

DE IMPACT VAN DEPRESSIE OP WERKERZUIM EN WERKHERVATTING

Liesbeth HAESAERT

Promotor: Prof. Dr. G. Lemmens

Masterproef voorgedragen in de 2de Master in het kader van de opleiding tot
MASTER OF MEDICINE IN DE GENEESKUNDE

Academiejaar 2013 - 2014

DE IMPACT VAN DEPRESSIE OP WERKERZUIM EN WERKHERVATTING

Liesbeth HAESAERT

Promotor: Prof. Dr. G. Lemmens

Masterproef voorgedragen in de 2de Master in het kader van de opleiding tot
MASTER OF MEDICINE IN DE GENEESKUNDE

Deze pagina is niet beschikbaar omdat ze persoonsgegevens bevat.
Universiteitsbibliotheek Gent, 2021.

This page is not available because it contains personal information.
Ghent University, Library, 2021.

Voorwoord

Deze masterproef was een ware uitdaging voor mij. Nooit eerder heb ik aan zo'n project deelgenomen. Twee jaar lang heb ik mij voor deze scriptie ingezet. Dit kostte mij soms veel moeite. Ik ben ervan overtuigd dat ik hier heel veel uit geleerd heb. Tot deze scriptie was ik niet gekomen zonder steun en hulp van bepaalde personen. Deze zou ik graag even kort bedanken.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Gilbert Lemmens, bedanken voor zijn begeleiding en feedback gedurende het hele proces. Verder bedank ik hem voor de snelle reactie waarmee hij mijn vragen beantwoordde alsook voor de extra uitleg.

Daarnaast bedank ik mijn familie en vrienden voor het geduld die ze telkens konden opbrengen en de motivatie die ze mij gaven. Zij staken mij vaak een hart onder de riem, soms zonder het zelf te beseffen.

Mijn moeder Anne Thienpont, zus Sarah Haesaert en goede vriendin, Camille Dutordoir wil ik in het bijzonder bedanken voor het kritisch lezen van de tekst.

Allemaal bedankt!

Lijst met tabellen en figuren

Figuur 1 Flowchart overzicht studies

Figuur 2 Tijdslijn depressie

Figuur 3 Indeling van de determinanten

Tabel 1 Overzicht studies

Tabel 2 Overzicht persoonlijke factoren en werkverzuim bij een depressie

Tabel 3 Overzicht gezondheidsgerelateerde factoren en werkverzuim bij een depressie

Tabel 4 Overzicht werkgerelateerde factoren en werkverzuim bij een depressie

Tabel 5 Relatieve tijd van werkhervatting per sector

Inhoudstabel

1	Abstract	1
2	Inleiding.....	2
3	Methodologie.....	5
4	Resultaten	7
4.1	Persoonlijke factoren.....	11
4.1.1	Leef tijd	12
4.1.2	Opleiding	16
4.1.3	Geslacht	14
4.1.4	Gedrag	17
4.1.5	Burgerlijke stand	18
4.1.6	Etniciteit	19
4.1.7	Woonplaats.....	19
4.1.8	Functionele capaciteit.....	19
4.1.9	Competenties	19
4.2	Ziektegerelateerde factoren	20
4.2.1	Ziekteperceptie	21
4.2.2	Ernst depressie.....	21
4.2.3	Duur depressieve episode	23
4.2.4	Vorige episodes van depressie of ziekteverzuim.....	23
4.2.5	Comorbiditeit.....	24
4.2.6	Behandeling/ interventie.....	25
4.3	Werkgerelateerde factoren.....	27
4.3.1	Type werk.....	28
4.3.2	Bedrijfsgrootte.....	30
4.3.3	Loon /inkomen	31
4.3.4	Werkomstandigheden	31
4.3.5	Looptijd werk	35
4.3.6	Werkmotivatie	35
4.3.7	Job beschikbaarheid.....	35
4.3.8	Interventies en maatregelen op werkvlak	36
5	Discussie.....	37
6	Referenties.....	42

1 Abstract

Inleiding Depressie is een relevant gezondheidsprobleem. De WHO voorspelt dat in 2030 depressie de belangrijkste oorzaak van ongeschiktheid zal zijn wereldwijd. De link tussen depressie en werkverzuim is nog niet sterk onderzocht. Het doel van deze scriptie is het achterhalen van determinanten van werkverzuim en werkhervatting bij een depressie. Aan de hand van deze determinanten kan dan een gepaste interventie gevonden worden.

Methode De database PubMed werd doorzocht naar studies met een verband tussen depressie en werkverzuim en werkhervatting. Zowel artikels naar de determinanten van de kans op werkverzuim als de duur ervan werden gezocht. De inclusiecriteria waren 'mensen', 'Engels', '19+', 'beschikbaar abstract' en 'artikels vanaf 2000'. In totaal werden er 34 studies onderzocht en vergeleken.

Resultaten en Discussie Er zijn meerdere factoren die zowel een invloed hebben op het risico van werkverzuim als op de duur ervan. Deze factoren werden ingedeeld in persoonlijke, ziekte- en werkgerelateerde factoren. Onder persoonlijke factoren worden leeftijd, geslacht, opleiding, gedrag, burgerlijke stand, etniciteit, woonplaats, functionele capaciteit en competenties beschreven. Ziekteperceptie, ernst van de depressie, duur depressieve episode, vorige episodes, comorbiditeit en behandeling behoren tot de ziektegerelateerde factoren. Ten slotte horen type werk, bedrijfsgrootte, loon, werkomstandigheden, looptijd werk, werkmotivatie, job beschikbaarheid en interventies op het werk tot de werkgerelateerde determinanten. Persoonlijke factoren werden het meest onderzocht. De resultaten zijn grotendeels uiteenlopend. Naast de bespreking van deze afzonderlijke factoren worden ook nog enkele methodologische tekortkomingen van de literatuur bediscussieerd. Samenvattend kan besloten worden dat er nog veel onderzoek nodig om deze determinanten te exploreren.

2 Inleiding

Psychiatrische stoornissen

Psychiatrische stoornissen vormen een belangrijk gezondheidsprobleem wereldwijd (1). Er wordt aangenomen dat jaarlijks 27,4 % van de inwoners van de Europese Unie (EU) tussen 18 en 65 jaar lijdt aan een mentale stoornis (2, 3). Stemmingsstoornissen behoren hiertoe. Binnen de groep stemmingsstoornissen komt depressie frequent voor (4). Opvallend is dat er minder psychiatrische stoornissen zijn bij de werkende populatie dan bij de niet werkende populatie. Hieruit kan afgeleid worden dat werk een belangrijke rol speelt. Werk kan gezien worden als een deel van de remedie van psychiatrische stoornissen, maar is ook een stressfactor. In Nederland heeft 21.7% van de arbeidspopulatie een psychiatrische stoornis meegemaakt over het laatste jaar. Daar hebben ongeveer 250.000 werkende vrouwen een stemmingsstoornis en 500.000 van de werkende mannen een alcoholprobleem (5, 6).

Wat is depressie?

In de volksmond wordt depressie vaak gebruikt om een tijdelijke verdrietige of gedeprimeerde stemming te beschrijven. Een depressieve episode betreft een periode gekenmerkt door een aantal depressieve klachten overeenkomstig met de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders criteria (DSM-5 criteria). De twee hoofdkenmerken die een episode typeren zijn een depressieve stemming gedurende een groot deel van de dag en interesseverlies of minder plezier bij activiteiten. Een depressieve stoornis is een mentale stoornis bij een persoon die ooit één of meerdere depressieve episodes heeft meegemaakt en waarbij aan bijkomende voorwaarden (DSM-5) is voldaan. De duur varieert nogal, maar er wordt aangenomen dat zo'n episode gemiddeld 8 maand duurt. De kans op herval is groot: 40% van de bevolking met een depressie ervaart een tweede episode binnen de 2 jaar (5, 6). Samen met bipolaire en dysthyme stoornissen worden depressieve stoornissen ingedeeld bij de stemmingsstoornissen (7).

Depressie is de tweede meest voorkomende psychiatrische stoornis (na angststoornissen) en de meest voorkomende levenslange aandoening (16,6%) (3, 8). De 12-maandelijkse prevalentie van depressie in de beroepsbevolking varieert tussen 3,4 en 6,0% in de Europese landen en is 6,4% in de Verenigde Staten (1). Depressie is eveneens in België een vaak voorkomend ziektebeeld: het 12 maandenlijks voorkomen wordt geschat op 5-16%, het lifetime risico op 23%. Dit is vergelijkbaar met andere Europese landen (9). De gemiddelde leeftijd waarop depressies aanvangen in België, bedraagt 38 jaar, met een trend naar verhoogd

risico voor jongere cohorten. Er is geen evidentie dat depressies ontstaan in een specifieke leeftijdsperiode (8, 9).

Wat is de impact van depressie?

Een ernstige depressieve stoornis wordt geassocieerd met sociaal, familiaal en professioneel disfunctioneren (10). Depressie heeft eveneens een invloed op het emotioneel en lichamelijk functioneren (6, 8). Er zijn functionele beperkingen, verminderde levenskwaliteit, en eveneens een toename van het gebruik van gezondheidszorg te bemerken (11). Het werk wordt het meest getroffen door een depressieve episode. Volgens verschillende studies, waaronder ook de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO), draagt een depressie bij tot een van de belangrijkste ziektelasten wereldwijd (8, 12). Er zijn talrijke nadelige gevolgen van depressie op het werkgebied. Meerdere studies hebben aangetoond dat er korte, middellange en lange termijn effecten bestaan. Zo hebben werknemers met een depressie een (tot 28 keer) hogere prevalentie van ziekteverzuim dan werknemers zonder dit beeld. Dit betreft zowel het kortdurend als langdurend verzuim (13-16). Zij vertonen eveneens meer productiviteitsverlies, minder kwaliteit van het werk, presentisme, meer fouten en vergissingen, meer werkongevallen, meer (en vroegere) pensioenstelling wegens arbeidsongeschiktheid (1, 4, 8, 12, 17). De werkloosheid van ernstige psychiatrische stoornissen in de USA bedraagt 75-85% en in de UK 61-73% (18).

Maatschappelijke relevantie

Wereldwijd is depressie de derde belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid, en nummer één in landen met middelhoge en hoge inkomens. De WHO voorspelt dat in 2030 depressie de belangrijkste oorzaak van ongeschiktheid zal zijn wereldwijd. Dit heeft een grotere impact dan chronische lichamelijke ziekten zoals angina, artritis, astma en diabetes (8, 12). Daarnaast heeft majeure depressie een impact op de samenleving (financieel). Stemmingsstoornissen zijn de duurste dure medische omstandigheden in de Verenigde Staten. De kostprijs van een depressie bedroeg in 2000 meer dan 83 miljard dollar in de VS, waarvan de meerderheid indirect is, als gevolg van psychosociale stoornissen en verminderde productiviteit (11). Er zijn grote verschillen gevonden in de kosten van de arbeidsongeschiktheid tussen de Europese landen. Die verschillen kunnen gedeeltelijk worden verklaard door zowel verschillende prevalentie van depressie of verschillen in het gezondheidssysteem (12).

In de afgelopen decennia hebben psychische problemen in toenemende mate bijgedragen aan ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid. Het wordt algemeen erkend dat de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid multifactorieel zijn en niet geassocieerd met een medische aandoening alleen (4).

