

Gestructureerde vroegtijdige begeleiding door bedrijfsarts vermindert ziekteverzuim onder kantoormedewerkers met verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim

Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

Ijmert Kant, Nicole Jansen, Ludovic van Amelsvoort, Gladys Tjin A Ton, Ate Berkouwer

Langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid stellen de volksgezondheid voor aanzienlijke problemen, met belangrijke gevolgen voor de betrokkenen en hun familie, de werkgever en de samenleving.¹ Langdurig verzuim hangt samen met een kleinere kans op terugkeer naar het werk.²⁻⁵ Nieuwenhuijsen et al.⁶ toonden in een cohort van Nederlandse werknemers met betrekking tot ziekteverzuim met veelvoorkomende psychische stoornissen aan dat de diagnoses depressie of angststoornis significante voorspelers waren van een langere tijd tot re-integratie op het werk. Mogelijke verklaringen voor de moeilijke terugkeer naar het werk zijn de ernst van de ziekte in dit stadium, en het feit dat de ziekte vervlochten kan zijn met de werksituatie, aangezien werkkenmerken de mentale gezondheidsproblemen mogelijk mede veroorzaakt hebben.⁷ Een aantal studies toont aan dat de effectiviteit van behandeling en re-integratie van medewerkers die verzuimen vanwege psychische gezondheidsproblemen, vaak beperkt is.⁸⁻¹⁰ We stellen dan ook dat een preventieve strategie gericht op vroegtijdige interventie voordat ziek-

SAMENVATTING

Onderwerp: Het terugdringen van langdurig ziekteverzuim.

Doel: Onderzoeken van de effectiviteit van gestructureerde vroegtijdige begeleiding onder medewerkers met verhoogd risico op langdurig toekomstig ziekteverzuim, in het voorkomen en/of verminderen van ziekteverzuim. Het experiment was gericht op de timing van de interventie, d.w.z. behandeling voordat ziekteverzuim daadwerkelijk plaatsvindt.

Soort onderzoek: In deze RCT werden medewerkers met een verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim geselecteerd op basis van een screeningsvragenlijst. 299 personen met een verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim in de toekomst werden willekeurig toegewezen aan een experimentele groep ($n=147$) of een controlegroep ($n=152$). De experimentele groep kreeg vroegtijdige begeleiding van de bedrijfsarts, in sommige gevallen gevolgd door een gerichte interventie. De controlegroep ontving gebruikelijke zorg ('care as usual').

Resultaten: Een aangepaste intention-to-treat-analyse liet significante verschillen ($p=0,007$) zien in totale ziekteverzuimduur over een jaar follow-up tussen de experimentele (gemiddelde 18,98; SD 29,50) en controlegroep (gemiddelde 31,13; SD 55,47).

Conclusie: Vroegtijdige begeleiding door de bedrijfsarts van medewerkers met een verhoogd risico op langdurig toekomstig ziekteverzuim draagt bij aan het verminderen van totaal ziekteverzuim.

Prof.dr. IJ. Kant, dr. N.W.H. Jansen, en dr. L.G.P.M. van Amelsvoort zijn werkzaam bij de capaciteitsgroep Epidemiologie, Maastricht University, school CAPHRI te Maastricht.

Drs. G. Tjin A Ton en drs. A. Berkouwer zijn werkzaam bij Beter, Amsterdam (voorheen ABN AMRO Arbo Services BV, Amsterdam).

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail:

ij.kant@maastrichtuniversity.nl.

teverzuim of arbeidsongeschiktheid optreedt, effectiever kan zijn. Deze strategie behelst het specifiek selecteren van medewerkers met een hoog risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim, waarbij interventie gericht moet zijn op het diffuse en complexe scala aan risicofactoren in de etiologie van ziekteverzuim. Voor medewerkers die volgens deze strategie worden geselecteerd, is interventie gebaseerd op de timing ervan, dat wil zeggen dat interventie plaatsvindt vóór ze zich daadwerkelijk ziekmelden. Voorwaarde voor deze selectieve preventieve strategie is echter dat men kan bepalen welke medewer-

EPIDEMIOLOGIE,
ARBO-INTERVENTIE,
PREVENTIE,
ZIEKTEVERZUIM

SUMMARY

Structured early consultation with an occupational physician reduces sickness absence among office workers with an increased risk of long-term sickness absence. A randomized controlled study

Objective: To examine the efficacy of structured early consultations for employees at high risk of future long-term sickness absence, in the prevention and/or reduction of sickness absence. The focus of the experiment was on the timing of the intervention, that is, treatment before sickness absence actually occurs.

