisend, te perfectionistisch of te weinig zelfvertrouwen	4,29
43	Werknemer ziet er tegen op en stelt uit	4,14
6	Er zijn te veel problemen	3,86
51	Werknemer heeft meerdere depressieve periodes gehad	3,86
9	Er is onvoldoende samenwerking tussen werkgever en bedrijfsarts	3,71
47	Werknemer krijgt te weinig ondersteuning bij zijn problemen op het werk	3,71
8	Werknemer voelt zich niet begrepen	3,57
15	Bijwerkingen van de medicijnen	3,57
31	Werknemer krijgt niet de gelegenheid om even tot rust te komen, door te veel behandeling of te snelle werkhervatting	3,57
36	Werknemer voelt zich minderwaardig, onzeker en durft niet voor zichzelf op te komen.	3,57

De belangrijkste redenen voor het niet lukken van het hervatten van het werk hangen samen met depressieve klachten, st. 3, 1 en 4. Twee statements hebben betrekking op een te snelle werkhervatting, st. 18 en 31. Vervolgens treffen we 6 statements die betrekking hebben op de persoonlijke problemen van de cliënt, st. 42, 43, 6, 51, 8 en 36. Tot slot twee statements die betrekking hebben op de hulpverlening, st. 9, 47 en 15.

Conclusie: Volgens patiënten ervaringsdeskundig op dit punt, zijn de belangrijkste reden voor het niet hervatten van het werk de nog aanwezige depressieve klachten. Andere belemmerende factoren betreffen meer persoonlijke kenmerken van de patiënt en een hulpverlening die onvoldoende de werkhervatting ondersteunt.

CONCLUSIE

De volgende 4 onderzoeksvragen werden in het huidige onderzoek beantwoord:

1. Wat is de aard van de arbeidsproblematiek van patiënten die verzuimen wegens depressie?
2. Wat is de meerwaarde van de verkorte ergotherapeutische interventie als toevoeging aan de reguliere behandeling voor depressie in termen van:
 - a. snellere en meer persisterende re-integratie?
 - b. versneld herstel van depressie?
 - c. het na de re-integratie beter functioneren op de werkplek?
3. Verloopt de veronderstelde meerwaarde van ergotherapie ook via de theoretisch veronderstelde werkingsmechanismen: verbeterde coping en vergrote self-efficacy?
4. Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren voor de re-integratie van patiënten die verzuimen wegens een depressie?

Bij een populatie patiënten met vooral een ernstige depressie, die voor de meesten (80%) van hen al langer dan 6 maanden bestond, terwijl voor tweederde (66%) van hen het verzuim ook reeds meer dan drie maanden bedroeg, en die gedurende deze depressieve episode grotendeels al eerdere behandelingen hadden gehad die niet succesvol waren, blijkt het mogelijk om tot een redelijke mate van herstel te komen, zowel in termen van klinisch herstel, als van arbeidsherstel. Na 18 maanden is 68% van de werknemers hersteld van depressie en heeft 63% van de werknemers het werk volledig hervat. Tevens hebben vrijwel alle werknemers (91%) het werk gedeeltelijk hervat gedurende deze 18 maanden durende studieperiode. Daarnaast blijkt dat het werkfunctioneren substantieel verbeterd, zowel in termen van een toename in efficiëntie van de gewerkte uren, als een afname in de mate waarin patiënten beperkt waren om hun werkzaamheden snel en zonder fouten uit te voeren, en sociaal en cognitief op de werkplek goed te functioneren. Ten slotte is opvallend dat indien éénmaal volledige werkhervatting is bereikt, er bij weinig patiënten (12%) in het verdere verloop van de studie sprake is van terugval.

Uit dit onderzoek komt verder naar voren dat de onderzochte werknemers die verzuimen wegens een depressie de oorzaak van hun depressie voor 50% in het werk zoeken. Deze werknemers beleven hun werksituatie voor de aanvang van het verzuim op diverse punten als negatiever dan een gezonde normpopulatie. Zo ervaren zij een hoge werkdruk en een gebrek aan steun van leidinggevende en/of collega's. Tevens blijken zij bij het omgaan met moeilijke werksituaties minder vaak (adaptieve) coping strategieën en vaker passieve coping strategieën te hanteren. Persoonlijke karakteristieken zoals perfectionisme, faalangst en een sterke behoefte aan erkenning blijken tevens een rol te spelen (vraag 1).

Het toevoegen van de nieuwe ergotherapie module aan de reguliere behandeling voor depressie heeft meerwaarde voor de mate van klinisch herstel van depressie (vraag 2). Naast een hoger percentage herstel heeft de ergotherapie conditie ook minder depressieve restsymptomatologie. Dit laatste is van belang aangezien subklinische restsymptomatologie een belangrijke voorspeller blijkt te zijn voor terugval (Hardeveld et al., 2010). Inderdaad blijkt de groep patiënten die ergotherapie heeft gehad vaker *duurzaam* te herstellen (minimaal 6 maanden) dan patiënten in de controle groep. Dit is belangrijk gezien bevindingen uit ander onderzoek dat na 4 tot 6 maanden herstel de kans op terugval verkleind wordt (Furukawa et al., 2008). De bevinding dat de meerwaarde van ergotherapie op het gebied van de symptoomreductie pas na 12 maanden optreedt, heeft mogelijk te maken met het feit dat een deel van de patiënten de ergotherapie module pas 8 tot 10 maanden na de start van de behandeling kon afsluiten. Tevens sluit deze bevinding aan bij het vorige onderzoek (Schene et al., 2007), waarin aanwijzingen werden gevonden voor een

additief effect van de ergotherapie op depressie herstel op langere termijn (in de periode van 12-48 maanden).