Doelstelling

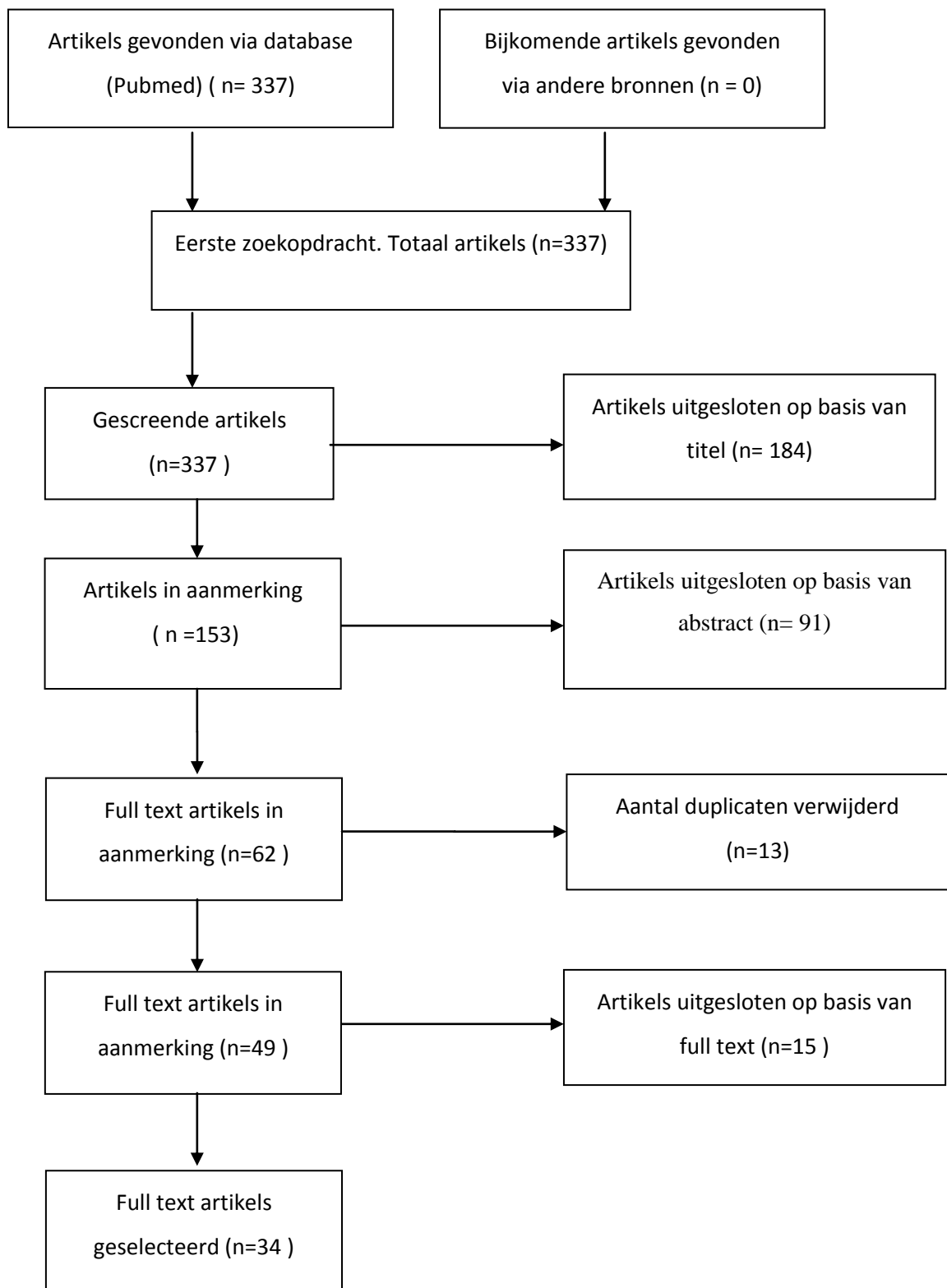
Het doel van deze scriptie is de factoren/determinanten die een rol spelen bij ‘werkverzuim’ en ‘werkhervatting’ bij een depressie te achterhalen. Het bepalen van deze factoren kan belangrijk zijn om de behandeling van depressie te optimaliseren. Daarnaast kan het ook helpen om preventieve maatregelen te treffen bij bepaalde risicogroepen. Op lange termijn kan dit een vermindering van de economische kost (zowel op werk als sociaal gebied) betekenen.

3 Methodologie

Deze scriptie kwam tot stand door middel van een literatuuronderzoek. Er werd gebruik gemaakt van PubMed om de Medline database te doorzoeken. De MESH zoektermen 'depression' en 'depressive disorder' werden ingevoerd. Daarbij werden verschillende zoektermen in combinaties of afzonderlijk toegevoegd: 'work', 'work absence', 'return to work', 'absenteism', 'sickness absence' etc. In eerste instantie werd gezocht naar algemene psychiatrische stoornissen. Wegens de overvloed aan informatie werd dit onderwerp beperkt tot depressie. Volgende limieten werden gebruikt om de literatuur te doorzoeken in PubMed: 'mensen', 'Engels', '19+', 'beschikbaar abstract', 'artikels vanaf 1/1/2000'.

Studies werden geselecteerd op basis van de titel en het abstract. Zowel via related articles als via de individuele referentielijsten van artikels werden nuttige bijkomende studies bekomen. Verder werden enkele relevante sites geraadpleegd over het onderwerp. De informatie uit de literatuur werd ingedeeld in twee grote groepen. Enerzijds artikels over depressie en de kans op werkverzuim (=KOW), en anderzijds artikels over depressie en de werkhervatting/duur van werkverzuim (=DW). Door deze twee afzonderlijke benaderingen werd de structuur van de tekst bekomen.

Om deze zoekactie wat beter te illustreren werd een flowchart opgesteld.



Figuur 1 Flow chart overzicht resultaten onderzoek artikels

4 Resultaten

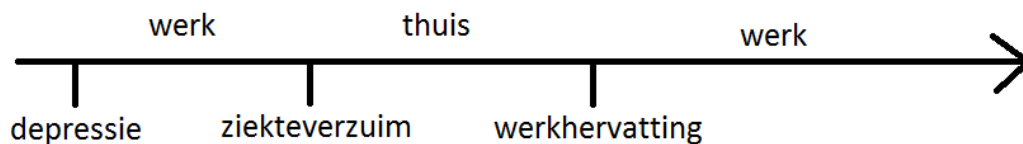
In deze scriptie worden verschillende definities gehanteerd. Het is belangrijk dat deze begrippen op een correcte wijze worden geïnterpreteerd. In enkele studies is de interpretatie van een begrip niet altijd duidelijk. In deze masterproef zijn volgende begrippen essentieel.

Werkverzuim

Absenteïsme en ziekteverzuim zijn niet volledig hetzelfde, hoewel ze in de literatuur door elkaar worden gebruikt. Absenteïsme slaat enkel op het afwezig zijn, terwijl ziekteverzuim ervan uitgaat dat men afwezig is omwille van ziekte. In deze scriptie wordt verder ingegaan op werkverzuim (=ziekteverzuim) omwille van een depressie (19).

Werkhervatting

Werkhervatting is het hernemen van het werk of de arbeid na een periode van ziekteverzuim. In deze masterproef wordt de duur van het ziekteverzuim gebruikt als maat voor werkhervatting. Een lange duur van werkverzuim betekent een langere tijd tot het hernemen van het werk. Indien individuen niet meer terugkeren naar hun job staat dat gelijk met geen werkhervatting (20).



Figuur 2 Tijdslijn depressie

In figuur 2 wordt het verloop van een depressie op werkvlak geïllustreerd. Wanneer personen in depressie vallen, zijn er op werkvlak 2 verschillende mogelijkheden. Ofwel blijven ze werken met hun depressie ofwel blijven ze thuis en vertonen ze ziekteverzuim. De kans op afwezigheid op het werk bij een depressie kan voorspeld worden aan de hand van een aantal determinanten. In deze masterproef worden deze factoren onderzocht. Naast de kans op ziekteverzuim, bestaat er nog de duur van ziekteverzuim. Personen met een depressie vertonen een verschillende afwezigheidsduur. Deze tijd tot werkhervatting kan eveneens voorspeld worden door verschillende determinanten, deze worden ook in deze scriptie onderzocht. Verschillende besproken studies hebben het zowel over de kans op werkverzuim als op de duur van het werkverzuim. Omdat deze determinanten vaak overlappen en omdat het niet altijd even duidelijk is welke studie welke factor behandelt (ziekteverzuim of duur)

werd besloten om deze begrippen samen te behandelen. Zo is het evidentier om de determinanten met elkaar te linken, in elkaar te verweven en met elkaar te vergelijken omtrent de kans op werkverzuim en de duur van werkverzuim.

Tabel 1 Overzicht van de studies

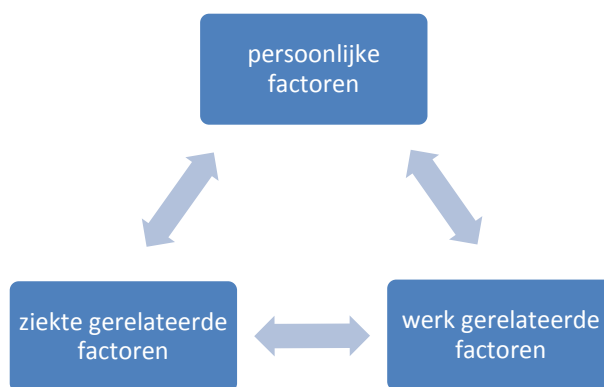
STUDY ID	Jaar	Land	Aantal	Populatie	Design	Uitkomst
Bermejo et al. (13)	2010	Duitsland	118	inclusiecriteria	prospectief	DW
Blank et al. (21)	2008	n.v.t.	n.v.t.	inclusiecriteria	retrospectief	DW
Buist-bouwman et al. (22)	2005	Nederland	7.076	inclusiecriteria	prospectief	DW
Bultmann et al. (23)	2006	Denemarken	4.747	inclusiecriteria	prospectief	DW
Claassens et al. (24)	2007	USA	2.341	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Clumeck et al. (25)	2009	België	9.396	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Cornelius et al. (4)	2012	n.v.t.	n.v.t.	inclusiecriteria	retrospectief	DW
de vries et al. (26)	2011	Nederland	n.v.t.	inclusiecriteria	prospectief	DW
Dewa et al. (27)	2002	Canada	1.521	inclusiecriteria	retrospectief	DW/KOW
Dewa et al. (28)	2003	Canada	997	inclusiecriteria	retrospectief	DW
Elinson et al. (29)	2004	US	2.166	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Hees et al. (30)	2012	Nederland	117	inclusiecriteria	prospectief	DW
Hensing et al. (31)	2000	Noorwegen	28.799	inclusiecriteria	prospectief	DW/KOW
Hjarsbech et al. (32)	2010	Denemarken	6.985	oudere vrouwen	prospectief	DW
Inoue et al. (31)	2009	Japan	15.256	mannen	prospectief	DW
Koopmans et al. (5)	2008	Nederland	9.910	inclusiecriteria	retrospectief	DW
Kronstrom et al. (33)	2011	Finland	38.214	publieke sector	prospectief	DW
Kruijshaar et al. (34)	2003	Nederland	439	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Lagerveld et al. (1)	2010	10 landen	n.v.t.	inclusiecriteria	retrospectief	DW/KOW
Lerner et al. (15)	2004	USA	229	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Lerner et al. (16)	2008	n.v.t.	n.v.t.	inclusiecriteria	retrospectief	KOW
Lexis et al. (35)	2011	Nederland	139	inclusiecriteria	prospectief	KOW
McIntyre et al. (11)	2010	Canada	n.v.t.	inclusiecriteria	retrospectief	KOW
Muijzer et al. (36)	2012	Nederland	n.v.t.	inclusiecriteria	prospectief	DW
Nielsen et al. (37)	2012	Denemarken	298	inclusiecriteria	prospectief	DW
Nieuwenhuijsen et al. (38)	2006	Nederland	188	inclusiecriteria	prospectief	DW
Nieuwenhuijsen et al. (39)	2008	Nederland	2.566	inclusiecriteria	retrospectief	DW
Post et al. (40)	2005	Nederland	926	inclusiecriteria	prospectief	DW
Rystala et al. (41)	2005	Finland	269	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Rystala et al. (42)	2007	Finland	186	inclusiecriteria	prospectief	DW
Sorvaniemi et al. (43)	2002	Finland	213	inclusiecriteria	retrospectief	DW
Spijker et al. (44)	2004	Nederland	7.076	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Verboom et al. (45)	2011	Nederland	573	inclusiecriteria	prospectief	KOW
Veronese et al. (12)	2012	29 Europese landen	31.126	inclusiecriteria	retrospectief	KOW

Uitkomst: KOW kans op werkverzuim, DW duur werkverzuim

Een depressieve episode heeft een enorme invloed op de arbeid van personen. Het speelt een rol in zowel presenteïsme (ziek aanwezig zijn op het werk) als absenteïsme. Hierin kunnen we participatie en functie op het werk beschrijven (46).

Werk is een belangrijke factor voor mentale gezondheid. Het geeft ritme en zingeving aan de dag. Wanneer we op het juiste pad zijn tot herstel van depressie, is terug aan het werk gaan soms de meest belangrijke factor in het versnellen tot een goede gezondheid. Het voorziet ons van een ondersteunend netwerk en in een kans om ons gevoel van eigenwaarde/zelfvertrouwen terug te krijgen en zet sommige routine en stabiliteit terug in ons leven (5).

Individueen met een depressieve episode zijn vaak afwezig van het werk omwille van de depressie (=werkverzuim). Verschillende determinanten kunnen dit ziekteverzuim voorspellen. Er zijn meerdere indelingen mogelijk. In deze scriptie werd ervoor gekozen om deze in te delen in persoonlijke ,ziekte- en werkgerelateerde determinanten.



Figuur 3 Indeling van de determinanten

In figuur 3 zijn de 3 verschillende hoofdgroepen te zien. Dit zijn de persoonlijke, ziekte- en werkgerelateerde factoren. Deze factoren kunnen op elkaar inwerken. Persoonlijke factoren zijn meestal niet te beïnvloeden van buitenaf. Zij kunnen wel belangrijk zijn in het bepalen van het risico op ziekteverzuim. Op de andere factoren kan preventief ingegrepen worden.