Methods: In this RCT, bank employees at high risk of long-term sickness absence were selected based on responses to a screening questionnaire developed especially for office workers: the 'Balansmeter'. 299 Subjects at risk of future long-term sickness absence were randomized in an experimental group ($n=147$) and a control group ($n=152$). Subjects in the experimental group received a structured early consult with the occupational physician, in some cases followed by targeted intervention. The control group received care as usual.

Results: A modified intention-to-treat analysis revealed significant differences ($p=0.007$) in total sickness absence duration over a one year follow-up between the experimental group (mean 18.98; SD 29.50) and the control group (mean 31.13; SD 55.47).

Conclusion: Structured early consultation with an occupational physician for employees at high risk of future long-term sickness absence is successful in reducing total sickness absence.

kers een hoog risico op ziekteverzuim hebben voordat ze zich ziekmelden.

Hiertoe is een screeningsinstrument ontwikkeld, de zogeheten Balansmeter,¹¹ op basis van data uit de Maastrichtse Cohort Studie.¹² Interne validatie in de cohortstudie en externe validatie in een prospectief cohort van bankmedewerkers in Nederland lieten goede voorspellende kenmerken voor toekomstig langdurig ziekteverzuim zien.^{11,13}

Het doel van de huidige studie was de effectiviteit te onderzoeken van gestructureerde vroegtijdige begeleiding onder medewerkers met een verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim in de toekomst, zoals vastgesteld door de Balansmeter, in het voorkomen of verminderen van ziekteverzuim over een follow-upperiode van een jaar door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT).

- I Vroegtijdige begeleiding door de bedrijfsarts van medewerkers met een verhoogd risico op langdurig toekomstig ziekteverzuim draagt bij aan het reduceren van ziekteverzuim.
- I Verdere winst kan behaald worden door de participatie aan de vroegtijdige interventie te bevorderen.

METHODE

Onderzoeksdesign

Ten behoeve van de studie is een RCT uitgevoerd in de arbeidsgeneeskundige setting. Medewerkers met een verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim, zoals vastgesteld door middel van de Balansmeter, werden willekeurig toegewezen aan een experimentele groep die in een vroegtijdig stadium gestructureerde begeleiding kreeg van de bedrijfsarts, of aan een controlegroep. Randomisatieschema's werden gegenereerd door een onafhankelijke onderzoeksassistent met behulp van geautomatiseerde, willekeurige nummergeneratoren. Via blokrandomisatie (blok-grootte 2) konden groepen van gelijke grootte en evenredig verdeeld over de tijd worden gevormd. De voornaamste uitkomst betreft ziekteverzuim, dat objectief werd gemeten gedurende een follow-upperiode van een jaar, namelijk in de periode van 2 tot 14 maanden na het invullen van de Balansmeter. De studie voldeed aan de Declaratie van Helsinki. Voorafgaand aan de studie werden deelnemers schriftelijk geïnformeerd over het doel en uitvoering van de studie en werd schriftelijk toestemming verkregen van de deelnemers (informed consent). De studie werd uitgevoerd door de arbodienst van de deelnemende bank. De bedrijfsartsen van deze arbodienst voerden de consulten; de gehele studie voldeed zodoende aan de medische richtlijnen van de arbodienst, waardoor ook de privégegevens van alle deelnemers werden beschermd.

Procedure

De studie werd uitgevoerd onder medewerkers van ABN AMRO in Nederland. De totale populatie van deze bank werd in 2003 gekenmerkt door een gemiddeld ziekteverzuim van 5,0% (4,0% onder mannen en 5,6% onder vrouwen). In 2003 ontving een willekeurige selectie van 9863 uit 28000 medewerkers van deze bank het screeningsinstrument, de zogeheten Balansmeter,^{11,13} op hun thuisadres. In de uitnodigingsbrief werd medewerkers gevraagd schriftelijke toestemming te geven voor het gebruik van de vragenlijstgegevens, bedrijfsgegevens over ziekteverzuim, en de mogelijkheid om deel te nemen aan het onderzoek. Na twee weken kregen de medewerkers die niet hadden gereageerd een herinnering. De werving ging in januari 2003 van start en was in oktober 2003 voltooid. In totaal responderden 4950 medewerkers (50,2%). Met de speciaal voor kantoormedewerkers ontwikkelde Balansmeter werd bepaald welke medewerkers een verhoogd risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim hadden. Meer gedetailleerde infor-

matie over de ontwikkeling, inhoud, scoring en validatie van de Balansmeter werd eerder gepubliceerd.^{11,13}

Voor deze RCT kwamen medewerkers in aanmerking als ze boven het vooraf bepaalde afkappunt van de Balansmeter scoorden, niet met ziekteverlof waren, niet zwanger waren en niet onder behandeling van de bedrijfsarts waren op het moment dat ze de Balansmeter invulden. In totaal voldeden 299 respondenten aan deze criteria. Door een fout in de dataverwerking werden aanvankelijk 327 respondenten gerandomiseerd, waarbij in 28 gevallen ten onrechte werd vastgesteld dat ze boven het afkappunt van de Balansmeter scoorden. Deze personen werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek; dit verklaart de verschillende aantallen medewerkers die aan de experimentele groep en de controlegroep werden toegewezen.

