

Samenvatting proefschrift

Common mental disorders: Prediction of sickness absence durations and recurrences

Giny Norder¹

Het doel van dit proefschrift is de huidige kennis over de factoren die de duur van het ziekteverzuim ten gevolge van psychische klachten voorspellen en over de factoren die samenhangen met terugval in ziekteverzuim ten gevolge van psychische klachten te vergroten.

Hoofdstuk 1 introduceert de context en het belang van het onderwerp. Het aantal medewerkers dat zich ziek meldt met psychische stoornissen, zoals depressie, angst en aanpassingsstoornissen, wordt steeds groter. Psychische stoornissen zijn de oorzaak van een aanzienlijk deel van het langdurige ziekteverzuim en zijn de belangrijkste reden voor een WIA-uitkering onder medewerkers jonger dan 55 jaar.

Predictie modellen zowel voor de duur van ziekteverzuim als voor terugval in ziekteverzuim ten gevolge van psychische klachten kunnen bedrijfsartsen helpen medewerkers met een hoog risico op langdurig en terugkerend ziekteverzuim te identificeren en te verwijzen naar een passende behandeling of interventie gericht op het verminderen van hun risico. Dit proefschrift bespreekt daarom de validatie van een bestaand predictiemodel en onderzoekt factoren die van belang zijn voor zowel de duur als voor recidief psychisch.

Hoofdstuk 2 presenteert een register-studie met behulp van gegevens uit het verzuim-register van een arbodienst. Deze studie onderzoekt of de huidige diagnose van de psychische stoornissen de duur van het ziekteverzuim bepalen. In 94% van verzuim door mentale ziekten, werd ziekteverzuim gediagnosticeerd als veel voorkomende psychische stoornissen. De tijd tussen het begin van de afwezigheid en terugkeer gevarieerd aan het werk per diagnose: 95% van de medewerkers met stressklachten hervat het werk binnen een jaar en 98% binnen twee jaar na ziekmelding. De percentages voor terugkeer naar het werk onder medewerkers met overspanning/burn-out waren 89% in het eerste en 96% in het tweede jaar na ziekmelding.

De percentages voor terugkeer naar het werk voor medewerkers met stemmingsstoornissen waren de laagste van alle, namelijk 70% binnen een jaar en 86% binnen twee jaar na ziekmelding. Voor medewerkers met stressklachten daalde de kans op werkhervatting sterk een maand na de ziekmelding. Voor medewerkers met overspanning/burn-out daalde de kans op werkhervatting na twee maanden, en voor mensen met stemmingsstoornissen na drie maanden. Behalve voor medewerkers met stemmingsstoornissen,

waren leeftijd en sociaaleconomische positie extra factoren die samenhangen met de tijd om terug te keren naar het werk.

Hoofdstuk 3 beschrijft een prospectieve-cohort-studie ontworpen om een bestaand predictiemodel voor de duur van ziekteverzuim ten gevolge van psychische klachten te valideren in een heterogene beroepsbevolking. Er werd aangetoond dat de duur van het ziekteverzuim in deze gevallen niet kan worden voorspeld door het bestaande model. Na herijking, toonde het predictiemodel een matig onderscheid tussen medewerkers met en zonder ziekteverzuim drie maanden na ziekmelding met psychische stoornissen. De werk-gerelateerde factor 'afwisseling in het werk', gemeten met de "vragenlijst over de ervaring en de evaluatie van de werkzaamheden" verbeterde discriminatie tussen medewerkers met en zonder ziekteverzuim drie maanden na ziekmelding. Andere werkgerelateerde factoren, gemeten met de "Vragenlijst over de ervaring en de evaluatie van het werk": kwantitatieve taak-eisen, emotionele belasting, autonomie in het werk, de controle over het werk, steun door leidinggevende en collega's gemeten bij aanvang (het moment van de ziekmelding met psychische stoornissen), verbeteren van de prestaties van het voorspellingsmodel niet.

Op basis van de uitkomsten van hoofdstuk 3, onderzochten wij in **hoofdstuk 4** naar verdere verbetering van het predictie model. Vervanging van de verwachting van de duur van het ziekteverzuim door percepties van de werknemer over "het begrip over de ziekte" en "de bezorgdheid over de ziekte" gemeten met de "korte ziekte perceptie vragenlijst voor medewerkers", in het bestaande predictiemodel, maakte het mogelijk om praktisch bruikbare niveaus van de discriminatie tussen medewerkers met en zonder ziekteverzuim drie maanden na ziekmelding respectievelijk (AUC = 0,78 (95% CI 0,67-0,89) en AUC = 0,72 (95% CI 0,61 -0,82)) te verbeteren. De andere ziektepercepties gemeten met de korte ziekte perceptie vragenlijst (ziekte gevolgen, tijdlijn overtuigingen, persoonlijke controle, behandeling controle, begrijpelijkheid, en ziekte emoties) verbeterde de discriminatie tussen medewerkers met en zonder ziekteverzuim na drie maanden niet.

¹ Promotie instituut: Universitair Medisch Centrum Groningen; promotiedatum: 16 november 2016

Hoofdstuk 5 beschrijft een 10-jarige observationele studie welke onderzoekt of de diagnose van de psychische stoornis het risico bepaalt op recidief psychisch ziekteverzuim. Van 15.461 medewerkers, had 391 recidiverend psychisch ziekteverzuim. De recurrence densities voor psychisch verzuim waren 30,5, 34,3, 29,9 en 37,7 per 1000 persoonsjaren na een eerste episode als gevolg van respectievelijk stressklachten, stemmingsstoornissen, overspannenheid en burn-out klachten, en andere psychiatrische stoornissen. De recurrence densities verschillen niet tussen de ICD-10 diagnostische categorieën. De mediane tijd tot recidief psychisch ziekteverzuim was 15,2 maanden [95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 12,6-17,7] en was kort voor stemmingsstoornissen (5,2, 95% CI 1,4-8,9 maanden) en andere psychiatrische stoornissen (5,3, 95% BI 1,0-13,1 maanden).