4.1 Persoonlijke factoren

Tabel 2 Overzicht persoonlijke factoren en werkverzuim bij een depressie

	Uitkomst	R	Referentie
Leeftijd (ouder)	KOW	0	Clumeck et al.
	KOW	+	Elinson et al.
	KOW	+	Hensing et al.
	KOW	+	Rytsala et al. (2005)
	KOW	+	Veronese et al.
	DW	-	Bermejo et al.
	DW	+	Cornelius et al.
	DW	+	Dewa et al. (2002)
	DW	+	Koopmans et al.
	DW	+	Lagerveld et al.
	DW	+	Rytsala et al. (2005)
	DW	0	Post et al.
	DW	0	Nielsen et al.
	DW	+	Muijzer et al.
	DW	+	Sorvaniemi et al.
Geslacht (vrouw)	DW	+	Nieuwenhuisen et al.(2006)
	KOW	+	Clumeck et al.
	KOW	+	Dewa et al. (2002)
	KOW	+	Elinson et al.
	KOW	+	Hensing et al.
	KOW	0	Lagerveld et al.
	KOW	+	Rytsala et al. (2005)
	KOW	+	Veronese et al.
	DW	+	Cornelius et al.
	DW	+	Clumeck et al.
	DW	-	Hensing et al.
	DW	0	Hildebrandt et al.
	DW	+	Koopmans et al.
	DW	0	Nielsen et al.
	DW	0	Post et al.
DW	+	Rytsala et al.	
DW	+	Veronese et al.	

Opleiding (hoger)	KOW	-	Elinson et al.	
	KOW	-	Veronese et al.	
	KOW	-	Lagerveld et al.	
	DW	-	Elinson et al.	
	DW	-	Lagerveld et al.	
	DW	0	Nielsen et al.	
	DW	+	Nieuwenhuijsenet al. (2006)	
	DW	+	Post et al.	
	DW	-	Rytsala et al.	
	DW	-	Veronese et al.	
	Gedrag	DW	0	Nielsen et al.
<i>Energielevel (positief)</i>		DW	-	de Vries et al.
<i>Gevoelens van hopeloosheid</i>		DW	+	Lagerveld et al.
		DW	+	Rytsala et al (2007)
<i>Nauwgezetheid (hoog)</i>		KOW	-	Verboom et al.
		DW	-	Hees et al.
<i>Optimisme (laag)</i>		DW	+	Kronström et al.
<i>Zelfvertrouwen (laag) /angst</i>		DW	+	de Vries et al.
		DW	+	Lagerveld et al.
		DW	+	Muijzer et al.
		DW	+	Sorvaniemi et al.
Burgerlijke stand (alleenstaand)	KOW	-	Elinson et al.	
	KOW	+	Veronese et al.	
	DW	+	Lagerveld et al.	
Etniciteit (Zwarte personen)	KOW	+	Elinson et al.	
Functionele capaciteit (hoog)	DW	+	Muijzer et al.	
Werk passend bij competenties	DW	-	Muijzer et al.	
Woonplaats (stad of voorstedelijk)	KOW	+	Elinson et al.	

Uitkomst: KOW kans op werkverzuim. DW duur werkverzuim R Relatie tussen de gerelateerde factor en de uitkomst. + positieve correlatie tussen de factor en de uitkomst (betekent dus hoger risico op ziekteverzuim); - negatief verband tussen factor en de uitkomst; 0 geen verband tussen factor en de uitkomst.

Tabel 2 geeft een overzicht van de studies en het verband met persoonlijke factoren. Hieronder worden de determinanten afzonderlijk besproken.

4.1.1 Leeftijd

De invloed van leeftijd vertoont controversiële resultaten. In verschillende Europese landen is hogere leeftijd een predictor van zowel ziekteverzuim als van een onbekwaamheidspensioen bij een depressieve stoornis. Onder onbekwaamheidspensioen wordt een langdurig werkverzuim verstaan (1, 12). Eén aspect waaraan leeftijd wordt gerelateerd is de kans op ziekteverzuim bij een depressie. Drie verschillende studies stelden dat depressieve oudere werknemers sneller ziekteverzuim

tonen dan jonge werknemers met depressieve symptomen. Meer specifiek concludeerden Elinson et al. dat de groep van 18-24 jarigen meer werkten dan de groep 55-69 jarigen bij een depressie. Een Finse studie rapporteerde dat de groep 20-49 jaar meer aan het werk was dan de groep 50-59 jaar (1, 5, 12, 29, 41). Een andere studie bestudeerde algemene psychiatrische diagnoses. Zij besloten eveneens een hoger ziekteverzuim bij oudere leeftijden en algemene psychiatrische diagnoses. Depressie is een onderdeel van algemene psychiatrische ziekten en hieruit kan dus besloten worden dat depressie een hoger ziekteverzuim toont bij ouderen. Deze resultaten zijn tegenstrijdig met een studie uit België. Deze studie stelde dat er geen verband bestaat tussen leeftijd en ziekteverzuim (25).

Naast de kans op werkverzuim, wordt hier ook de duur van het ziekteverzuim bestudeerd. Twee verschillende studies concludeerden dat leeftijd niet significant bijdroeg tot de duur van ziekteverzuim (37, 40). Dit is in tegenstelling tot de bevindingen van zes andere studies (1, 4, 5, 37, 42, 43). Zij rapporteerden sterke aanwijzingen dat oudere leeftijd een voorspeller is van een langere afwezigheid vooraleer terug aan het werk te gaan of een hoger risico inhoudt om onbekwaamheid te bereiken. Meer specifiek toonde één studie aan dat de kans om terug aan het werk te gaan daalt bij personen ouder dan 45 jaar (36). Ook een Deense studie stelde vast dat de leeftijd een significant voorspeller was van een langere tijd tot werkhervatting, maar dit enkel bij personen in de leeftijdscategorie 50-58 jaar. De auteurs suggereerden dat deze leeftijdsgroep kwetsbaarder zou kunnen zijn voor uitsluiting van de arbeidsmarkt indien de werkgever verwacht dat ze niet zullen blijven werken. Dit vermoeden bestaat soms omdat ze in aanmerking komen voor vergoedingen en voordelen van na uitdiensttreding (1, 4, 5, 37, 42, 43). In Koopmans et al. werd gevonden dat leeftijd minder relevant is in mentale gezondheidstoestanden (in vergelijking met fysieke toestanden). Dit omdat de tijd om terug aan het werk te gaan in het algemeen al langer duurt dan in jongere leeftijdsgroepen bij psychiatrische stoornissen (5, 36).

Een andere studie publiceerde dat er bij verschillende leeftijdscategorieën een langere duur tot men het werk hervat te zien was. In desbetreffend onderzoek hadden zowel de jongste als de oudste leeftijdsgroepen meer kans om het werk stop te zetten, met pensioen gaan, of tot het beëindigen van hun dienstverband. De auteurs associëren deze uitkomst met carrièrestadia. Jongere werknemers hebben wellicht minder geïnvesteerd in hun bedrijven en zouden hierdoor hun dienstverband eerder/makkelijker beëindigen. Tegelijkertijd hebben oudere werkkrachten meer mogelijkheden om ontslagvergoedingen te verkrijgen (bijvoorbeeld pensioenplannen) en kunnen zij van mening zijn eerder hun werk te beëindigen dan het verder

te zetten (27). Eén onderzoek is tegenstrijdig met al de andere bevindingen. Dit vond dat jongere personen met een depressie (<40 jaar) meer afwezigheidscertificaten verkregen dan de ouderen, of anders omschreven dat jongeren meer en langer ziekteverzuim vertoonden dan ouderen (13).

Samenvattend kan gezegd worden dat leeftijd een sterk onderzochte factor is in het werkverzuim. Wat betreft de kans op werkverzuim, toonden vier verschillende studies dat de kans groter is bij oudere leeftijd (>50 jaar). Eén studie vond geen enkel verband. Daarnaast werd de duur van werkverzuim nog meer onderzocht in de relatie met leeftijd. Acht studies zijn het ermee eens dat een oudere leeftijd een significant verband toont met langere tijd om het werk te hernemen. Eén studie vond dat naast de oudste leeftijdscategorie, ook de jongste categorie bijdraagt tot langer werkverzuim. Eén onderzoek publiceerde dat jongere personen meer en langer ziekteverzuim vertoonden. En tenslotte rapporteerden twee studies geen enkel verband. Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat leeftijd in significante mate bijdraagt tot werkverzuim bij een depressieve episode. Meer specifiek wordt oudere leeftijd geassocieerd met langer ziekteverzuim. Toch zijn hierin tegenstrijdige resultaten te vinden.

4.1.2 Geslacht

Depressie is een sterke risicofactor voor ziekteverzuim bij zowel mannen en vrouwen. Een eerste verschil tussen de geslachten is de prevalentie van depressie. Depressie komt 2 keer meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Tevens zullen vrouwen meer depressieve symptomen hebben en die sneller uiten (9). Daarnaast is er een verschil te merken in het ziekteverzuim, in zowel de kans als de duur. Volgens een Nederlandse studie is depressie een sterkere risicofactor voor ziekteverzuim bij mannen dan bij vrouwen (6). Uit een Europese review bleek dat in Europa vrouwen meer en sneller ziekteverzuim vertonen dan mannen (12). Dit is congruent met een Belgische studie die stelde dat lange termijneffecten van depressie 2,4 keer frequenter zijn bij vrouwen dan bij mannen (25), met Elinson et al. waarbij vrouwen meer ziekteverzuim tonen dan mannen (29) en met Dewa et al. (2002) waar vrouwen een hoger percentage korte termijn werkverzuim vertoonden. De auteurs verklaarden dit resultaat aan de hand van 2 factoren. Ten eerste was de sector die onderzocht werd vrouw - dominant en ten tweede is de prevalentie van depressie hoger bij vrouwen (27). Twee studies die algemene psychiatrische stoornissen bestudeerden, beschreven beiden dat vrouwen een hogere incidentie van ziekteverzuim tonen bij psychiatrische stoornissen (inclusief depressie), maar dat de duur van ziekteverzuim door een psychiatrische stoornis langer is voor mannen. Dit

wil zeggen dat vrouwen sneller terugkeren naar het werk dan mannen. Hierover in volgende paragraaf meer (5, 31).

De resultaten waren anders wanneer het geslacht werd bestudeerd in functie van de oorzaak van depressie. Een Belgische studie toonde aan dat mannen meer vatbaar zijn voor werkverzuim wanneer de depressie wordt veroorzaakt door de werkomstandigheden zelf (25).

Naast de kans op werkverzuim, wordt ook de duur van werkverzuim besproken. Volgens een Finse studie waren vrouwen sneller afwezig van het werk. Hier werd ook gesteld dat vrouwen er eveneens langer over doen om terug te keren naar het werk (42). Dit resultaat toont gelijkenissen met een andere studie, die aantoonde dat depressieve vrouwen langer ziekteverzuim vertonen dan mannen. De gemiddelde duur van ziekteverzuim als gevolg van depressieve symptomen was in dit onderzoek 213 (mediaan 201) dagen bij vrouwen en 200 (mediaan 179) dagen bij mannen. De auteurs gaven als mogelijke verklaring hiervoor dat er bij de verschillende geslachten een verschil is in de ernst van de depressieve symptomen (5). Deze resultaten komen niet overeen met de resultaten van een andere studie. Deze rapporteerde dat depressieve vrouwen vaker/sneller terug aan het werk gingen dan mannen, dus dat mannen langer ziekteverzuim vertoonden. Hoewel depressie meer voorkomt bij vrouwen, lijken mannen er meer gevolgen van te dragen. Het is eveneens mogelijk dat mannen langer wachten om behandeling te zoeken en dan is de depressieve episode ernstiger gevorderd dan voordien. In deze studies is er een verschil te merken om terugkeer naar werk (=einde van ziekteverzuim) te definiëren (31). De ene studie definieerde het einde van ziekteverzuim naar zowel het part time als full time werken terwijl een andere studie het einde definieerde als terug full time werken. Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor deze tegenstrijdigheden (27, 28). Auteurs suggereren eveneens als mogelijke verklaring geslachtsverschillen in comorbiditeit met alcohol problemen en andere psychiatrische stoornissen. Er bestaan genderverschillen in het zoekgedrag naar gezondheidszorg, diagnostische procedures en in de behandeling van psychiatrische stoornissen. De sociale gevolgen van het vertonen van een psychiatrische stoornis zou erger zijn voor mannen dan voor vrouwen wat leidt tot onderrapportage onder de bevolking. Het gebruik van de gezondheidszorg zou uitgesteld worden, wat resulteert in een slechtere mentale toestand. Als gevolg daarvan, vertonen ze een langere periode van herstel en meer werkverzuim. Sekseverschillen vastgesteld in de ernst van de psychiatrische problemen kunnen ook de verschillende duur van ziekteverzuim verklaren (5).