Voor de intention-to-treat-analyse moesten we medewerkers uitsluiten op basis van baselinecriteria die pas na randomisatie naar voren kwamen; dat wil zeggen, nadat ze aan de groepen waren toegewezen, moesten we mensen die met ziekteverlof waren aan het begin van de follow-upperiode (twee maanden na het ontvangen van de Balansmeter) uitsluiten, omdat vroegtijdige begeleiding is gericht op mensen die niet met ziekteverlof zijn. Daarnaast werden ook mensen uitgesloten die de ABN AMRO-organisatie inmiddels hadden verlaten op enig moment gedurende de follow-upperiode, omdat voor hen geen objectieve gegevens over ziekteverzuim konden worden verkregen. Zwangere vrouwen werden uitgesloten om te voorkomen dat ziekteverzuimperiodes werden meegeteld die specifiek gerelateerd waren aan zwangerschapsverlof. Verder werd een persoon uitgesloten nadat ze had aangegeven al onder behandeling te zijn voordat het onderzoek van start ging.

In deze studie werd ook een aangepaste intention-to-treat-analyse uitgevoerd, waarbij we bovendien personen uitsloten die al onder behandeling van de bedrijfsarts waren, evenals personen die extern onder behandeling waren in de tijdsperiode tussen het invullen van de screeningsvragenlijst en het consult met de bedrijfsarts, omdat vroegtijdige begeleiding in hun geval niet meer van toepassing was.

Voor de per-protocol-analyse werden daarnaast ook medewerkers van de experimentele groep uitgesloten die niet ingingen op de uitnodiging voor het consult met de bedrijfsarts. Als zodanig geeft de per-protocol-analyse de groep medewer-

kers weer waarvoor de interventie kon worden uitgevoerd voordat ze zich ziekmelden.

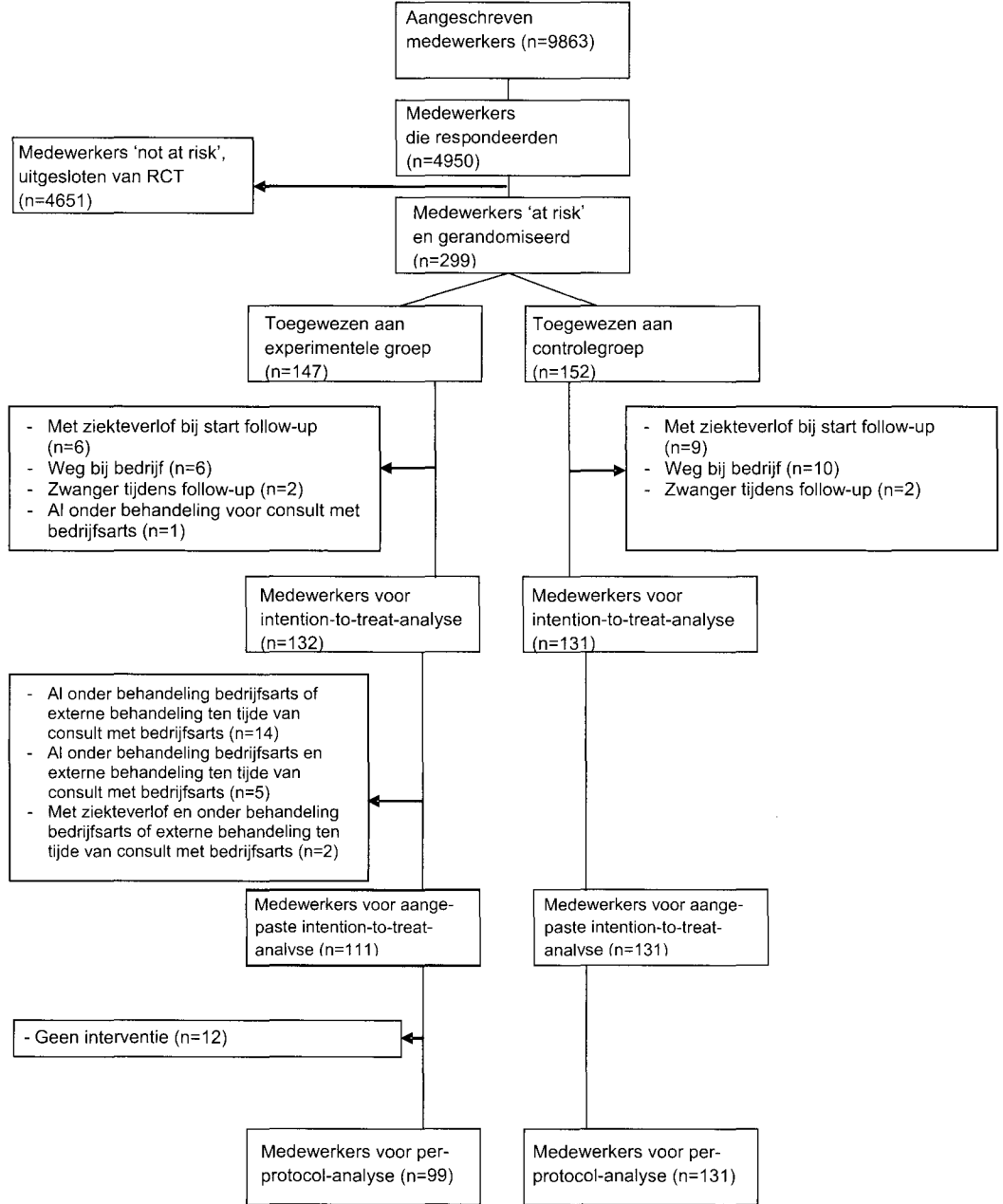
In figuur 1 worden de werving en randomisatie van deelnemers en de uitkomstmeting in de vorm van een flowchart weergegeven.