Behalve een trend richting een snellere reductie van verzuim en een vroegere gedeeltelijke werkhervatting, heeft de ergotherapeutische interventie geen duidelijk additief effect op arbeidsherstel - zowel in termen van verzuim als uitgedrukt in de snelheid van de werkhervatting. Deze bevindingen zijn tegenstrijdig met eerder, met name in Nederland uitgevoerd onderzoek dat aantoont dat arbeidsinterventies de werkhervatting bespoedigen (de Croon et al., 2005; van der Klink et al., 2003; Schene et al., 2007). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de reguliere behandeling van een dergelijke kwaliteit is, dat hieraan weinig kan worden toegevoegd om de uitkomsten voor arbeidsherstel te verbeteren. Echter, in ons eerdere onderzoek naar de effecten van ergotherapie vonden we wél positieve effecten op werkhervatting (Schene et al., 2007). Deze tegenstrijdige bevindingen kunnen mogelijk worden verklaard door de veranderde wetgeving (Wet Verbetering Poortwachter) en de veranderde richtlijnen voor bedrijfsartsen: Door deze veranderingen is de nadruk op het vroeg hervatten van werk groter dan tijdens onze vorige studie, waarvan de dataverzameling plaatsvond tussen 1999-2002, waardoor het contrast tussen de controle en de experimentele conditie in het huidige onderzoek mogelijk verkleind is (en er minder winst te behalen valt wat betreft de snelheid van werkhervatting).

Een alternatieve verklaring voor het gebrek aan additief effect van de ergotherapie op werkhervatting is de grote groep patiënten (63.2%) die reeds langdurig verzuimden. Uit exploratieve analyses bleek namelijk dat een toevoeging van ergotherapie aan de reguliere behandeling mogelijk wél additief effect sorteert op werkhervatting voor patiënten die relatief kort verzuimen (< 3 maanden). Dat dit effect niet statistische significant is, heeft waarschijnlijk te maken met de beperkte power vanwege de kleine groepen: deze bevindingen zullen daarom in toekomstig onderzoek gerepliceerd moeten worden. Deze resultaten sluiten aan bij eerdere bevindingen dat de effectiviteit van arbeidsinterventies afhankelijk is van de duur van het verzuim bij binnenkomst in de studie (Franche & Krause, 2002; Loisel et al., 2001). Hoewel eerder onderzoek zich uitsluitend gericht heeft op het belang van fase specificiteit van verzuim wegens fysieke gezondheidsproblemen, lijken de huidige resultaten er op te wijzen dat fase specificiteit tevens van belang is bij verzuim wegens depressie. Deze bevindingen impliceren dat bij het wel of niet inzetten van ergotherapie na uitval wegens depressie niet te lang gewacht moet worden en rekening gehouden moet worden met de duur van het verzuim.

Het effect van de ergotherapie op klinisch herstel lijkt niet te verlopen via de verbetering van de werkgerelateerde coping en self-efficacy zoals theoretisch werd verwacht (vraag 3). Hoewel beide groepen verbeteren ten aanzien van de coping en self-efficacy, verbetert de groep die ergotherapie heeft gehad niet méér dan de groep die alleen reguliere behandeling heeft gehad. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat hoewel er op *gemiddeld* niveau geen verschillen in verandering ten aanzien van coping wordt gemeten, er op een *specifiek* niveau wel veranderingen zijn opgetreden: Iedere patiënt werkt tijdens de ergotherapie immers aan een zijn/haar individuele re-integratieplan, waarin voor iedere patiënt een ander onderdeel van het werkmodel centraal staat. Mogelijk is de werkgerelateerde coping voor deze *specifieke* werksituaties wel meer veranderd dan in de controle conditie. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Een andere mogelijkheid is echter dat ergotherapie via andere wegen haar additieve effect op herstel van depressie sorteert (bv. het geven van hoop, positieve aandacht en ondersteuning). Door patiënten werden de volgende werkzame ingrediënten van de ergotherapie genoemd: het gevoel dat je niet de enige bent met dergelijke problemen, het ervaren van wederzijdse interesse, het leren herkennen van het eigen handelingspatroon, het werkmodel geeft helderheid en structuur, het werkbezoek was verhelderend,

ergotherapie helpt om in actie te blijven en de problemen te bespreken op het werk, en de groepscontacten helpen het vermijden van sociale contacten te voorkomen.

Bevorderend voor werkhervatting is een geheel aan factoren die zich richten op de werkplek (aanpassing en ondersteuning), de hulpverlening (ondersteuning) en de patiënt (afname van klachten, zelfmanagement en het gevoel serieus genomen te worden en ondersteund te worden). Verder wordt door alle drie de partijen veel belang gehecht aan een goede afstemming tussen elkaar. De werkhervatting stagneert als de depressieve klachten nog te veel op de voorgrond staan en de hulpverlening niet als ondersteunend aan de werkhervatting wordt ervaren (vraag 4).

Concluderend kan gezegd worden dat ergotherapie een meerwaarde heeft voor het bevorderen van (duurzaam) depressie herstel. Echter, indien tevens effect op werkherstel wordt beoogd, heeft het inzetten van de ergotherapeutische interventie mogelijk alleen meerwaarde bij patiënten die nog relatief kort verzuimen (≤ 3 maanden). Hoewel deze bevinding nog in toekomstig onderzoek gerepliceerd dient te worden, wijzen deze bevindingen op het belang van een snelle doorverwijzing na uitval wegens depressie.