Er werden echter ook resultaten waar er geen verband werd vastgesteld tussen geslacht en werkhervatting bij depressie. Drie studies stelden dat geslacht niet significant bijdraagt tot de duur van arbeidsongeschiktheid (37, 40, 48). Er werd beschreven dat vrouwen meer geld kosten aan de maatschappij ten gevolge van de afwezigheidsduur op het werk in vergelijking met mannen (49).

Tot besluit stemt men overeen met de resultaten van Lagerveld et al. die de conclusie stelden dat er geen eenduidig resultaat kon gevonden worden, wegens de vele tegenstrijdigheden, tussen geslacht en ziekteverzuim bij depressie (1). De meeste studies besluiten dat vrouwen sneller ziekteverzuim vertonen bij een depressieve episode. Het is niet altijd duidelijk of de resultaten te verklaren zijn door een beperking in de studie zelf of door een echt verband tussen geslacht en ziekteverzuim. Daarnaast is rond de duur van ziekteverzuim meer controverse. Een studie rapporteerde dat vrouwen sneller aan het werk gaan. Het omgekeerde werd ook genoteerd, namelijk dat mannen sneller aan het werk gaan. Daarnaast werd er door vier verschillende studies geen verband beschreven tussen geslacht en de duur van ziekteverzuim bij een depressie. Vandaar dat het nodig is om meer onderzoek te verrichten naar de relatie tussen geslacht en de kans en de duur van afwezigheid op het werk omwille van een depressie.

4.1.3 Opleiding

Het niveau van geschooldheid kan ingedeeld worden in verschillende categorieën. Met een lage opleiding wordt lagere school, lager beroepsonderwijs of lagere secundaire school bedoeld. Een gemiddeld opleidingsniveau wordt gedefinieerd als middelbaar beroepsonderwijs en hoger secundair onderwijs. Tenslotte worden universiteit en hogere beroepsopleiding beschouwd als een hoog opleidingsniveau (30).

Het opleidingsniveau is gerelateerd aan de kans op ziekteverzuim. Bijvoorbeeld: personen met 5 of meer jaren postcollege opleidingen waren 11 keer meer aan het werk dan personen met een opleiding van minder dan 8 jaar. Samenvattend betekent dit dat hoe lager het opleidingsniveau, hoe meer kans er bestaat dat er ziekteverzuim zal optreden (1, 12, 29).

De graad van opleiding is eveneens gerelateerd aan de duur van afwezigheid op het werk. Een lage opleiding is geassocieerd met langer ziekteverzuim (1, 12). Dit komt overeen met twee andere studies, waarin aangetoond werd dat een lager opleidingsniveau is geassocieerd met meer ziekteverzuim (29, 40, 42). Twee andere studies zijn het hier niet mee eens. Zij rapporteerden dat een hoog

opleidingsniveau voorspellend was voor meer afwezige werkdagen (in vergelijking met laag opleidingsniveau). De auteurs geven als mogelijke verklaring hiervoor dat hoog opgeleide werknemers vaak een meer complexe job hebben. Hierbij kan het moeilijk zijn om terug te keren wanneer iemand een mentaal probleem heeft ontwikkeld (38, 40). Er is ook een onderzoek dat aantoonde dat geen van de persoonlijke factoren (samenwonen, leeftijd, geslacht en opleiding) waren gerelateerd aan het aantal afwezige werkdagen (37). Wat betreft de kans op werkverzuim zijn de studies het eens. Hoe lager het opleidingsniveau, hoe sneller werkverzuim optreedt. Omtrent de duur van werkverzuim werden tegengestelde resultaten gevonden. Vier studies vonden dat een lage opleiding is geassocieerd met langer werkverzuim. Dit is in tegenstelling met twee andere studies die het tegengestelde beweerden. Hieruit kan men besluiten dat eveneens wat betreft opleiding tegenstrijdige resultaten gevonden worden. Meer onderzoek is nodig om deze determinant te exploreren.

4.1.4 Gedrag

De houding van de werknemer is bepalend voor zowel het optreden van ziekteverzuim als het werkhervattingsproces. Dit betekent dat het bezitten/ontbreken van bepaalde eigenschappen belangrijk is in het voorspellen van de arbeidsongeschiktheid en de duur ervan (36).

Energielevel

Het verband tussen werkverzuim en energieniveau werd nog niet goed bestudeerd. Er is maar één onderzoek die hier iets meer over kon vertellen. Een “positief energielevel” is geassocieerd met minder ziekteverzuim, dus een minder lange tijd tot werkhervatting (26). Hierbij kan de kritische bemerking gemaakt worden dat depressieve individuen of interesseverlies vertonen of somber zijn. Er zullen dus niet veel personen aan dit criterium kunnen voldoen.

Hopeloosheid

Een studie met een steekproef in Finland rapporteerde dat zij die het meest hopeloos naar de toekomst kijken later meer onbekwaamheidspensioen blijken te krijgen. Dit betekent dus dat zij er langer over doen om terug aan het werk te gaan (al dan niet geen terugkeer bereiken). De auteurs verklaarden dit doordat de proefpersonen die hun toekomst negatief zien, meer geneigd zijn om te streven naar een langdurig arbeidsongeschiktheidspensioen om met de depressie om te gaan (42). Dit wordt bevestigd door Lagerveld et al (1).

Level van nauwgezetheid

Nauwgezet zijn betekent 'zorgvuldig op de kleine dingen lettend'. Synoniemen hiervan zijn accuraat, precies, nauwkeurig. In de volksmond kan dit vertaald worden naar 'perfectionistisch' (50). Twee verschillende studies stelden vast dat een hoger niveau van nauwgezetheid in verband staat met minder ziekteverzuim. Indien hoge nauwgezette personen doorzettend zijn, prestatie georiënteerd en een sterk gevoel hebben voor verantwoordelijkheid kan dit een positieve invloed hebben op het aantal afwezige werkdagen. Verder tonen individuen die een hoge nauwgezetheid hebben meer planning en hebben zij een meer probleem oplossend vermogen, wat het werkhervattingsproces vergemakkelijkt (30, 45).

Optimisme/pessimisme

Optimisme en pessimisme zijn voorspellers van werkhervatting. Het niveau van optimisme lijkt een sterkere voorspeller van arbeidsongeschiktheid bij depressie dan het niveau van pessimisme, terwijl zowel optimisme als pessimisme voorspellers zijn van werkhervatting. Deze bevindingen kunnen betekenen dat meer nadruk moet gelegd worden op het ondersteunen van personen met een laag optimisme of hoog pessimisme in hun pogingen om weer aan het werk te gaan (33).

Sociaal functioneren

Onder sociaal functioneren wordt het functioneren in omgeving verstaan, zoals het omgaan met familie, vrienden, collega's etc. Met andere woorden betekent dit sociaal contact. Dit is belangrijk voor de integriteit van een persoon. Een laag niveau van sociaal functioneren toont slechts een beperkt verband met de kans op werkverzuim omwille van een depressie (1).

Zelfvertrouwen

Een laag zelfvertrouwen is geassocieerd met langer ziekteverzuim bij depressie (1, 26, 43, 51). Dit kan bijvoorbeeld angst inhouden om het terug aan het werk te gaan, wat kan leiden tot helemaal geen werkhervatting van de werkkraft (36).

4.1.5 Burgerlijke stand

Personen die gehuwd, gescheiden zijn of samen wonen hebben meer kans op het hebben van werk in vergelijking met personen die nooit getrouwd zijn. Volgens twee reviews zijn alleenstaanden geassocieerd met langer werkverzuim bij een depressieve episode (1, 12). Dit is tegenstrijdig met de bevindingen van een andere studie die vaststelde dat alleen wonen of

wonen met een niet-familieelid is geassocieerd met minder ziekteverzuim dan personen die samenwonen met hun echtgenoot (29). Individuen die alleenstaand zijn vertonen meer dagen afwezigheid van het werk (1). Deze bevindingen zijn eveneens tegenstrijdig. Meer onderzoek is nodig om de burgerlijke stand te exploreren.

4.1.6 Etniciteit

Eén studie rapporteerde dat zwartkleurige personen meer ziekteverzuim tonen dan blanke personen (29). Meer onderzoek hiernaar is nodig omdat hier maar weinig studies over werden uitgevoerd.

4.1.7 Woonplaats

Dezelfde studie stelde dat leven in een stad of een voorstedelijke locatie is geassocieerd met minder ziekteverzuim (29). Er ontbreken studies over de invloed van de woonplaats op het werkverzuim. Hieruit kan geconstateerd worden dat er meer onderzoek nodig is naar de relatie tussen de woonplaats van de depressieve werknemer en de kans op en de duur van het ziekteverzuim.

4.1.8 Functionele capaciteit

De functionele capaciteit en de sub factor job vraag versus functionele capaciteit zijn belangrijk in de evaluatie van het proces tot werkhervatting. Het type en de ernst van de beperkingen zijn aanzienlijk voor de evaluatie van de geschiktheid van het werk. De geschiktheid van het werk voor de werknemers bepaalt de duur tot de werkhervatting (36).

4.1.9 Competenties

Muijzer et al. publiceerden aan de hand van een focus groep dat de kans om het werk te hernemen groter is als het werk overeenkomt met de competenties van de werknemer. Zo kan de werknemer zich beter vinden in zijn/haar job en zal hij beter presteren (36).

4.2 Ziektegerelateerde factoren

Tabel 3 Overzicht van ziektegerelateerde factoren en werkverzuim bij een depressie

	Uitkomst	R	Referentie
Ziekteperceptie (slecht ervaren)	KOW	+	Elinson et al.
	DW	+	Post et al.
	DW	+	Muijzer et al.
	DW	+	Nielsen et al.
	DW	+	de Vries et al.
Ernst depressie (ernstiger)	KOW	+	Rystala et al. (2005)
	KOW	+	Lerner et al. (2008)
	KOW	+	Kruijshaar et al.
	DW	+	Bultmann et al.
	DW	+	Dewa et al.
	DW	+	de Vries et al.
	DW	+	Hees et al.
	DW	+	Hjarsbech et al.
	DW	+	Koopmans et al.
	DW	+	Lagerveld et al.
	DW	+	Lexis et al.
	DW	+	Nielsen et al.
	DW	0	Rystala et al. (2007)
	DW	+	Spijker et al..
Duur depressie (langer)	DW	+	Blank et al.
	DW	+	Lagerveld et al.
	DW	0	Spijker et al.???
	DW	+	Rystala et al. (2007)
Vorige episodes	KOW	+	Rytsala et al. (2005)
	KOW	0	Kruijshaar et al.
	KOW	+	Souetre et al.
	DW	+	Lagerveld et al.
	DW	0	Rystala et al. (2007)
Vorige pogingen tot zelfmoord Comorbiditeit	DW	-	Spijker et al.
	KOW	+	Claassen et al.
	KOW	+	Rytsala et al. (2005)
	KOW	+	Stegmann et al.
	KOW	+	Veronese et al.
	DW	+	Buist-bouwman et al.
	DW	+	Hees et al.
	DW	+	Lagerveld et al.
	DW	0	Rytsala et al. (2007)
	DW	+	Sorvaniemie et al;
Behandeling/interventie (vroegtijdig)	DW	+	Spijker et al.
	KOW	-	Lexis et al.
	DW	-	Dewa et al.

Uitkomst: KOW kans op werkverzuim DW duur werkverzuim

R Relatie tussen de gerelateerde factor en de uitkomst. + positieve correlatie tussen de factor en de uitkomst; - negatief verband tussen factor en de uitkomst; 0 geen verband tussen factor en de uitkomst.

4.2.1 Ziekteperceptie

Personen kunnen erg ziek zijn, maar dit anders ervaren. Het omgekeerde is ook mogelijk. Zo kunnen niet zieke individuen zich erg ziek voelen. Dit kan gedefinieerd worden als ziekteperceptie. Ziekteperceptie lijkt een belangrijke rol te spelen in werkverzuim. Talloze studies stelden vast dat het ervaren van gezondheid een sterke voorspeller is van zowel morbiditeit als mortaliteit. Een algemeen onderzoek over werkverzuim publiceerde dat zowel de algemene gezondheid als de geestelijke gezondheid de terugkeer naar het werk kunnen voorspellen (37, 40). Een ander onderzoek rapporteerde dat individuen met een heel goede gezondheid minder werkverzuim kenden dan zij die in goede, matige of slechte gezondheid verkeerden (29). Een slechte fysieke gezondheid is gerelateerd aan meer productiviteitsverlies bij werknemers met een depressie (12). Daarnaast meldde nog een andere studie dat het beter ervaren van de eigen gezondheid een kortere tijd tot werkhervatting voorspelt. Dit betekent dat een lage zelfbeoordeling van de algemene gezondheid en hoge niveaus van depressieve symptomen, onafhankelijk van elkaar, geassocieerd zijn met een langere tijd tot het hernemen van werk. Dit stemt overeen met een focus groep studie die aantoonde dat het negatief ervaren van gezondheid het proces van werkhervatting kan vertragen (36, 37). Een "zieke rol" en een "off werk identiteit" vermindert de kans op terugkeer naar werk terwijl optimisme en het gevoel van eigenwaarde deze kans verhoogt (26).