Interventie

Medewerkers met een hoog risico op langdurig ziekteverzuim werden via randomisatie toegewezen aan een experimentele groep waarbij ze vroegtijdige begeleiding kregen, of aan een controlegroep waarbij ze 'care as usual' kregen. Het experiment was gericht op de *timing* van de interventie, dat wil zeggen, voordat mogelijk ziekteverzuim zou plaatsvinden, níet de soort interventie. Medewerkers in de experimentele groep werden uitgenodigd voor een uitgebreid consult van een tot anderhalf uur met de bedrijfsarts. Het gemiddelde aantal dagen tussen de ontvangst van de Balansmeter op hun thuisadres en het consult met de bedrijfsarts bedroeg 79,01 dagen (SD 24,53). De bedrijfsartsen ontvingen de individuele resultaten van de Balansmeter voordat ze het consult met de medewerker voerden.

Gestructureerde vroegtijdige begeleiding werd uitgevoerd volgens een protocol. Dit protocol werd in een pilotstudie uitgetest en de betrokken bedrijfsartsen werden vervolgens in de uitvoering van het protocol getraind. Het protocol bestond uit diverse stappen. De eerste stap van het consult bestond uit de verheldering van de belangrijkste symptomen en klachten. Daarbij werden de individuele resultaten van de Balansmeter doorgenomen, een sociaal medische anamnese afgenomen en een anamnese van de privé-en werksituatie, waaronder arbeidshistorie, arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden. In de tweede stap legde de bedrijfsarts de relatie uit tussen de symptomen en het risico op langdurig ziekteverzuim in de toekomst. In de derde stap van het consult werden ten slotte de verwachtingen en voordelen van vroegtijdige behandeling voor de medewerker uitgelegd en besproken.

Het consult kan vervolgens leiden tot een gerichte interventie die is gericht op de specifieke klachten die naar voren zijn gebracht door de medewerker. Gerichte interventie kan bestaan uit verschillende conventionele behandelingen, variërend van aanvullende sociaal medische begeleiding door de bedrijfsarts tot psychotherapie, begeleiding door een maatschappelijk werker, of gespecialiseerde en/of meer intensieve zorg voor een specifieke ziekte. In deze RCT hadden 84 medewerkers een consult met de bedrijfsarts en kregen 14 medewerkers daarnaast een



Figuur 1. Stroomdiagram werving deelnemers, randomisatie en uitkomstmeting.

aanvullende behandeling, zoals blijkt uit vragenlijsten die door de bedrijfsartsen zijn ingevuld. Deelnemers in de controlegroep werd geen onderzoeksinterventie aangeboden. De bedrijfsartsen waren niet op de hoogte welke medewerkers tot de controlegroep van deze studie behoorden. Als medewerkers in de controlegroep om hulp vroegen bij ziekteverzuim, kregen ze de zorg die ze normaal gesproken van de arbodienst kregen.