Referenties

- Adler, D.A., McLaughlin, T.J., Rogers, W.H., Chang, H., Lapitsky, L., Lerner, D. 2006. Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1569-1576.
- De Croon, E.M., Hugenholtz, N.I.R., Nieuwenhuijsen, K., Blonk, R.W.B., & van Dijk, F.J.H. 2005. Effectiviteit van persoonsgebonden interventies bij verzuim door psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13(8), 274-279.
- De Croon, E.M., Blonk, R.B.B., Frings-Dresen, M.H.W. 2000. Stress in het beroepsgeoderen vervoer. Amsterdam: AMC Coronel Instituut; Rapport nummer 00-01.
- De Vries, G., Kikkert, M.J., Schene, A.H., & Swinkels, J. 2003. Helpt arbeidshulpverlening bij patiënten met een depressie? *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 31(3), 103-108.
- Eaton, W.W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B.H., Bienvenu, J., Zandi, P. 2008. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513-520.
- Franché, R.L., & Krause, N. 2002. Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 233-256.
- Goetzel, R.Z., Ozminkowski, R.J., Sederer, L.I., Mark, T.L. 2002. The business case for quality mental health services: Why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 320-330.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. 2002. Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version, patient edition with psychotic screen (SCID-I/P w/psy screen). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Furukawa, T.A., Fujita, A., Harai, H., Yoshimura, R., Kitamura, T., Takahasi, K. 2008. Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 35-40.
- Hamilton, M. 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W.A., Beekman, A.T.F. 2010. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 184-191.
- Kessler, R.C., Akiskal, H.S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R.M.A., Jin, R., Merikangas, K.R., Simon, G.E., & Wang, P.S. 2006. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1561-1568.
- Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Schaufeli, W.B. 2010. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 4, 359-375.
- Lerner, D.J., Amick, B.C., Malspeis, S., Rogers, W.H. 2000. A national survey of health-related work limitations among employed persons in the United States. *Disability Rehabilitation*, 22, 225-232.

- Lerner, D. & Henke, R.M. 2008. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 401-410.
- Loisel, P., Durand, M., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., et al. 2001. Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disability Management of Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Mintz, J., Mintz, L.I., Arruda, M.J., Hwang, S.S. 1992. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 761-768.
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A.C., Verbeek, J.H.A.M., van der Feltz-Cornelis, CM. 2008. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD006237, DOI: 10.002/14651858.
- Plaisier, I., Beekman, A.T.F., de Graaf, R., Smit, J.H., van Dyck, R., & Penninx, B.W.J.H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 125, 198-206.
- Pocock, S.J., & Simon, R. 1975. Sequential treatment assignment with balancing for prognostic factors in the controlled clinical trial. *Biometrics*, 31, 103-115.
- Rosenbaum, P.R., & Rubin, D.B. 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70, 41-55.
- Rubin, D.B. 1987. *Multiple imputation for nonresponse in Surveys*. Wiley & Sons, New York.
- Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarrett, R.B., Trivedi, M.H. 1996. The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Schene, A.H., Koeter, M.W.J., Kikkert, M.J., Swinkels, J.A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37, 351-362.
- Schreurs, P., van de Willige, G., Brosschot, J., Tellegen, B., Graus, G. 1993. De Utrechtse Coping Lijst Handleiding. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets & Zweitlinger.
- Stegenga, B.T., Kamphuis, M.H., King, M., Nazareth, I., & Geerlings, M.I. 2010. The natural course and outcome of major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [Epub ahead of print].
- Stewart, W.F., Ricci, J.A., & Chee, E. 2003. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3135-3144.
- Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & van Dijk, F.J.H. 2003. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. *Occupational & Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Van der Weele, T. 2006. The use of propensity score methods in psychiatric research. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 95-103.

Van Veldhoven, 2002. Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid. Amsterdam: SKB Vragenlijst Services.

BIJLAGE 1.

In deze bijlage is het uiteindelijke model weergegeven; indien de interactie niet significant was, is deze uit het model gehaald. De p -waarde van deze interactie staat echter nog wel weergegeven in de tekst. In alle analyses is de controle conditie gecodeerd als 0 en de experimentele conditie gecodeerd als 1. Tijd als linear verband is gecodeerd als -1 (6 maanden), 0 (12 maanden) en 1 (18 maanden). Tijd als kwadratisch verband is gecodeerd als 1 (6 maanden), 0 (12 maanden) en 1 (18 maanden).

Tabel 1. Effect van ergotherapie op aantal uren verzuim (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	354,528890	85,609682	4,141	,000	186,731503	522,326276
Conditie	58,954096	56,093936	1,051	,293	-50,948220	168,856412
Tijd	-144,02897	12,637438	-11,397	,000	-168,797935	-119,260017
Tijd²	58,138957	15,241006	3,815	,000	28,262131	88,015784
Conditie * Tijd²	-43,890246	26,208976	-1,675	,094	-95,260244	7,479752
PropensityScore	-17,484946	107,782421	-,162	,871	-228,743325	193,773433

Tabel 2. Effect van ergotherapie op ernst depressie – HDRS (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	11,204871	2,012006	5,569	,000	7,261277	15,148465
Conditie	1,429407	1,286239	1,111	,267	-1,092412	3,951226
Tijd	-3,269419	,420935	-7,767	,000	-4,096473	-2,442365
Conditie * Tijd	1,459482	,732791	1,992	,047	,018931	2,900034
PropensityScore	-4,718501	2,547506	-1,852	,064	-9,711558	,274556