Uit deze bevindingen kan besloten worden dat ziekteperceptie een sterk onderzochte factor is. Er kan geconcludeerd worden dat het slecht ervaren van de eigen gezondheid gerelateerd is aan sneller en meer ziekteverzuim.

4.2.2 Ernst depressie

De ernst van een depressie is moeilijk in te schatten. Deze inschatting wordt vaak bekomen via vragenlijsten, maar dit is echter subjectief. De ernst kan ingedeeld worden in verschillende categorieën. De DSM maakt een onderscheid tussen lichte, matige en ernstige depressieve stoornissen op basis van een aantal symptomen. Volgens een bepaalde studie, is een sterke predictor van absentieïsme de ernst van de depressieve symptomen geëvalueerd met de Hamilton score. Er kunnen echter verschillende scores gebruikt worden, al is de Hamilton score een veel gebruikte score (14). Dit stemt overeen met twee onderzoeken waarin arbeidsongeschiktheid wordt geassocieerd met majeure depressie en meer ernstige symptomen. Het verschil tussen matige en ernstige depressie was echter klein. Het verschil tussen niet depressieve en milde depressieve werknemers was groter (1, 34). Dit is congruent met een Finse studie die vaststelde dat

werknemers met een ernstige tot psychotische depressie meer afwezig waren op het werk dan werknemers met een milde tot matige depressie (41). Hieruit kan de conclusie gemaakt worden dat hoe ernstiger de depressie of de depressieve symptomen, hoe meer ziekteverzuim zal optreden.

De ernst van de depressieve verschijnselen kan eveneens de mate van succes bij terugkeer naar het werk beïnvloeden. Meer depressieve symptomen verminderen de kans op werkhervatting (26). Dit stemt overeen met negen andere onderzoeken die allen aantoonde dat de ernst van de depressie een belangrijke voorspeller is van langer ziekteverzuim (1, 18, 23, 27, 30, 32, 35, 37, 42). Eén van deze studies vond dat de mediane tijd tot werkhervatting 25 weken was voor werknemers met een ernstige depressie. Dat leunt dicht aan bij de bevindingen van een ander onderzoek die een gemiddelde vaststelden van 179 dagen (ongeveer 26 weken) en 201 dagen (ongeveer 29 weken) voor respectievelijk mannen en vrouwen met een depressie (5, 37). Opmerkelijk is dat de twee onderzoeken van 2005 en 2007 die Rytsala et al. uitvoerden tegenstrijdig zijn met elkaar. In tegenstelling tot de studie van 2005 waren de ernst en het aantal eerdere episodes van depressie geen effectieve voorspellers van langdurige arbeidsongeschiktheid in hun studie van 2007. De auteurs geven als verklaring hiervoor dat hun rol werd overschaduwed door de invloed van de tijd doorgebracht in depressieve episode tijdens de follow-up (42). Eén van deze negen studies toonden bijkomend aan dat een lagere ernst van de depressieve klachten eveneens een verhoogde risicofactor vormt voor ziekteverzuim. Dit is van belang voor de ontwikkeling van preventiemaatregelen om ziekteverzuim te voorkomen. Zij publiceerden dat werknemers met milde klachten nog in staat zijn hun werk langer voort te zetten zonder ernstige beperkingen of dat ze zich bewust zijn van hun psychologische klachten in vergelijking met matig ernstige klachten (52).

Deze resultaten stemmen niet overeen met de resultaten van Nieuwenhuijsen et al. De auteurs verklaren dit verschil als een gevolg van verschillende meetinstrumenten en cut-off points (37).

Samenvattend kan gesteld worden dat de ernst van een depressie een sterk onderzochte factor is. Het is opvallend dat alle studies het hiermee eens zijn. Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat de graad van een depressie een belangrijke invloed heeft op het werkverzuim met name dat hoe ernstiger de depressie, hoe sneller en hoe langer ziekteverzuim optreedt.

4.2.3 Duur depressieve episode

De duur van depressieve episodes verschilt bij personen. Zoals eerder vermeld is de gemiddelde duur van zo'n episode 8 maanden. Dit is echter een gemiddelde, en kan dus niet aan elk individu gekoppeld worden. Er bestaat een sterk verband tussen toegenomen arbeidsongeschiktheid en de langere duur van de huidige depressieve episode (1, 42). Er werd in een onderzoek beschreven dat het niet terugkeren naar het werk binnen 505 dagen leidt tot snellere werkhervatting. Na deze periode zal men er lang over doen om terug te keren naar het werk of zelfs helemaal niet meer terugkeren (21). Vreemd genoeg komen de resultaten van een Nederlandse studie hier niet mee overeen. In die studie vond men geen verband tussen de duur van de depressie en de werkonbekwaamheid (53).

Wat betreft de duur van een depressieve episode zijn er wisselende resultaten te vinden. Drie onderzoeken tonen een positief verband aan, één onderzoek geen verband. Meer onderzoek is nodig naar deze determinant.

4.2.4 Vorige episodes van depressie of ziekteverzuim

Eerdere depressieve episodes tonen een verband met het huidig ziekteverzuim. Een ouder onderzoek (1997) rapporteerde een relatie tussen ziekteverzuim en vorige episodes van depressie en voorgeschiedenis van absentieïsme (14). Dit stemt overeen met twee studies waarin werd vastgesteld dat er een verband is met vorige episodes van depressie en ziekteverzuim. Daarin werd aangetoond dat mensen afwezig van het werk met een depressie al meerdere episodes vertoonden van een depressie (1, 41). Eén studie ervan rapporteerde eveneens dat indien een persoon al eerder ziekteverzuim vertoonde, de kans groter is dat er opnieuw werkafwezigheid zal optreden (1). Kruijshaar et al. stelden iets anders vast. Zij publiceerden dat verschillende episodes geen groter verband tonen met meer ziekteverzuim dan een eenmalige episode (34). Daarnaast werd er een verband gevonden tussen poging(en) tot zelfmoord in het verleden en meer verloren werkuren wegens een depressie (24). Wanneer iemand vroeger al ziekteverzuim vertoonde omwille van een depressie, is de kans groter dat dit opnieuw zal optreden.

Naast de kans op werkverzuim, wordt de duur van ziekteverzuim besproken. Een Nederlandse studie vond voor terugkerende episodes van de depressie een kortere duur van het ziekteverzuim (53). Dit is tegenstrijdig met de meeste bevindingen dat vorige episodes van depressie of ziekteverzuim gepaard gaan met langere afwezigheid. Meer nog: hoe meer

episodes een persoon heeft gehad, hoe hoger de kans op werkverzuim (1). Rytsala et al. vonden in hun recentere studie (2007) echter dat er geen verband bestond tussen het aantal episodes en de duur van ziekteverzuim (42). Er zijn hier dus ook tegenstrijdige resultaten te vinden. Meer onderzoek is nodig om deze factor verder te exploreren.

4.2.5 Comorbiditeit

Comorbiditeit is het gelijktijdig voorkomen van verschillende ziektes. Het wordt aanzien als een belangrijke risicofactor voor werkverzuim bij depressieve stoornissen. Men spreekt van lichamelijke (=somatische) of psychiatrische comorbiditeit. Er bestaan meerdere ziekten die het werkverzuim kunnen verhogen. Verschillende ziektebeelden werden beschreven als significant. Een review rapporteerde een sterke associatie tussen depressie en angina pectoris bij ziekteverzuim. Het risico op ziekteverzuim stijgt bij twee of meer ziekten die tegelijk voorkomen met een depressie. Bovendien presenteren personen met een comorbide aandoening zich frequenter met een slechtere gezondheidstoestand en functioneren zij minder op het werk (12). Dit komt overeen met een andere review die publiceerde dat toegenomen arbeidsongeschiktheid wordt geassocieerd met comorbide psychische of lichamelijke aandoeningen. Een latere studie rapporteerde bijkomend dat naast een comorbiditeit met angina pectoris, artritis significant is bij ziekteverzuim (1, 54).

Een Finse studie rapporteerde bovendien dat oudere patiënten (40-59 jaar) patiënten met een lichamelijke ziekte die een behandeling verkregen meer thuis bleven dan zij zonder somatische ziekte (41).

Verschillende geestelijke comorbiditeiten voorspellen langer ziekteverzuim. Zo verklaarde een onderzoek van 2012 dat een comorbide angststoornis een sterke predictor is van slechte werk prestaties (30). Een andere studie toonde aan dat het tegelijk voorkomen van depressie en dysthymie een predictor was van langer werkverzuim (18). Naast geestelijke comorbiditeiten, werd ook aangetoond dat lijden aan een fysieke comorbiditeit gerelateerd is met langer ziekteverzuim (22). De aanwezigheid van een comorbiditeit staat in relatie met een langere tijd tot werkhervatting. Door het doormaken van een andere ziekte gaan veel werkdagen verloren (1, 22). Opmerkelijk is dat er opnieuw tegenstrijdigheden gevonden werden in de twee onderzoeken van Rytsala et al. In tegenstelling tot de eerdere bevindingen van 2005, is comorbiditeit in de recentere studie van Rytsala et al. (2007) geen effectieve voorspeller van langdurige arbeidsongeschiktheid (42).

Het is duidelijk dat bij aanwezigheid van een andere ziekte, zowel geestelijk als lichamelijk, er een hoger risico bestaat op werkverzuim bij een depressieve episode. Er werd een hoger risico beschreven bij geestelijke ziektes zoals angststoornis, dysthymie en fysieke comorbiditeit zoals angina pectoris. Het hebben van twee of meer ziektes gelijktijdig met een depressie vertoont een verhoogd risico op ziekteverzuim. Andere ziektes werden nog niet sterk onderzocht, verder onderzoek is nodig om dit te verduidelijken.

4.2.6 Behandeling/ interventie

Meerdere studies gaan ermee akkoord dat depressieve stoornissen die behandeld worden, minder risico hebben op ziekteverzuim. Er wordt een verschil gemaakt in het tijdstip van behandelen, het type behandeling en de ernst van de symptomen. Hierbij is een vroegtijdige behandeling prioritair.

Vroegtijdige interventie

Een vroegtijdige interventie bij werknemers met milde tot ernstige depressieve klachten en een verhoogd risico op lange termijn ziekteverzuim heeft reeds bewezen het werkverzuim te verminderen/vermijden. De patiënt vertoont ook minder lang absentisme, wat betekent dat personen die behandeld worden sneller aan het werk gaan (35).

Een studie uit 2003 constateerde dat een vroegtijdige interventie significant geassocieerd was met een korter ziekteverzuim. Dit werd beschreven onder werknemers met een depressie-gerelateerde arbeidsongeschiktheidsuitkering die minstens één antidepressivum kregen voorgeschreven en uiteindelijk terug aan het werk gingen. Hun schattingen geven aan dat vroege interventie is gekoppeld aan een vermindering van periode van werkonbekwaamheid van ongeveer 3 weken. Hierdoor wordt veel geld gespaard. Dankzij deze interventie werd er 539 000 dollar gespaard bij personen die terugkeerden naar het werk volgens deze studie. Verder onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen en om een meer uitgebreide schatting te maken van de mogelijke maatschappelijke voordelen (28).

Type interventie

Wanneer een behandeling/interventie op het werk wordt ingezet kan dit, afhankelijk van een aantal factoren, een positieve invloed hebben op zowel het optreden van ziekteverzuim als de duur ervan.

Antidepressiva

Een oudere studie beweerde dat de duur van het absentisme significant langer is bij patiënten behandeld met tricyclische antidepressiva in vergelijking met fluoxetine. Er is een lager risico voor werkverzuim bij patiënten behandeld met fluoxetine dan met tricyclische antidepressiva (14). Een ander onderzoek toonde aan dat het gebruik van antidepressiva verschilt bij personen die lang afwezig zijn van het werk door een depressie. Er werd een hoger gebruik gevonden van antidepressiva bij zij die een lange termijn ziekteverzuim vertoonden vergeleken met zij die terugkeerden naar het werk. Zij die één antidepressivum gebruiken, uitsluitend tijdens hun korte termijn ziekteverzuim, vertoonden meer terugkeer naar het werk. Werknemers die de aanbevolen eerstelijns medicatie en de aanbevolen dosissen namen keerden significant sneller terug naar het werk (28).