Uitkomstmeting

Alle informatie over ziekteverzuim werd genomen door middel van een koppeling op individueel niveau met de bedrijfsgegevens over geregis-

treerd ziekteverzuim. Langdurig ziekteverzuim werd gedefinieerd als een periode van ziekteverzuim met een duur van meer dan 28 achtereenvolgende kalenderdagen. Voor deze definitie werd gekozen omdat werkgevers in Nederland na 28 dagen ziekteverzuim verplicht zijn een re-integratieplan klaar te hebben en deze medewerkers aan te melden bij de ziekteverzuimverzekeraar. Conform de ontwikkeling van de Balansmeter – het voorspellen van ziekteverzuim vanaf twee maanden na het invullen van de vragenlijst – vond de eenjarige follow-up tussen 2 tot en met 14 maanden na het invullen van de Balansmeter plaats. De totale ziekteverzuimduur betreft in deze studie de totale gemiddelde verzuimduur

van de deelnemers in de interventie- en controlegroep over 12 maanden follow-up, inclusief de verzuimdagen van verzuimperioden korter dan 28 dagen. In de Balansmeter werd medewerkers gevraagd aan te geven of ze op het moment van invullen met ziekteverlof waren. Samen met de bedrijfsgegevens over ziekteverzuim werd deze informatie gebruikt om de medewerkers voor wie dit inderdaad het geval was, uit te sluiten van het onderzoek.

Statistische analyse

Op basis van de ervaringen binnen de Maas-trichtse Cohort Studie¹² verwachtten we dat de incidentie van langdurig ziekteverzuim van medewerkers die boven het afkappunt van de Balansmeter scoorden, 50% zou zijn over de follow-upperiode van een jaar. Om dit cijfer omlaag te brengen van 50% naar 35% (een afname van 30%), gaf een powerberekening voorafgaand aan de studie aan dat we 145 deelnemers in beide groepen nodig zouden hebben met een power van 0,9 en een alpha van 0,05. De data werden geanalyseerd door middel van intention-to-treat, aangepaste intention-to-treat en per-protocol. Poisson-regressieanalyses werden toegepast om verschillen in ziekteverzuimduur te toetsen. Overige statistische procedures omvatten chi-kwadraattoetsen. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS en SAS.

RESULTATEN

De baselinekenmerken van alle deelnemers in het onderzoek worden weergegeven in tabel 1. Leeftijd, gemiddeld aantal jaren in dienst van de bank, en aantal werkuren per week waren vergelijkbaar in beide groepen. Er waren kleine verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht, opleidingsniveau, en prevalentie van conflicten met de leidinggevende, sombere stemming, de

aanwezigheid van een langdurige ziekte, en het vóórkomen van ingrijpende gebeurtenissen in het voorafgaande jaar.

Tabel 2 laat de verschillen in ziekteverzuim zien over een jaar follow-up tussen de experimentele groep en de controlegroep bij een analyse volgens het intention-to-treat-, aangepaste intention-to-treat- en per-protocol-principe. Bij de eerstgenoemde analyse toonden deelnemers in de experimentele groep een lagere totale verzuimduur en lager percentage langdurige verzuimperioden in vergelijking met de controlegroep. Hoewel relevante verschillen werden geconstateerd, waren deze niet statistisch significant. De intention-to-treat-analyse in de onderhavige studie geeft een meer conservatieve schatting van de effectiviteit van vroegtijdige begeleiding door inclusie van deelnemers die werden gerandomiseerd voor begeleiding, maar niet voldeden aan de criteria voor vroegtijdige interventie. Daartegenover onthulde de aangepaste intention-to-treat-analyse aanzienlijke en statistisch significante verschillen in totale ziekteverzuimduur over een jaar follow-up tussen de experimentele groep en de controlegroep.

De per-protocol-analyse toont aanzienlijke en statistisch significante verschillen in verzuimduur en het percentage langdurige verzuimperioden tussen de experimentele groep en de controlegroep, met een bijna dubbel aantal totale ziektedagen gedurende 12 maanden follow-up in de controlegroep ten opzichte van de experimentele groep.