Tabel 3. Effect van ergotherapie op percentage klinisch herstel - HDRS (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	-,976	,5645	,084	-2,086	,133
Conditie	-,175	,3894	,653	-,947	,596
Tijd	1,004	,1978	,000	,602	1,406
Conditie * Tijd	-,591	,2977	,052	-1,189	,006
PropensityScore	1,684	,7407	,023	,230	3,137

Tabel 4. Effect van ergotherapie op depressie – zelfrapportage IDS (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	30,397857	4,257259	7,140	,000	22,053059	38,742655
Conditie	,861830	2,675743	,322	,747	-4,382613	6,106273
Tijd	-4,204909	,577952	-7,276	,000	-5,341127	-3,068690
PropensityScore	-10,047865	5,408063	-1,858	,063	-20,648593	,552863

Tabel 5. Effect van ergotherapie op percentage klinisch herstel – zelfrapportage IDS (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	-2,779	,7215	,000	-4,193	-1,364
Conditie	,070	,4160	,866	-,745	,886
Tijd	,335	,1167	,004	,106	,564
PropensityScore	2,376	,9170	,010	,578	4,174

Tabel 6. Effect van ergotherapie op efficiëntie (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	5,887047	,424279	13,875	,000	5,055429	6,718665
Conditie	,053916	,265583	,203	,839	-,466647	,574479
Tijd	,805337	,073529	10,953	,000	,660878	,949796
Tijd²	-,210093	,083932	-2,503	,014	-,376344	-,043841
PropensityScore	1,003078	,539188	1,860	,063	-,054072	2,060228

Tabel 7. Effect van ergotherapie op WLQ Output (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	38,155205	5,167510	7,384	,000	28,026903	48,283507
Conditie	1,297242	3,222794	,403	,687	-5,019515	7,613998
Tijd	-4,473149	,975214	-4,587	,000	-6,384548	-2,561750
Tijd²	3,555171	1,360941	2,612	,009	,880858	6,229484
PropensityScore	-7,499598	6,523915	-1,150	,250	-20,288563	5,289366

Tabel 8. Effect van ergotherapie op WLQ Time Management (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	38,613598	6,092657	6,338	,000	26,672187	50,555010
Conditie	1,794573	3,787411	,474	,636	-5,628663	9,217810
Tijd	-5,291477	,980559	-5,396	,000	-7,213473	-3,369482
Tijd²	4,188311	1,742872	2,403	,016	,767990	7,608631
PropensityScore	-5,064725	7,632398	-,664	,507	-20,024432	9,894981

Tabel 9. Effect van ergotherapie op WLQ Mental/Interpersonal Demands (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	38,358553	5,000922	7,670	,000	28,555473	48,161633
Conditie	2,244932	3,138094	,715	,474	-3,907099	8,396963
Tijd	-3,540927	,828526	-4,274	,000	-5,166122	-1,915731
Tijd²	2,527451	1,073067	2,355	,019	,420552	4,634351
PropensityScore	-5,431807	6,250908	-,869	,385	-17,683801	6,820187

Tabel 10. Effect van ergotherapie op UCL Actief Aanpakken (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	17,685676	1,181857	14,964	,000	15,358661	20,012691
Conditie	-1,193946	,714936	-1,670	,095	-2,595974	,208082
Tijd	,672146	,170840	3,934	,000	,335601	1,008690
PropensityScore	-,630847	1,486139	-,424	,671	-3,553478	2,291784

Tabel 11. Effect van ergotherapie op UCL Passief Reactiepatroon (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	14,746865	1,191795	12,374	,000	12,409559	17,084171
Conditie	,575514	,732140	,786	,432	-,859643	2,010671
Tijd	-1,270721	,193437	-6,569	,000	-1,652802	-,888639
Tijd²	,902033	,311037	2,900	,004	,292295	1,511770
PropensityScore	-1,680174	1,486762	-1,130	,259	-4,595667	1,235319

Tabel 12. Effect van ergotherapie op UCL Vermijden (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	16,765650	1,001748	16,736	,000	14,798935	18,732364
Conditie	,251759	,602142	,418	,676	-,928480	1,431999
Tijd	-,292689	,173646	-1,686	,095	-,636873	,051494
Tijd²	,707523	,324591	2,180	,035	,052749	1,362298
PropensityScore	-,404895	1,225090	-,331	,741	-2,807043	1,997252

Tabel 13. Effect van ergotherapie op Self-efficacy (gepoolde estimates)

	Estimate	St error	t	Sign.	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Intercept	39,694721	3,964499	10,013	,000	31,921287	47,468156
Conditie	-1,036326	2,474386	-,419	,675	-5,886262	3,813611
Tijd	4,222917	,472108	8,945	,000	3,297597	5,148237
PropensityScore	3,699080	5,015140	,738	,461	-6,132984	13,531143