Andere

Nog een andere studie vond geen evidentie dat klinische behandelingen zoals antidepressiva, cognitieve gedragstherapie, probleem oplossende therapie of een betere basis gezondheidszorg de werkuitkomsten verbeteren (39). Verschillende studies beschreven reeds interventie programma's. Hierbij wordt op de 3 clusters ingegrepen. Het is belangrijk de ernst van de depressie en comorbiditeit aan te pakken (26).

4.3 Werkgerelateerde factoren

Tabel 4 Werkgerelateerde factoren en werkverzuim bij een depressie

	Uitkomst	R	Referentie
Type werk			
<i>sector (privaat-privé)</i>	DW	n.v.t.	Nielsen et al.
<i>type werk</i>	KOW	n.v.t.	Clumeck et al.
	KOW	n.v.t.	Inoue et al.
	DW	n.v.t.	Koopmans et al.
	DW	n.v.t.	Lagerveld et al.
	DW	n.v.t.	Post et al.
Bedrijfsgrootte (groter)	DW	-	Koopmans et al.
	DW	-	Muijzer et al.
	DW	-	Nielsen et al.
	DW	+	Post et al.
Loon (laag)	KOW	+	Elinson et al.
	KOW		Lagerveld et al.
	KOW	+	Veronese et al.
Werkomstandigheden			
<i>Sociale steun (weinig)</i>	KOW	0	Clumeck et al.
	DW	-	Post et al.
	DW	-	Lagerveld et al.
	DW	+	Muijzer et al.
	DW	0	Inoue et al.
<i>Jobcontrole (laag)</i>	KOW	+	Clumeck et al.
	DW	+	Blank et al.
	DW	+	Inoue et al.
<i>Job overbelasting/hoge taakeisen</i>	KOW	+	Clumeck et al.
	DW	+	Blank et al.
	DW	+	Post et al.
	DW	0	Inoue et al.
<i>Jobspanning (hoog)</i>	KOW	+	Clumeck et al.
	DW	+	Inoue et al.
<i>Rolonduidelijkheid (hoog)</i>	DW	+	Inoue et al.
<i>Jobonzekerheid</i>	DW	0	Inoue et al.
Looptijd werk (minder lang)	DW	+	Post et al.
Werkmotivatie (laag)	DW	+	Hees et al.
Job beschikbaarheid	KOW	-	Lagerveld et al.
	DW	-	Muijzer et al.
Interventies en maatregelen	DW	-	Muijzer et al.

Uitkomst: KOW kans op werkverzuim DW duur werkverzuim

R Relatie tussen de gerelateerde factor en de uitkomst. + positieve correlatie tussen de factor en de uitkomst; - negatief verband tussen factor en de uitkomst; 0 geen verband tussen factor en de uitkomst.

Tabel 4 toont de relatie tussen werkgerelateerde factoren en kans op werkverzuim. Hieronder worden de determinanten afzonderlijk besproken.

4.3.1 Type werk

Het risico op werkafwezigheid wordt bepaald door het type werk, alsook de positie van de werknemer (1, 14). Een Belgische studie rapporteerde dat passieve beroepen een sterke relatie vertonen met ziekteverzuim bij depressieve mannen. Dit is echter niet zo bij depressieve vrouwen (25). Een Japanse studie publiceerde iets anders. De auteurs stelden vast dat bedienden meer absentisme vertoonden (55). De resultaten zijn contradictorisch. Er is een ruim aanbod aan werkmogelijkheden waardoor het moeilijk is dit allemaal te onderzoeken in één studie. Verschillende studies zijn nodig om dit te kunnen weergeven.

Het type werk dat de depressieve persoon uitvoert, is een belangrijke voorspeller van de duur van ziekteverzuim. Hieronder wordt type werk ingedeeld in de sector waarin werknemers werken.

Publiek versus private sector

Studies toonden aan dat er verschillen zijn in werkhervatting tussen medewerkers die werken in de overheids- en gemeentelijke sector in vergelijking met werknemers in de private sector. Meer bepaald vertoonden werknemers uit de regeringssector/overheidssector een kortere tijd tot werkhervatting dan werkkrachten uit de gemeentelijke en particuliere/private sector. Dit is in tegenstelling tot bevindingen van een andere studie die publiceerde dat de sector (publieke versus private) geen verband hield met de duur van werkverzuim onder Zweedse zieke werknemers. Deze bevinding suggereert dat een differentiatie tussen private versus publieke sector te weinig verfijnd is om mogelijke verschillen te vinden tussen de beroepssector en werkhervatting (37). Om deze reden wordt hierna een indeling gehanteerd naar het type sector waarin de medewerkers actief zijn.

Type sector

In tabel 5 is een overzicht te vinden tussen de verschillende sectoren en de relatieve tijd van werkhervatting.

Tabel 5 Relatieve tijd van werkhervatting per sector

Sector	Kortste werkhervatting	tijd	Lange werkhervatting	tijd	Langste werkhervatting	tijd
Industrie en handel			X			
Gezondheidszorg en welzijnsdiensten	X					
Onderwijs					X	
Bouw			x			
Openbaar nut			x			
Financiële en zakelijke dienstverlening			x			
Vervoer			x			

Een algemene werkverzuim studie beschreef dat werknemers uit de sectoren industrie en handel een langere tijd tot werkhervatting nodig hebben dan werknemers uit de sector gezondheidszorg en welzijnsdiensten. Alle andere sectoren vertonen in het desbetreffende onderzoek minder afwezige werkdagen. Medewerkers uit het onderwijs hadden de langste looptijd tot het hernemen van het werk. Er werden een aantal andere sectoren gevonden die een negatief effect hebben op werkhervatting. Naast de bouw, hebben werknemers uit de sectoren van openbaar bestuur, financiële en zakelijke dienstverlening, vervoer en onderwijs allemaal een slechtere prognose voor werk hervat in vergelijking met werknemers uit de gezondheids- en welzijnszorg dienstensector. Vooral de werkhervatting van medewerkers uit de sector onderwijs is zeer laag. Deze sector is volgens de auteurs ook verantwoordelijk voor de slechte prestaties van de werknemers met een hoog opleidingsniveau. Volgens de onderzoekers verdwijnt het hoge opleidingsniveau als voorspeller van werkverzuim, wanneer de onderwijssector zou buiten beschouwing gelaten worden. Zij geven hier als verklaring dat het vaak moeilijk is om leerkrachten aangepast werk aan te bieden, omdat er niet veel andere taken zijn buiten het lesgeven (40).

Een andere studie publiceerde eveneens dat werknemers uit onderwijs en publieke sector het langst afwezig waren van hun werk, gevolgd door werknemers uit commerciële sector en gezondheidszorg. Mannen uit de industrie vertoonden het kortste werkverzuim wegens depressieve symptomen. Dit is in overeenstemming met andere studie. Werknemers uit het onderwijs en de publieke sector toonden naast een langer ziekteverzuim ook een langere duur van de depressieve episoden. De auteurs geven als mogelijke verklaring voor het langere werkverzuim dat deze medewerkers het moeilijker vinden om zich ziek te melden omdat het moeilijk is om vervanging te vinden voor hun job. Daarnaast spelen de persoonlijke banden

met hun cliënten en leerlingen een rol. Waarschijnlijk hebben ze daarenboven meer ernstige depressieve symptomen op het moment van het ziekteverzuim. Een andere verklaring voor hun langere afwezigheid is misschien wel dat er minder kansen tot re-integratie zijn in deze sectoren. Ten slotte is de gemiddelde leeftijd van de werknemers in het onderwijs en de publieke sector wat hoger dan gemiddeld, en het is bekend uit de meeste studies dat oudere werknemers langer afwezig zijn dan jongere. Meer onderzoek is nodig om dit resultaat te verklaren (5).

Dezelfde review constateerde dat in de transport -en communicatiesector, een parttime werkhervatting het vaakst waargenomen werd. Deze steekproef betreft meestal grotere bedrijven waar er meer re-integratie mogelijkheden zijn. Hoewel de handarbeiders over het algemeen hoger ziekteverzuim vertonen dan bedienden, hadden depressieve werknemers in industriële omgevingen minder afwezige werkdagen. De auteurs verklaarden dit doordat de werknemers in de industriële sector mogelijks meer vatbaar zijn voor stigmatisering bij het hebben van psychische problemen en eerder terugkeren naar werk. Daarnaast kunnen bij handarbeiders depressieve symptomen vaker worden gemaskeerd door of gediagnosticeerd als somatische ziekten (5).

4.3.2 Bedrijfsgrootte

De grootte van het bedrijf of de werkplaats vertoont een relatie met het aantal afwezige werkdagen. In deze scriptie wordt bedrijfsgrootte beschreven als het aantal werknemers actief in dat bedrijf. De bedrijfsgrootte bepaalt mogelijkheden voor de werknemer om terug te keren naar zijn / haar oorspronkelijke werkgever (36). Uit een onderzoek van mentale stoornissen, waaronder depressie, bleek dat werknemers die werken in een bedrijf met minder dan 75 werknemers, voor een langere periode afwezig waren dan medewerkers uit grotere bedrijven (5, 14). Dit komt overeen met een studie die aantoonde dat de periodes van ziekteverzuim wegens depressieve symptomen korter waren in grootschalige bedrijven (>5000 werknemers) dan kleinere bedrijven. Het percentage dat terugkeerde naar het werk was hoger in grote bedrijven, waardoor een minder aantal afwezigheidsdagen kon geregistreerd worden. De auteurs verklaarden dit doordat werknemers van grote bedrijven meer mogelijkheden hebben om deeltijds terug te keren naar het werk. Bovendien hebben grote bedrijven dikwijls protocollen gestructureerd over hoe om te gaan met langdurig ziekteverzuim (5) .

Dit is in overeenstemming met een derde onderzoek dat rapporteerde dat medewerkers van grote werkplekken een kortere tijd vertonen tot werkhervatting (37). Deze resultaten zijn in tegenstrijd met de bevindingen van een algemene ziekteverzuim studie die publiceerde dat

hoe kleiner de bedrijfsgrootte, hoe minder lang de terugkeer naar werk duurt (40). Omdat deze studie niet enkel ging over mentale stoornissen, kan deze als minder relevant aanzien worden voor deze scriptie.

Drie studies concludeerden dat de grootte van de werkplek in relatie staat met het aantal afwezige werkdagen. Zo hervatten werknemers van grote bedrijven sneller het werk dan kleinere bedrijven. Wat de grens is tussen een groot en een klein bedrijf is nog niet duidelijk. Verder onderzoek is nodig om te bepalen vanaf welk aantal werknemers er sneller werkhervatting optreedt.

4.3.3 Loon /inkomen

Het inkomen van een werknemer staat in relatie met ziekteverzuim bij depressie (14). Drie verschillende onderzoeken publiceerden dat depressieve personen met een hoger loon minder ziekteverzuim vertonen. Een verklaring hiervoor werd echter niet gegeven (1, 12, 29).

4.3.4 Werkomstandigheden

Vooraleer diep in te gaan op de relatie werkomstandigheden en werkverzuim moet bemerkt worden dat er een bidirectioneel verband bestaat tussen depressieve symptomen en de werkomstandigheden. Ten eerste veroorzaken eerdere negatieve werkomstandigheden de ontwikkeling van depressieve symptomen en dit zou kunnen aansluiten bij ziekteverzuim als gevolg van depressie. Ten tweede zouden depressieve symptomen, ongeacht hun oorzaak, verantwoordelijk kunnen zijn voor een algemene negatieve perceptie van het milieu , waaronder werkomstandigheden , onafhankelijk van de objectieve voorwaarden (25).

Het is evident dat de sociale context van het werk belangrijk is en dat het werk deze determinanten beïnvloedt. Bovendien hangt de blootstelling aan spanning op het werk af van iemands sociale klasse. Gebrek aan controle over het werk komt veel vaker voor bij mensen in lagere socio-economische groepen terwijl de hoge psychologische werkeisen zijn toegeschreven aan witte-boorden beroepen (kantoorfuncties). Op deze manier kan sociale achterstand gedeeltelijk de associatie tussen werk en geestelijke gezondheid verklaren. Maar D'Souza liet zien dat job spanning een onafhankelijke en sterke associatie vertoonde met de mentale gezondheid, zelfs na correctie voor de sociale positie en in beroepsmatige cohorten van gelijke sociale status waar dit niet zou worden verwacht. In het Belgische onderzoek, was de relatie tussen stress op het werk en ziekteverzuim door depressie gedeeltelijk toe te schrijven aan de verstorende variabele van de sociale klasse en job controle bij mannen (25).