DISCUSSIE

Het doel van deze studie was het beoordelen van de effectiviteit van vroegtijdige begeleiding in een arbeidsgeneeskundige setting voor medewerkers met een verhoogd risico op toekomstig lang-

Tabel 1
Baselinekenmerken van de deelnemers aan de studie

	Experimentele groep (n=132)	Controlegroep (n=131)
Geslacht, % man	73,5	68,7
Gemiddelde leeftijd (SD)	46,32 (8,40)	46,58 (8,28)
Opleidingsniveau		
laag	40,5	49,6
middelbaar	48,1	34,9
hoog	11,5	15,5
Aantal jaren in dienst van bedrijf, gemiddelde (SD)	23,87 (10,96)	23,54 (11,13)
Werkuren/week, gemiddelde (SD)	34,37 (3,95)	33,90 (4,77)
Conflicten met leidinggevende (%)	5,3	8,6
Sombere stemming (%)	17,6	20,6
Langdurige ziekte (%)	54,5	47,5
Ingrijpende gebeurtenissen in voorafgaande jaar (%)	58,3	61,5

Tabel 2

Verschillen in ziekteverzuim (kalenderdagen) over 12 maanden follow-up tussen de experimentele en de controlegroep volgens intention-to-treat-analyse, aangepaste intention-to-treat-analyse en per-protocol-analyse

Intention-to-treat-analyse	Experimentele groep (n=132)	Controlegroep (n=131)	p-waarde
Totale ziekteverzuimduur (SD)	25,97 (44,84)	31,13 (55,47)	0,290
% Langdurig ziekteverzuim (>28 dagen)	13,6	18,3	0,300
Aangepaste intention-to-treat-analyse	Experimentele groep (n=111)	Controlegroep (n=131)	p-waarde
Totale ziekteverzuimduur (SD)	18,98 (29,50)	31,13 (55,47)	0,007
% Langdurig ziekteverzuim (>28 dagen)	10,8	18,3	0,102
Per-protocol-analyse	Experimentele groep (n=99)	Controlegroep (n=131)	p-waarde
Totale ziekteverzuimduur (SD)	17,36 (28,25)	31,13 (55,47)	0,003
% Langdurig ziekteverzuim (>28 dagen)	9,1	18,3	0,048

durig ziekteverzuim in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Voor zover ons bekend is dit de eerste studie die de timing van interventie in relatie tot toekomstig langdurig ziekteverzuim onderzoekt.

Relevante verschillen in ziekteverzuimduur waren waargenomen in de intention-to-treat-analyse; deze waren ongeveer zo hoog als we verwachtten op grond van de powerberekening. Deze verschillen waren echter niet statistisch significant. Dit kan mogelijk worden toegeschreven aan de lagere verzuimincidentie in deze onderzoekspopulatie vergeleken met de populatie die werd gebruikt voor het ontwikkelen van de Balansmeter; en waar tevens de powerberekening voor deze studie op werd gebaseerd. Hoewel de incidentie van ziekteverzuim in deze studie veel lager was dan verwacht, lieten de aangepaste intention-to-treat- en per-protocol-analyses zien dat het ziekteverzuim in de experimentele groep aanzienlijk en significant lager was dan in de controlegroep.

Er werden aanzienlijke verschillen geconstateerd in de effectiviteit van gestructureerde vroegtijdige begeleiding bij het verminderen van langdurig ziekteverzuim in een vergelijking van de resultaten van de intention-to-treat- versus aangepaste intention-to-treat-analyses. Redelijk veel medewerkers in de experimentele groep hadden zelf al behandeling gezocht voordat het consult met de bedrijfsarts plaatsvond. Deze personen werden uitgesloten voor de aangepaste intention-to-treat-analyses, omdat het toevoegen van een vroegtijdige interventie aan een lopende behandeling waarschijnlijk geen toegevoegde waarde zou hebben; in dat geval zou bovendien de term 'vroegtijdige begeleiding' niet meer van toepassing zijn. Als gevolg hiervan zouden in deze studie de resultaten van de aangepaste intention-to-treat-analyses leidend moeten zijn bij de interpretatie van de resultaten.

Indien de personen die nu werden uitgesloten voor de aangepaste intention-to-treat-analyses, zouden worden gekenmerkt door een hoger klachtenniveau, dan zijn de resultaten van de aangepaste intention-to-treat-analyses mogelijk overschat. Anderzijds zijn de resultaten van de aangepaste intention-to-treat-analyse wellicht onderschat, als medewerkers in de controlegroep inmiddels ook werden behandeld, met bevorderlijke resultaten als gevolg.