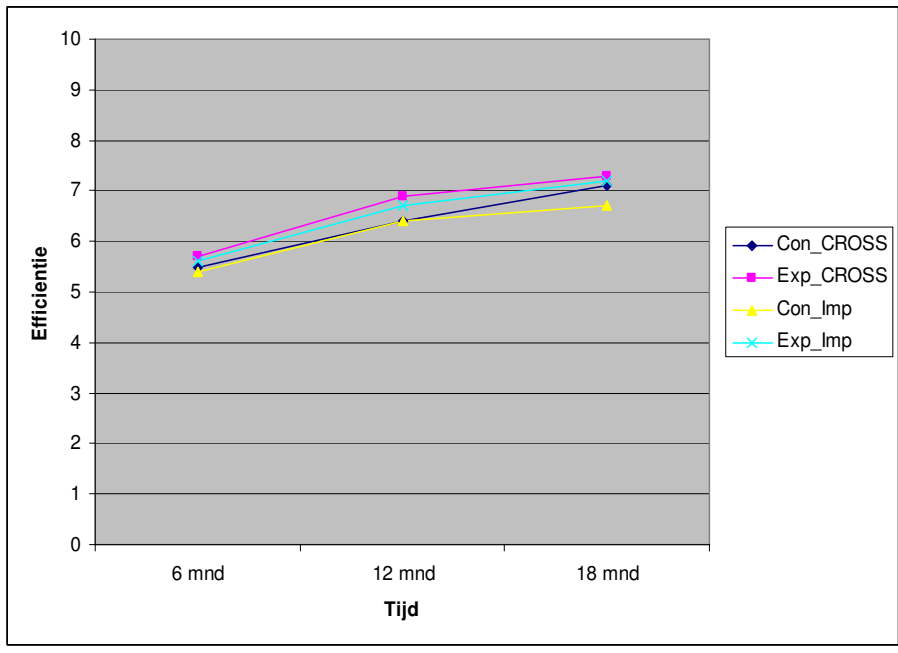
BIJLAGE 2.

Om de meerwaarde van ergotherapie voor de productiviteit te kunnen bepalen is het van belang om te kijken naar het functioneren van patiënten *op het moment dat zij weer aan het werk waren*. Dit geeft echter problemen voor het uitvoeren van statistische analyses, omdat een voorwaarde voor deze analyses is dat patiënten op *alle* meetmomenten een waarde hebben voor productiviteit. Dit betekent dat alle patiënten die op één van de drie follow-up tijdstippen nog niet aan het werk waren, ofwel niet kunnen worden meegenomen in de analyses (wat leidt tot bias en tegenstrijdig is met het intention-to-treat principe), of er moet een waarde voor de productiviteit van deze patiënten geschat worden.

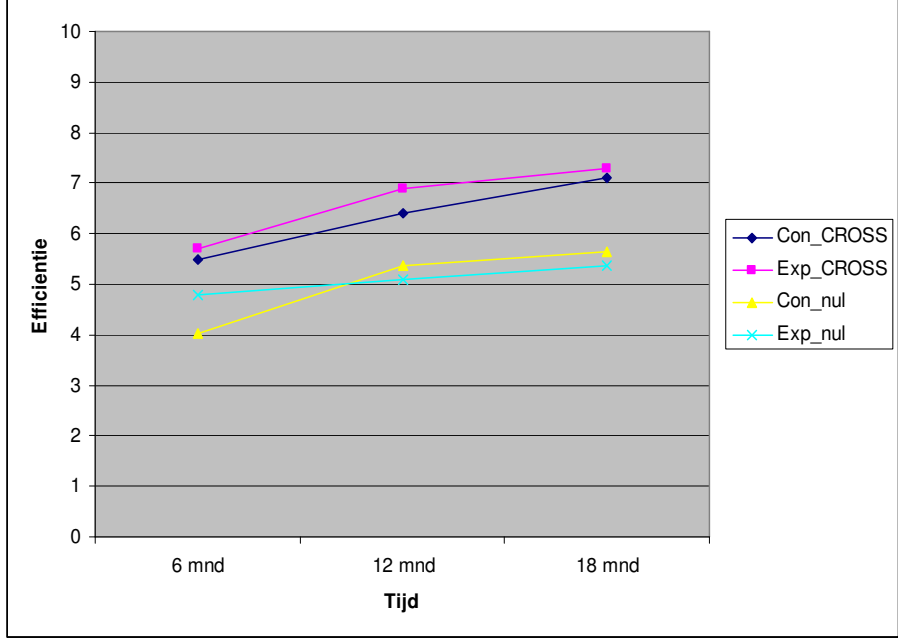
De enige manier om deze productiviteit accuraat weer te geven, is dus om de *cross-sectionele* gemiddelden te geven van alle mensen die op T1, T2 en T3 aan het werk waren. Op deze wijze zijn er echter geen statistische analyses uit te voeren.

Als we toch een schatting van de productiviteit van niet-werkenden willen maken, om zo statistische analyses uit te kunnen voeren, kan dit op twee manieren gedaan worden: ten eerste kan de theoretisch laagste waarde ("0") ingevuld worden voor de productiviteit op de tijdstippen dat patiënten niet werkten. Deze maat geeft echter een *onderschatting* van de werkelijke productiviteit en is eerder een combinatie maat van het wel/niet werken en de productiviteit tijdens het werken. Een alternatief is om de geïmputeerde waarden mee te nemen in de analyses (die een schatting geven van de productiviteit indien men wel zou werken).