Steun van de werkgever en medewerkers

Een algemene studie over ziekteverzuim publiceerde dat werknemers die weinig steun kregen van de werkgever er minder langere tijd over deden om terug aan het werk te gaan dan werknemers die meer steun ontvingen. Hieruit kan men concluderen dat lage supervisor steun is verbonden met snellere werkhervatting. Ook steun van een medewerker is geassocieerd met ziekteverzuim. Lage steun van medewerkers resulteert in een langere tijd tot hernemen van het werk (40). Deze bevindingen zijn contradictorisch met de resultaten uit eerder onderzoek dat suggereert dat lage supervisor steun leidt tot een langere duur van ziekteverzuim. De auteurs geven verschillende mogelijke verklaringen voor deze bevinding. Ten eerste kan het concept van de 'druk om bij te wonen' de relatie verklaren tussen supervisor steun en werkhervatting. In een model (van Steers en Rhodos) kan 'druk om bij te wonen' de motivatie van werknemers verbeteren om aanwezig te zijn op het werk. De auteurs identificeerden de economische en marktomstandigheden als één van de grootste oorzaken van de druk. Gedurende de onderzoeksperiode is de economische situatie in Nederland verslechterd en stegen de werkloosheidscijfers fors (de economische crisis). Onder deze omstandigheden zijn werknemers bang om hun job te verliezen en hebben ze meer kans te gaan werken ondanks dat ze ziek zijn (presenteïsme). Lage sociale steun van de leidinggevende kan dit gevoel van werkonzekerheid nog verergeren, omdat het als een teken van onverschilligheid kan opgevat worden of kan gezien worden als een slechte relatie met de leidinggevende. Daarom kan lage sociale steun fungeren als een extra 'druk om bij te wonen'. Een andere verklaring die de auteurs gaven, komt uit de psychologie. In een recente studie over de negatieve effecten van sociale steun op het werk, blijkt dat onder bepaalde omstandigheden de sociale ondersteuning negatieve effecten kan hebben op de gezondheid en het welzijn van werknemers. Twee van de omstandigheden zijn in overeenstemming met de bevindingen van Post et al. Ten eerste, kunnen negatieve effecten ontstaan als sociale steun de keuzevrijheid en autonomie van de ontvanger aantast. Ten tweede, kan door sociale steun de ontvanger zich minderwaardig voelen of afhankelijk van de provider. In het kader van deze bevinding (lage sociale steun- meer werkhervatting) kan dit betekenen dat de momenteel meer restrictieve werkhervattingsprocedure kan leiden tot gevoelens van verlies van de vrijheid van keuze en autonomie over het eigen werkhervattingsproces of van afhankelijk te zijn van de toezichthouder voor terugkeer naar het werk. Echter is er een andere verklaring die wel een heel ander effect impliceert met betrekking tot steun van de leidinggevende. Men zou kunnen stellen dat de ondersteunende en empathische supervisor een sfeer schept waarin de zieke werknemer zich geneigd voelt om thuis te blijven voor een langere periode dan strikt

noodzakelijk is. In tegenstelling tot het effect van lage werkgever steun is weinig steun van medewerkers geassocieerd met een langere duur van ziekteverzuim (40). Muijzer et al. publiceerden eveneens dat de relatie tussen werkgever en werknemer de duur van werkverzuim kan beïnvloeden. Zo moet volgens de auteurs de werkgever de werknemer ondersteunen in zijn/ haar bedrijf om het werkhervattingsproces te vergemakkelijken. Een goede communicatie is hierin belangrijk, waar vooral de kwaliteit van de communicatie een rol speelt (36). Een review van 2010 rapporteerde een beperkt bewijs dat frequent contact met de begeleider tijdens het ziekteverzuim de tijd tot hernemen van het werk verlengt. Nochtans leidt contact tussen de supervisor en andere professionelen, naast bedrijfsarts, tot minder afwezige werkdagen (1). Deze bevindingen zijn het niet eens met een Japanse studie die enkel mannen onderzocht. De auteurs rapporteerden dat noch supervisor steun noch steun van collega's significant geassocieerd waren met ziekteverzuim wegens depressieve stoornissen. Als mogelijke verklaring werd gegeven dat deze resultaten kunnen toe te schrijven zijn aan mogelijke veranderingen tussen toezichhouders en medewerkers tijdens de lange termijn follow-up van het onderzoek of de mogelijkheid dat werknemers met een lage sociale ondersteuning op het werk hun werkplek sneller verlieten als ze een depressieve stoornis hadden (55). Bij deze Japanse resultaten moet opgemerkt worden dat er verschillen zijn tussen Japan en de westerse landen. Japan heeft bijvoorbeeld een lager aantal psychiatrische stoornissen. Dit zou een invloed kunnen hebben op de resultaten van werkverzuim. Daarnaast rapporteerde een Belgische studie eveneens dat psychologische vraag en sociale steun, zowel van collega's als van supervisors, niet geassocieerd waren met ziekteverzuim wegens depressie bij mannen en vrouwen (25).

Controle over het werk

Een geringe mate van controle over het werk is voorspellend voor het optreden van uitgebreide afwezigheid gerelateerd aan depressie bij Vlaamse mannen en vrouwen (25).

Uit een Japanse studie met enkel mannelijke werknemers, bleek na correctie voor de demografische variabelen en voor individuele psychologische factoren, dat lage job controle significant was geassocieerd met het daaropvolgende ziekteverzuim van 30 dagen of meer (=langere tijd afwezigheid van het werk), te wijten aan depressieve stoornissen. Naast Inoue et al. beschreven Blank et al. dat lage job controle een significant rol speelt in werkhervattingsproces (21, 55). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat drie studies een positieve relatie aantoonde tussen lage controle over het werk en meer ziekteverzuim.

Jobspanning

De Vlaamse studie rapporteerde dat, enkel voor mannen, wanneer een hoge spanning aanwezig is op het werk, zij een uitgebreider ziekteverzuim presenteren met betrekking tot depressie. Bij vrouwen werd het verband met jobspanning niet teruggevonden. Deze studie toonde aan dat er een sterke relatie is tussen lage job controle, hoge eisen en absentisme als gevolg van depressie (bij zowel vrouwen als mannen). Er was wel een groter verband voor mannen dan vrouwen bij hoge jobvraag (25). Inoue et al. bevestigden dit eveneens, maar deze studie onderzocht enkel mannen (29, 55).

Job overbelasting/hoge taakeisen

Job overbelasting was niet significant geassocieerd met ziekteverlof als gevolg van depressieve stoornissen in de Japanse studie. Hoge Job eisen of job overbelasting kan meer een oorzaak zijn van de depressieve symptomen zelf of met een minder ernstige vorm van de depressie. Maar ze zijn niet sterk verbonden met lange termijn ziekteverzuim wegens depressieve stoornissen (55). Een algemene werkverzuim studie publiceerde daarentegen dat een hoog werktempo en een grote hoeveelheid werk wordt in verband gebracht met een langere tijd tot werkhervatting (40). Blank et al. beschreven dat hoge job stressoren significant werden beschreven in het hernemen van het werk (21). Opnieuw zijn de studies het hier niet over eens. Verder onderzoek is nodig om dit te exploreren.

Rolonduidelijkheid en rolconflict

Rolambigüiteit (onduidelijkheid) ontstaat wanneer het voor de werknemer niet duidelijk is wat precies van hem wordt verwacht. Dit kan leiden tot een verlaagd gevoel van controle over het werk bij werknemers, hetgeen resulteert in een associatie met depressieve stoornissen. Rolonduidelijkheid kan de oorzaak zijn van de depressieve stoornis maar kan eveneens een rol spelen bij ziekteverzuim wegens een depressie (56). Wanneer het voor de werknemer niet duidelijk is wat hij/zij moet doen is dit significant geassocieerd met langer ziekteverzuim (55).

Onder rolconflict wordt verstaan ‘ innerlijk conflict dat het vervullen van verschillende rollen teweeg kan brengen’. Volgens een Japanse studie was rolconflict geassocieerd met een licht verhoogd risico op ziekteverlof wegens depressieve stoornissen. Dit was statistisch niet significant en kleiner dan die van rolonduidelijkheid. Rol conflict kan minder belangrijk zijn bij de medewerkers van productiebedrijven dan bij werknemers in andere bedrijven

(bijvoorbeeld dienstverlenende bedrijven) omdat het takenpakket verondersteld wordt om goed te zijn gepland en georganiseerd in de productiefirma's (55).

Jobonzekerheid

Onzekerheid over het kunnen behouden van een job zou een belangrijke factor kunnen zijn, zeker in tijden van economische crisis. Er zijn minder jobs beschikbaar en meer mensen zijn geneigd hun werk te verliezen. Er werd vastgesteld dat werkonzekerheid niet significant was geassocieerd met ziekteverlof wegens depressieve aandoeningen. Baanonzekerheid lijkt minder geassocieerd met het risico op lange termijn ziekteverzuim door depressieve aandoeningen. Dit komt omdat de onzekerheid kan veranderen in de tijd , en dit kan de associatie verzwakken (55). Het type en de ernst van de beperkingen zijn van belang om de geschiktheid voor werk te beoordelen en dat de geschiktheid van het eigen werk van de werknemer bepalend voor het werkhervattingsproces (36).

4.3.5 Looptijd werk

Eén enkele studie registreerde dat werknemers met een duur van tewerkstelling in de huidige baan van meer dan 15 jaar (15-24 jaar en 25-45 jaar) er relatief minder lang over deden om terug aan het werk te gaan dan de werknemers die er slechts 0 - 4 jaar werkten. Naast de duur van tewerkstelling zijn onregelmatige werktijden geassocieerd met kortere tijd tot hernemen van het werk (40).

4.3.6 Werkmotivatie

Werkmotivatie is een belangrijke voorspeller voor werkhervatting, en onderlijnt de perspectieven van beroepsrehabilitatie van professionelen, werknemers en patiënten die allen werkmotivatie als cruciaal aanzien voor het bereiken van werkhervatting (30).

4.3.7 Job beschikbaarheid

Wanneer een werknemer terug aan het werk wil gaan, moet er natuurlijk een job beschikbaar zijn. Dit is niet altijd evident omdat de vorige job van de werknemer soms al ingenomen werd. Er werd een studie gevonden die aantoonde dat de mogelijkheden bij de vorige werkgever mede de kans bepalen op werkhervatting. Als het ziekteverzuim wordt verlengd en de kans op werkhervatting vermindert, moet het terugkeren naar een andere werkgever worden onderzocht volgens de auteurs. Een focus groep kwam samen tot het besluit dat de werkgever de mogelijkheden moet onderzoeken in zijn / haar bedrijf tot werkhervatting (36).

Part time/Full time

Het aanbieden van tijdelijk werk (minder aantal uren werken per week) kan de kans op werkhervatting beïnvloeden. Zo hoeft de werknemer de werkplaats niet te verlaten, maar kan hij/zij halftijds blijven werken (36). Het risico op absentieïsme is groter voor full time werknemers dan voor part time werknemers. Er bestaat een relatie tussen het aantal uren dat er gewerkt moet worden (full time/part time) en de kans op ziekteverzuim (1, 14).

4.3.8 Interventies en maatregelen op werkvlak

Training/onderwijs

Interventies zoals training en informatie geven over het werk kan het hervattingsproces optimaliseren (36).

Jobaanbiedingen

Een aangeboden baan met het vooruitzicht op een terugkeer naar de oorspronkelijke taak verhoogt de kans op aanvaarding door de werknemer (36).

Professioneel advies

Professioneel advies naar de werknemer toe kan het werkhervattingsproces beïnvloeden (36).

5 Discussie

Men kan besluiten dat bepaalde determinanten wel degelijk een rol spelen in werkverzuim en werkhervatting bij een depressie. Het is belangrijk deze determinanten te achterhalen opdat we deze factoren kunnen beïnvloeden en zo sneller werkhervatting kunnen bekomen. Ongeacht het feit dat sommige determinanten niet te beïnvloeden zijn, is het toch belangrijk deze te bepalen. Zo kunnen groepen die een hoog risico lopen op werkverzuim gedetecteerd worden en kan daar extra aandacht aan besteed worden. Er is nog veel onderzoek nodig want de resultaten zijn grotendeels uiteenlopend. Toch bemerken we een aantal trends. De determinanten worden ingedeeld in verschillende groepen.

Ten eerste zijn er de persoonlijke determinanten. De meeste onderzochte factoren hieronder zijn geslacht, leeftijd, opleiding en gedrag. Wat betreft geslacht zijn de meeste studies het eens dat vrouwen meer ziekteverzuim vertonen. Over de duur van het ziekteverzuim zijn tegenstrijdigheden te vinden. Er zijn studies die rapporteerden dat vrouwen sneller aan het werk gaan, er zijn studies die zeggen dat mannen sneller terug aan het werk gaan en er zijn studies die geen verband constateerden. Meer onderzoek is nodig om deze determinant te exploreren. Daarnaast bevestigen de meeste studies dat oudere individuen meer en langer ziekteverzuim vertonen dan jongeren. De groep 50+ springt erboven uit. Naast leeftijd en geslacht is opleiding een frequent onderzochte factor. Studies zijn het ook hier niet eens. De resultaten neigen meer naar het feit dat een hoge opleiding is geassocieerd met minder ziekteverzuim.