De screening van medewerkers met een verhoogd risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim werd uitgevoerd met behulp van de Balansmeter. Met de Balansmeter kan worden bepaald welke medewerkers risico lopen om lang te gaan verzuimen. In deze onderzoekspopulatie is gevonden dat het risico op langdurig ziekteverzuim significant hoger was voor de geselecteerde medewerkers dan voor de niet-geselecteerde medewerkers. Voor mannen was het relatieve risico voor langdurig ziekteverzuim 3,90 (95% CI 2,35-6,45), voor vrouwen 2,62 (95% CI 1,44-4,77).¹¹ Dit is opvallend te noemen gegeven het feit dat het verzuimpercentage in het totale bedrijf ten tijde van de studie relatief laag was, hetgeen in het algemeen negatief geassocieerd is met de positief voorspellende waarde van een screeningsinstrument. Er dient echter tevens opgemerkt te worden dat door de lage respons van 50% veel medewerkers die wel risico lopen, niet konden worden getraceerd.

Uitgangspunt van de selectieve preventieve strategie in deze studie is dat deze gericht is op medewerkers die at risk zijn voor langdurig verzuim maar nog niet verzuimen noch onder behandeling zijn. Een van de resultaten van deze studie is dat in de tijd tussen screening en behandeling in de RCT een aantal medewerkers zelf al behandeling had gezocht. Dit benadrukt de behoefte aan een kort(er) tijdsverloop tussen de screening en het consult met de bedrijfsarts.

In deze RCT bedroeg het tijdsverloop tussen het invullen van de Balansmeter en het consult met de bedrijfsarts gemiddeld 79 dagen, waarvan het versturen van de vragenlijsten, het monitoren van de respons, het versturen van herinneringen, het controleren van de schriftelijke toestemming van de deelnemers, en vervolgens de dataverwerking en de randomisatie ongeveer 42 dagen in beslag nam. Om het tijdsverloop tussen het invullen van de vragenlijst en het consult te verkorten, wordt momenteel een elektronische internetversie van de screeningsvragenlijst ontwikkeld. Met deze applicatie kan het tijdsverloop waarschijnlijk met meer dan 50% gereduceerd worden. Nader onderzoek is nodig om na te gaan hoe deze tijdsperiode verder gereduceerd kan worden.

Verder moet worden opgemerkt dat in deze studie de gebruikte per-protocol-definitie relatief mild is, hetgeen betekent dat medewerkers ten minste een consult hadden met de bedrijfsarts. In nader onderzoek zou de optimale interventie voor deze populatie onderzocht moeten worden, waarbij bestaande behandelingen kunnen worden aangepast aan het milde niveau van de klachten en/of afstemming van behandelingen op de verschillende doelpopulaties, bijvoorbeeld door deze te richten op klachten van het bewegingsapparaat of mentale gezondheidsklachten.

Een kosten-batenanalyse maakte geen deel uit van deze studie. Op basis van de intention-to-treat-analyse hebben we echter berekend dat de afname in ziekteverzuimdagen in deze studie 681 dagen was. Uitgaande van de gemiddelde arbeidskosten in de onderzoekspopulatie van €189 per werknemer per kalenderdag bedroeg de winst van verzuimreductie in deze studie €127.368. Omdat het hier om een RCT gaat, geldt deze besparing in feite voor 50% van de gescreende populatie. Het blijft echter belangrijk om de winst van verzuimreductie af te zetten tegen de kosten van monitoring, screening en behandeling bijvoorbeeld, waarvan de behandelingskosten het grootste deel van de uitgaven uitmaken. Ook zou het met betrekking tot kosten-batenevaluaties gunstig kunnen zijn begeleiding aan te passen aan de relatief milde klachtniveaus onder medewerkers die risico op ziekteverzuim lopen, en/of te focussen op meer specifieke doelgroepen.

Deze studie was gericht op de effectiviteit van gestructureerde vroegtijdige begeleiding onder kantoormedewerkers, en is dan ook niet geheel

representatief voor de werkende bevolking in het algemeen, hetgeen de externe validiteit van onze bevindingen beperkt. Niettemin zouden we willen stellen dat deze nadelen niet opwegen tegen de voordelen van deze onderzoekspopulatie en interventie. Met andere woorden, de RCT is ontwikkeld voor gebruik in de arbeidsgeneeskundige setting, die veelal wordt gekenmerkt door stressgerelateerde (psychische) aandoeningen, in tegenstelling tot gespecialiseerde zorg, waar men te maken heeft met patiënten met beter te duiden aandoeningen. Op dit moment worden afzonderlijke Balansmetermodules ontwikkeld voor gebruik in andere werkomgevingen. Onlangs werd een module ontwikkeld voor de industrie, terwijl een module voor de gezondheidszorg nog in ontwikkeling is. Deze nieuwe modules maken het mogelijk dat gestructureerde vroegtijdige begeleiding ook in andere settings onderzocht kan worden.