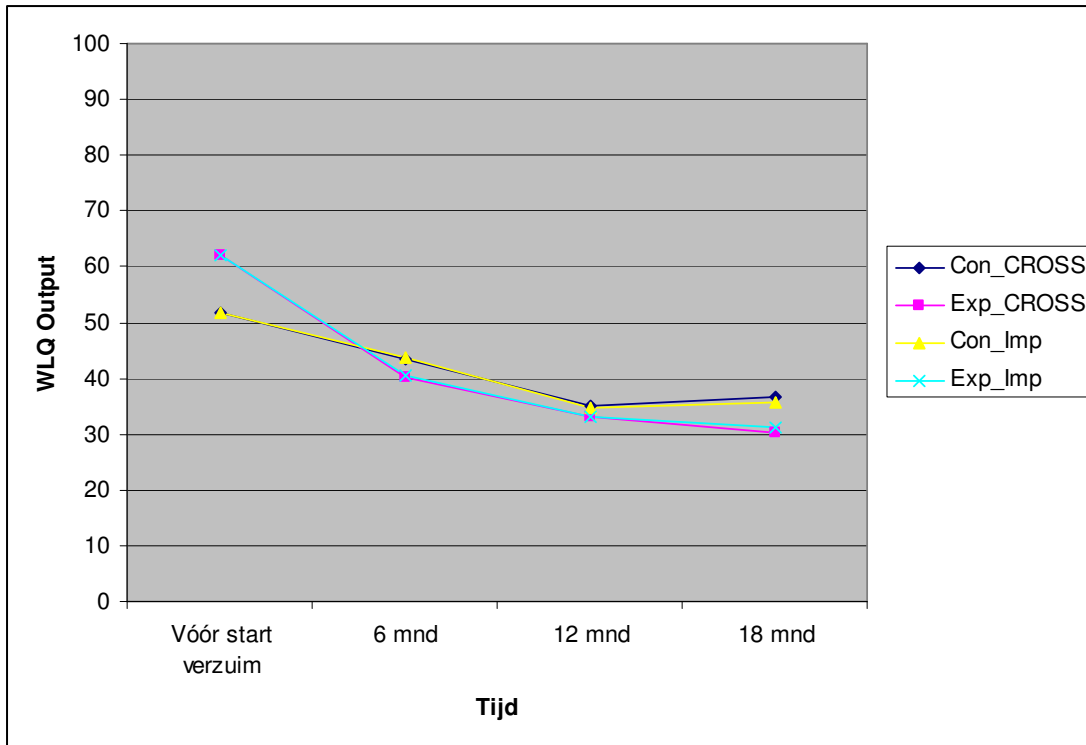
Aangezien de laatste mogelijkheid schattingen oplevert die meer overeen komen met de geobserveerde cross-sectionele waarden dan het invullen van een "0" (zie Figuur 1 t/m Figuur 4 op de volgende pagina), is gekozen om gebruik te maken van de geïmputeerde WLQ waarden voor de statistische analyses.



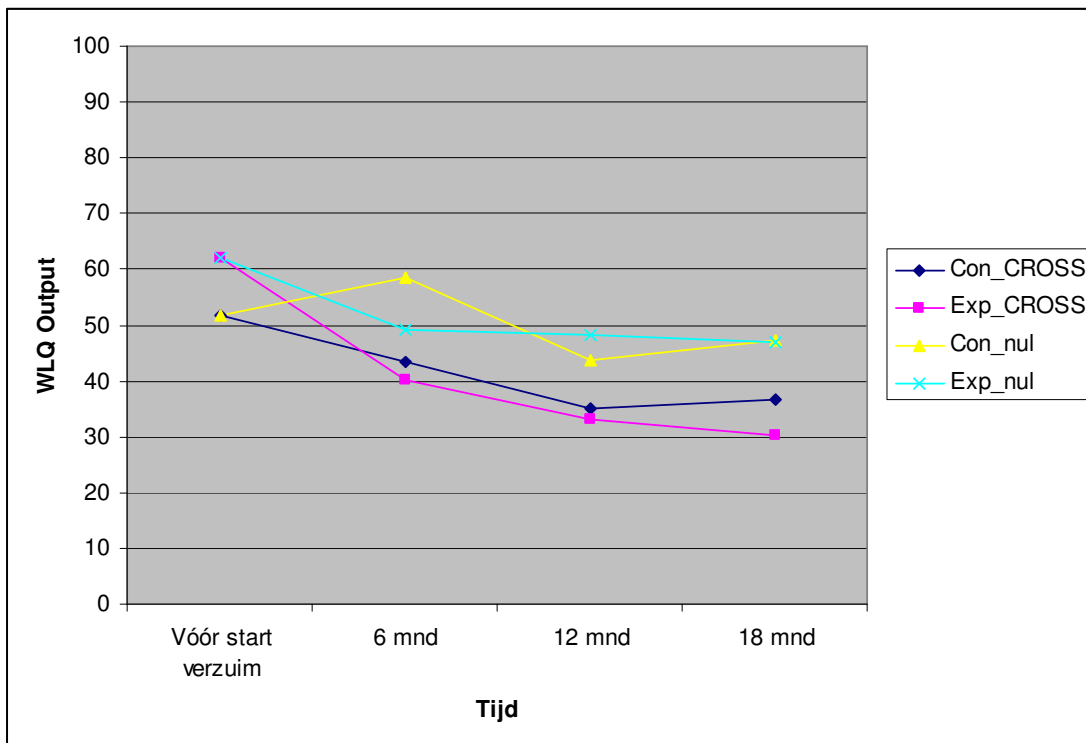
Figuur 1.1 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden een **geïmputeerde waarde** geschat is voor de efficiëntie van de gewerkte uren: hogere cijfers betekenen een hogere mate van efficiëntie.