Hoofdstuk 6 presenteert de verschillen tussen kantoor- en productiemedewerkers op risico van incidenten en recidiverend ziekteverzuim als gevolg van psychische stoornissen. Er wordt aangetoond dat de incidentie lager was onder kantoormedewerkers dan onder productiemedewerkers. Echter, kantoormedewerkers hebben langer nodig om het werk te hervatten (gemiddeld 90 dagen) dan de productiemedewerkers (gemiddeld 74 dagen). In het bijzonder ziekteverzuim ten gevolge van stressklachten en overspannenheid/burn-outklachten komt meer voor bij de productiemedewerkers maar duurde langer bij kantoormedewerkers.

Recidief ziekteverzuim komt evenveel voor bij kantoormedewerkers als bij productiemedewerkers; de mediane tijd tot recidief ziekteverzuim was respectievelijk 15 en 17 maanden. Psychisch ziekteverzuim recidiveert sneller bij medewerkers ouder dan 55 jaar dan bij jongere medewerkers.

Hoofdstuk 7 onderzocht de incidentie en het recidief ziekteverzuim ten gevolge van psychische stoornissen bij 4288 medewerkers in ploegendienst en 1538 medewerkers in dagdienst. 351 Medewerkers in ploegendienst en 126 medewerkers in dagdienst hadden een incident ziekteverzuim ten gevolge van psychische stoornissen tijdens de 10-jaar follow-up. Het risico van ziekteverzuim als gevolg van psychische stoornissen verschilde niet tussen medewerkers in ploegendienst of in dagdienst. Medewerkers in ploegendienst hadden een hoger risico op stemmingsstoornissen (HR = 1,87; 95% CI 0,73-4,76), maar het verschil met medewerkers in dagdienst was niet significant, mogelijk als gevolg van het relatief lage aantal ziekteverzuim episodes gediagnosticeerd met stemmingsstoornissen (ICD-10). Het risico op recidiverend ziekteverzuim ten gevolge van psychische stoornissen verschilde niet tussen medewerkers in ploegendienst of in dagdienst.

Hoofdstuk 8 beschrijft de follow-up van het dienstverband van mannelijke productiemedewerkers gedurende 5 jaar na volledige re-integratie na psychisch ziekteverzuim. Bij 18% van deze medewerkers eindigde het dienstverband, in vergelijking met 9% van de medewerkers zonder psychisch ziekteverzuim. In het eerste jaar na de re-integratie besloot het grootste deel van de eerste groep (79%) zelf om het dienstverband te beëindigen. In de volgende jaren werden medewerkers meer ontslagen vanwege disfunctioneren. Bovendien, in het bijzonder binnen 1 jaar na terugkeer naar het werk, verminderden medewerkers hun contracturen per week en 4 tot 5 jaar na re-integratie veranderden medewerkers hun dienst (van dagdienst naar ploegendienst of vice versa).

Hoofdstuk 9 beschrijft een Delphi-studie om consensus te bereiken over factoren die voorspellend zijn voor recidiverend ziekteverzuim ten gevolge van depressieve stoornissen. De studie omvatte het advies van 23 wetenschappers en 23 artsen (verzekerings- en bedrijfsartsen); consensus werd bereikt op 21 factoren, waarvan 7 direct verkrijgbaar zijn in het spreekuur met de medewerkers: stressvolle gebeurtenissen, stressvolle werk gebeurtenissen, leeftijd bij de eerste diagnose, de duur van de laatste depressieve episode, symptomen van angst, aantal doorgemaakte depressieve episodes en psychologische verkeisen. Deze 7 factoren kunnen in de toekomst worden opgenomen in de anamnese ter beoordeling van de waarschijnlijkheid van recidiverend ziekteverzuim als gevolg van psychisch stoornissen.

Hoofdstuk 10 presenteert een algemene discussie met reflecties op de belangrijkste bevindingen, methodologische overwegingen en implicaties voor de praktijk en verder onderzoek. We concluderen dat verschillende factoren relevant zijn voor het voorspellen van langdurig ziekteverzuim vanwege psychische stoornissen. Drie factoren van het bestaande predictiemodel (leeftijd, opleiding en depressieve-/ angstklachten) uitgebreid met ziektepercepties, identificeren medewerkers die een verhoogd risico lopen op ziekteverzuim met een duur langer dan 3 maanden. Vanwege het risico op recidiverend ziekteverzuim ten gevolge van psychische stoornissen en de kans om te worden ontslagen na volledige re-integratie, dient de begeleiding van medewerkers niet te stoppen na hun re-integratie. Preventief spreekuur moet worden gepland 6 maanden na de terugkeer van medewerkers ≤55 jaar en binnen twee maanden voor medewerkers >55 jaar. Bedrijfsartsen kunnen deze preventieve gesprekken gebruiken om het werkfunctioneren van een medewerker te evalueren en te bespreken of het werk nog steeds aan zijn / haar capaciteiten en waarden voldoet.

Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op het ontwikkelen van een predictiemodel voor recidiverend psychisch ziekteverzuim en op het verkrijgen van meer inzicht in de risicofactoren van sociaal isolement na hun ziekteverzuim.