Nader onderzoek is nodig om na te gaan hoe diverse aspecten verder verbeterd kunnen worden (meer specifieke doelgroepen, aangepaste behandelingen en een snelle(re) start van vroegtijdige behandeling na de screening). Niettemin tonen de resultaten van deze studie duidelijk aan dat een preventieve strategie, bestaande uit de combinatie van screening van medewerkers op een verhoogd risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim en daaropvolgend een gestructureerde vroegtijdige begeleiding door de bedrijfsarts, een veelbelovende aanpak is om toekomstig ziekteverzuim te voorkomen dan wel te reduceren.

DANKBETUIGING

Deze studie werd financieel gesteund door de onderzoeksschool CAPHRI (School for Public Health and Primary Care) in Maastricht en arbo-dienst Beter in Amsterdam. De auteurs danken Dr. G.M.H. Swaen (Maastricht University) voor het mede initiëren van deze RCT; Dr. U. Bültmann, momenteel werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, voor haar bijdrage aan de beginfase van deze studie, waaronder de dataverzameling; en dhr. J.J.M. Slangen (Maastricht University) voor het databeheer.

Dit artikel is een aangepaste versie van: Kant IJ, Jansen NWH, Amelsvoort LGPM van, Leusden R van, Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2008; 18(1): 79-86 (copyright auteurs).

1. Marmot M, Feeney A, Shipley M, et al. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 124-130.
2. Frank JW, Kerr MS, Brooker AS, et al. Disability resulting from occupational low back pain. Part I: What do we know about primary prevention? *Spine* 1996; 21: 2908-2917.
3. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *Br Med J* 2005; 330: 802-803.
4. Williams DA, Feuerstein M, Durbin D, Pezzullo J. Health care and indemnity costs across the natural history of disability in occupational low back pain. *Spine* 1998; 23: 2329-2336.
5. Watson PJ, Main CJ, Waddell G, et al. Medically certified work loss, recurrence and costs of wage compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 82-86.
6. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Boer AG de, et al. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 67-74.
7. Janssen N, Heuvel WP van den, Beurskens AJ, et al. The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work. *Int J Rehabil Res* 2003; 26: 1-9.
8. Klink JJ van der, Blonk RW, Schene AH, Dijk FJ van. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60: 429-437.
9. Huibers MJ, Beurskens AJ, Schayck CP van, et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 240-246.
10. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiat* 2006; 28: 223-229.
11. Kant IJ, Jansen NW, Amelsvoort LG van, et al. Screening questionnaire Balansmeter proved successful in predicting future long-term sickness absence in office workers. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 408-414 e2.
12. Kant IJ, Bültmann U, Schröer CAP, et al. An epidemiological approach to study fatigue in the working population: The Maastricht Cohort Study. *Occup Environ Med* 2003; 60(Suppl 1): i32-39.
13. Kant IJ, Jansen NWH, Amelsvoort LGPM van, et al. Ontwikkeling en validatie van een screeningsinstrument voor het opsporen van werknemers met een verhoogd risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2009; 17: 339-347.

Het artikel is zonder financiële ondersteuning tot stand gekomen. Belangenconflicten: drs. Gladys Tjin A Ton is bedrijfsarts bij Beter, Amsterdam; deze arbodienst is mede-eigenaar van de Balansmeter BV, en drs. Ate Berkouwer is commercieel directeur van Beter, Amsterdam, lid raad van commissarissen Balansmeter BV.

OPROEP

In verband met een herstructurering van de redactie per 1 januari 2011 is het *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* (TBV) op zoek naar een

praktiserend verzekeringsarts (v/m)

die wil toetreden tot de redactie van het tijdschrift.

Wij vragen van u allereerst affiniteit en praktische ervaring met het vak van verzekeringsarts, én affiniteit met het geschreven woord. Als redacteur beoordeelt u ingezonden kopij en schrijft u boekbesprekingen en referaten. U heeft een belangrijke inbreng in het inhoudelijke beleid van het tijdschrift. De redactie vergadert op vrijdagmiddag, achtmaal per jaar.

Wij bieden: participatie in een inspirerend team van redacteurs: bedrijfs- en verzekeringsartsen die tezamen het brede veld van praktijk, onderzoek, opleiding en beleid vertegenwoordigen. Tweemaal per jaar neemt u deel aan de redactieretraite waarin we dieper op een bepaald thema ingaan. De retraite wordt afgesloten met een diner.

Voor uw redactionele werkzaamheden ontvangt u een bescheiden vergoeding.

Het redactiewerk voor TBV is door het AbSg geaccrediteerd als deskundigheidsbevorderende activiteit.

Hebt u interesse, of wilt u meer weten? Stuur een e-mail aan de redactiesecretaris:

TBVRedactie@bsl.nl.