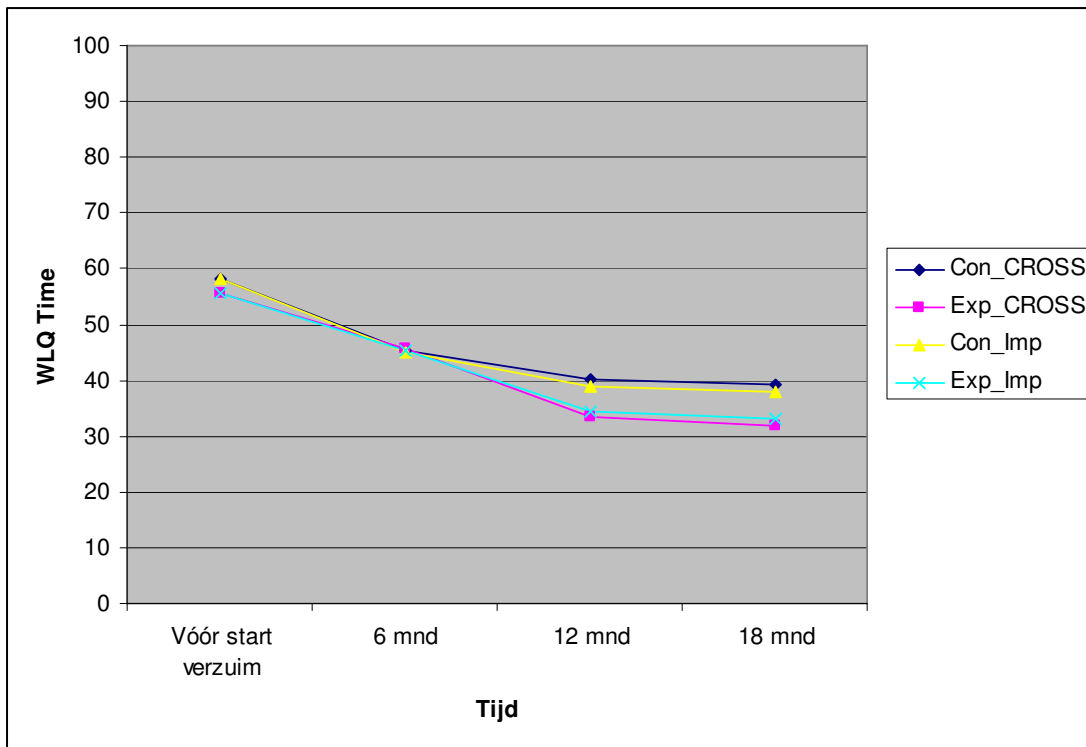
Figuur 1.2 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden **0-waarden** geschat zijn voor de efficiëntie van de gewerkte uren: hogere cijfers betekenen een hogere mate van efficiëntie. Deze geschatte waarden geven een *onderschatting* van de efficiëntie zoals deze uit de cross-sectionele data naar voren komt.



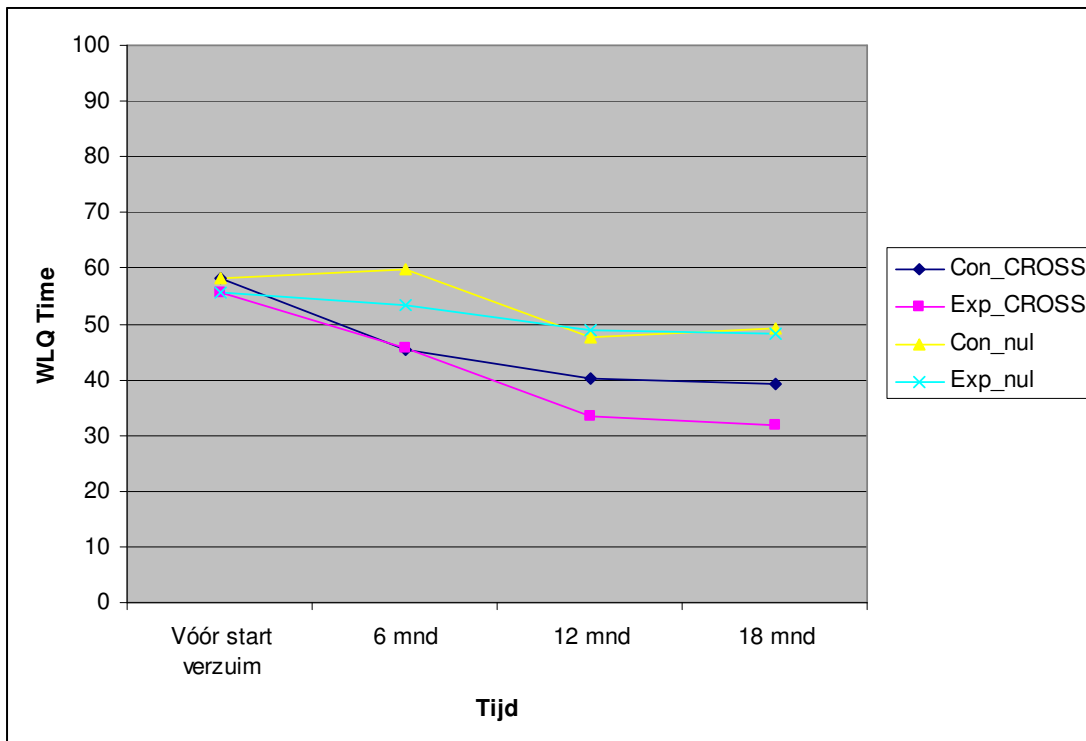
Figuur 2.1 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden een **geimputeerde waarde** geschat is voor de WLQ Output schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen.



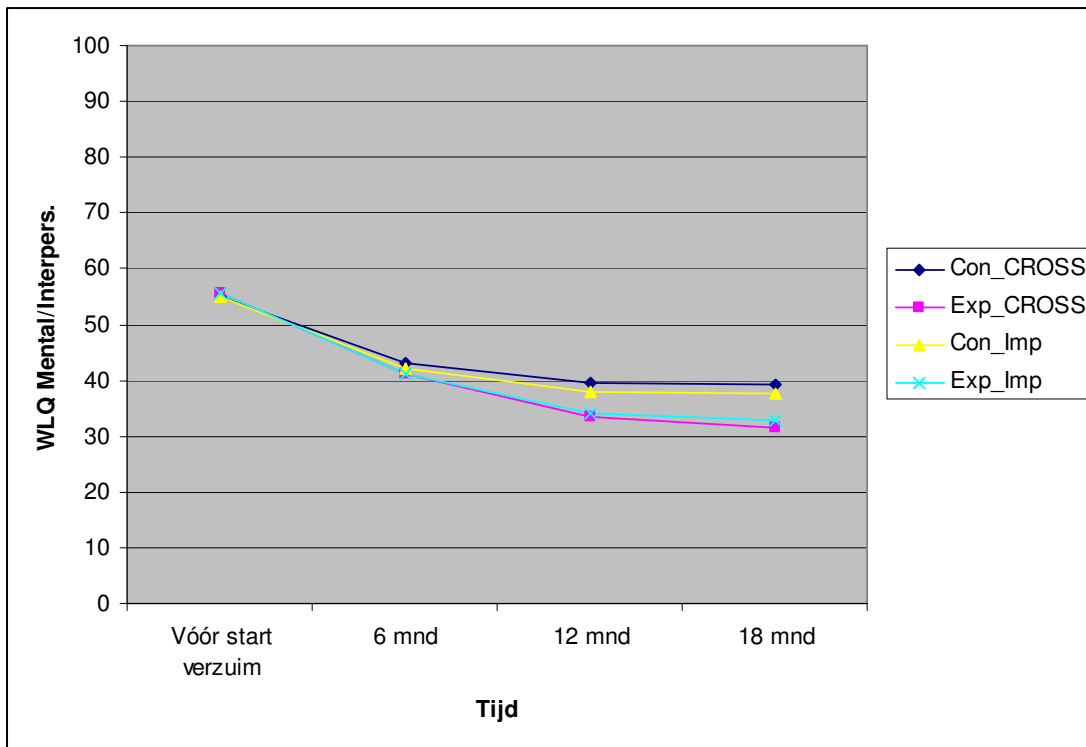
Figuur 2.2 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden **0-waarden** geschat zijn voor de WLQ Output schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen. Deze geschatte waarden geven een *overschatting* van de beperkingen zoals deze uit de cross-sectionele data naar voren komen.



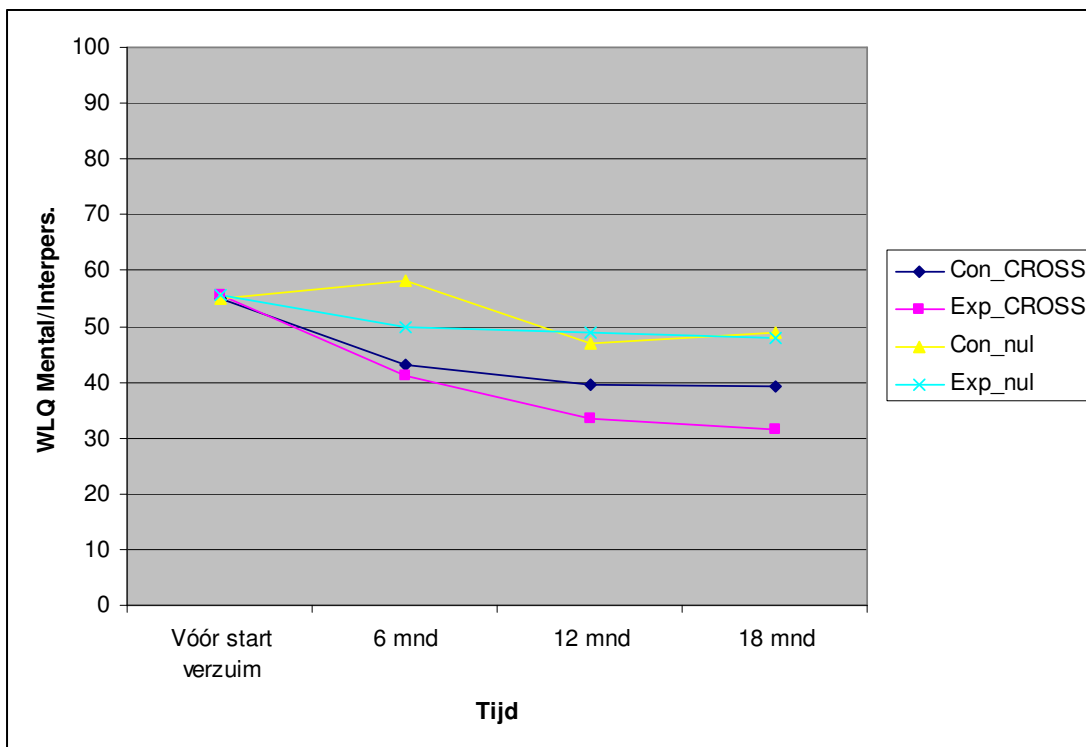
Figuur 3.1 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden een **geimputeerde waarde** geschat is voor de WLQ Time management schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen.



Figuur 3.2 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden **0-waarden** geschat zijn voor de WLQ Time Management schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen. Deze geschatte waarden geven een *overschatting* van de beperkingen zoals deze uit de cross-sectionele data naar voren komen.



Figuur 4.1 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden een **geimputeerde waarde** geschat is voor de WLQ Mental Interpersonal schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen.



Figuur 4.2 Vergelijking van de cross-sectionele data en de data waarbij voor niet-werkenden **0-waarden** geschat zijn voor de WLQ Mental/Interpersonal schaal: hogere scores betekenen een hogere mate van beperkingen. Deze geschatte waarden geven een *overschatting* van de beperkingen zoals deze uit de cross-sectionele data naar voren komen.