Ten tweede worden, naast persoonlijke factoren, ook gezondheidsgerelateerde determinanten beschreven. De ernst van de depressieve symptomen schiet erboven uit als belangrijke voorspeller van ziekteverzuim. Alle studies (12) publiceerden dat hoe ernstiger de depressie is, hoe meer kans op werkverzuim en hoe langer het werkverzuim duurt. De kans op werkverzuim of langdurig ziekteverzuim is groter wanneer een langere duur van de depressieve episode beschreven is, wanneer er vorige episodes van ziekteverzuim waren en wanneer een comorbiditeit (psychiatrisch of somatisch) aanwezig is. Uiteraard is ook het vroegtijdig behandelen van de depressie prioritair.

Ten slotte worden de werkgerelateerde determinanten besproken. Het type werk en de werkomstandigheden zijn het belangrijkste. Rond type werk werden verschillende resultaten gevonden. Daaruit kan besloten worden dat meer onderzoek nodig is, hoewel het moeilijk is alle soorten werk in één studie te betrekken. Werkomstandigheden worden in verschillende categorieën ingedeeld. Er bestaat de jobcontrole, jobonzekerheid, sociale steun van werkgevers of medewerkers etc. Steun van werkgevers en medewerkers is belangrijk. Toch toont dit eveneens verschillende resultaten. Enerzijds kan weinig steun leiden tot een kortere periode tot werkhervatting, aangezien het de werkonzekerheid kan verhogen. Anderzijds is veel steun ook geassocieerd met mindere duur van ziekteverzuim. Meer onderzoek is nodig om deze determinant te bestuderen.

Samenvattend moet er nog veel meer onderzoek gebeuren naar de determinanten van werkverzuim en werkhervatting bij een depressie. Er werden studies uitgevoerd in een verschillende context en die kan niet altijd gekoppeld worden met elkaar. De resultaten van studies zijn veel te uiteenlopend en dat maakt het moeilijk een gepaste interventie te vinden. Omdat de context en de methodologie vaak verschillend is, is het moeilijk om de studies te vergelijken. Er is nood aan een studie met verschillende contexten die de resultaten niet kan beïnvloeden. Daarnaast is er nood aan studies in België.

Alvorens over te gaan tot eventuele interventies die kunnen voortvloeien uit de conclusies van deze masterthesis, worden enkele methodologische technieken van de studies beschreven. De literatuur bevat tegenstrijdige conclusies over bijvoorbeeld het verband tussen geslacht en werkverzuim bij een depressie. Dit zou mogelijk kunnen verklaard worden door methodologische tekortkomingen met betrekking tot het studiedesign en de opstelling van de populaties. Zo werd in de literatuur frequent gebruik gemaakt van interviews en vragenlijsten aan de hand van zelfrapportage om de mate van depressie, depressieve symptomen en de determinanten van werkverzuim en werkhervatting te achterhalen. Dit is niet zonder nadelen. Zo is zelfrapportage van depressieve symptomen subjectief. Bij de aanwezigheid van een depressie kan de rapportage negatiever zijn dan ze in werkelijkheid is omdat het algemeen beeld van een depressieve persoon op de wereld vervormd is. Er kan zo een bias ontstaan indien de vragenlijsten ingevuld worden door de proefpersonen, maar evengoed als ze ingevuld worden door de onderzoekers. Bij depressie gaat het namelijk om persoonlijke gedachten, gevoelens en interpretaties en dit is moeilijk te objectiveren. Daarnaast verschilden de DSM classificaties om een depressie te diagnosticeren: wanneer de ene studie gebruik maakte van

DSM III, was er een andere die gebruik maakt van DSM IV of ICD 10, terwijl er vanaf 2014 gebruik gemaakt wordt van de DSM-5 criteria. De duur van ziekteverzuim was bijkomstig verschillend, er werden zowel korte als lange termijn afwezigheden beschreven.

Hoewel er veel kan teruggevonden over mentale stoornissen en werkverzuim/werkhervatting, is de literatuur over depressie en werkverzuim/werkhervatting niet erg omvangrijk. Dit literatuuronderzoek is limitatief in het aantal studies. Het beeld geschetst in deze tekst is dus niet volledig. In totaal werden er vierendertig studies onderzocht. Een vaststelling hier is dat er vaak gebruik gemaakt werd van prospectieve studiedesigns (23 studies). Uit prospectief onderzoek kunnen algemene besluiten getrokken worden. Retrospectieve studies (hier 11) kunnen een bias van de resultaten geven omdat men terugkijkt naar wat er gebeurd is.

Er werd een verschil gemaakt tussen de kans op werkverzuim en de duur ervan. Eenentwintig studies behandelden de duur van ziekteverzuim, dertien studies de kans op ziekteverzuim en drie studies bestudeerden beiden.

Op vlak van methodologie ziet men dat een aantal onderzoeken slechts een kleine 'sample size' hadden. Tien studies onderzochten een populatie groter dan 5000 proefpersonen. Deze onderzoeken hebben vanzelfsprekend meer bewijskracht dan de kleinere onderzoeken.

De meeste studies voldeden enkel aan de inclusiecriteria. Zes studies betroffen algemene mentale stoornissen. Aangezien depressie hieronder valt kunnen we deze onderzoeken ook meenemen in deze scriptie. Twee studies hadden een meer specifieke populatie. Zo behandelde Inoue et al. enkel mannen en Hjarsbech et al. enkel oudere vrouwen.

Geografisch werd er vooral in Europa onderzocht. Jammer genoeg werd er maar één studie gevonden die in België plaatsvond. De meeste onderzoeken gebeurden in Nederland of de Scandinavische landen. Deze landen zijn westers en geïndustrialiseerd en kunnen daarom vergeleken worden met België. Deze resultaten zijn dus bruikbaar en kunnen teruggekoppeld worden naar resultaten van België. Wat opviel is dat voornamelijk persoonlijke factoren sterk werden onderzocht. Deze zijn echter niet direct te beïnvloeden, maar zijn toch belangrijk om het werkverzuim te voorspellen en alert te zijn. Naast persoonlijke factoren, was de ernst van depressie een sterk onderzochte factor. Meer onderzoek is nodig naar de werkgerelateerde en gezondheidsfactoren

Implicaties voor therapie/Toekomstperspectief

Vooreerst lijkt het aangewezen meer onderzoek te doen naar de determinanten van werkverzuim en werkhervatting. Dit zowel naar de persoonlijke, gezondheids- en werkgerelateerde determinanten. Aan de hand van deze determinanten kunnen dan effectieve interventies ontwikkeld worden. Het is belangrijk om kennis van deze voorspellers te hebben om gezondheidswerkers te helpen met het identificeren van medewerkers met een hoog risico op werkverzuim of langdurige afwezigheid. Daarnaast, hoewel sommige voorspellers zoals leeftijd en geslacht niet te beïnvloeden zijn zoals, zal identificatie van deze determinanten artsen en professionals in werkhervatting helpen in de evaluatie en prognoses van het werkvermogen. Tenslotte zijn sommige determinanten wel te veranderen zoals de ernst van de depressieve symptomen, en kan een gerichte behandeling of interventie toegepast worden wat kan resulteren in een sneller werkhervatting (37).

Meer onderzoek moet eveneens gebeuren naar mogelijke interventies. Een voorstel van een interventie wordt hier gegeven. Om werkverzuim te verminderen, moet er op een aantal factoren ingespeeld worden. Een interventie zou gebaseerd moeten zijn op drie verschillende clusters. Ten eerste zou een interventie moeten gericht zijn op persoonlijk gebied. De meeste determinanten zoals leeftijd en geslacht zijn niet te beïnvloeden. Men kan zich wel de vraag stellen hoe bijvoorbeeld oudere individuen aan het werk kunnen gehouden worden. Er kan ingegrepen worden op het 'gedrag' van de werknemer. Zo kan men proberen onder andere een positief zelfbeeld, hoog optimisme, bekwaamheid in zelfmanagement, een positief energieniveau en een ondersteunende woonomgeving te bekomen en proberen het gevoel van hopeloosheid weg te nemen. Ten tweede kan er op gezondheidsvlak een juiste gezondheidszorg toegepast worden. Artsen moeten vooral alert zijn voor het optreden van depressieve symptomen. Zij kunnen hiervoor gebruik maken van de DSM 5 criteria. Daarnaast is het van belang dat zij de aandoening 'depressieve episode' uitleggen aan de patiënt (=psycho-educatie). Verder is het nodig onderzoek te verrichten naar comorbiditeit. Ten slotte is optimaal behandelen belangrijk. Hierin is hoofdzakelijk het tijdstip van behandelen van belang. Het is voornamelijk zo vroeg mogelijk te behandelen. De arts krijgt de taak om regelmatig zijn patiënt op te volgen en te evalueren. Hij bepaalt of de werknemer in staat is om terug aan het werk te gaan. De rol van werk kan hier ook besproken worden, hierin kan hij duidelijk maken dat werk belangrijk is in een deel van de therapie. Werk kan gezien worden als een deel van de remedie. De arts moet er zich van bewust zijn dat thuiszitten niet altijd een oplossing is. Er moet ook een behandeling gestart worden- afhankelijk van de symptomen- zoals medicatie, cognitieve gedragstherapie etc. Ten slotte kan er ingegrepen

worden op werkgebied. Het is heel belangrijk een invloed uit te oefenen op de werkomstandigheden. De leidinggevende kan hierin een belangrijke rol spelen. Er kan bijvoorbeeld een part time job aangeboden worden aan de depressieve werknemer, waardoor er minder kans is op volledige wegval. Het is daarbij belangrijk dat de werknemer weet dat er op de werkgever kan gerekend worden wanneer een probleem ontstaat. Een goed gesprek tussen de leidinggevende en de werknemer kan een rol spelen. Zo kunnen de werkomstandigheden aangepast worden naar de behoeften en capaciteiten van de werknemer. Hierbij zou er een aanpassing van het werk, verstaanbare steun op de werkplaats (niet te veel, ook niet te weinig) en positieve werkervaring moeten bekomen worden.

6 Referenties

1. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2010;20(3):275-92.
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):357-76.
3. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79.
4. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2011;21(2):259-74.
5. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *International archives of occupational and environmental health*. 2008;81(6):711-9.
6. Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35(2):71-7.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004(420):38-46.
9. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. [The epidemiology of depression in Belgium. A review and some reflections for the future]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2008;50(10):655-65.
10. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2005;20(3):229-35.
11. McIntyre RS, Liauw S, Taylor VH. Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. *Journal of affective disorders*. 2011;128 Suppl 1:S29-36.
12. Veronese A, Ayuso-Mateos JL, Cabello M, Chatterji S, Nuevo R. Work disability and depressive disorders: impact on the European population. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 2012;91(13 Suppl 1):S62-8.
13. Bermejo I, Kriston L, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, Berger M, et al. Sick leave and depression - determining factors and clinical effect in outpatient care. *Psychiatry research*. 2010;180(2-3):68-73.
14. Souetre E, Lozet H, Cimarosti I. Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. *European journal of epidemiology*. 1997;13(1):87-93.
15. Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, et al. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric services*. 2004;55(12):1371-8.
16. Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(4):401-10.
17. Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006;194(8):570-6.

18. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;181:208-13.
19. Definitie werkverzuim [cited 2013 31/11]. Available from: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/ziekteverzuim.htm>.
20. Definitie werkhervat [cited 2013 31/11]. Available from: <http://www.encyclo.nl/begrip/hervatten>.
21. Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008;18(1):27-34.
22. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(6):436-43.
23. Bultmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(11):875-80.
24. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, Husain MM, Zisook S, Young E, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *Journal of affective disorders*. 2007;97(1-3):77-84.
25. Clumeck N, Kempnaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, et al. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(4):286-92.
26. de Vries G, Koeter MW, Nabitz U, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):1017-26.
27. Dewa CS, Goering P, Lin E, Paterson M. Depression-related short-term disability in an employed population. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2002;44(7):628-33.
28. Dewa CS, Hoch JS, Lin E, Paterson M, Goering P. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003;183:507-13.
29. Elinson L, Houck P, Marcus SC, Pincus HA. Depression and the ability to work. *Psychiatric services*. 2004;55(1):29-34.
30. Hees HL, Koeter MW, Schene AH. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(8):e1048-55.
31. Hensing G, Brage S, Nygard JF, Sandanger I, Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders--an increased risk for marginalisation among men? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35(8):335-40.
32. Hjarsbech PU, Andersen RV, Christensen KB, Aust B, Borg V, Rugulies R. Clinical and non-clinical depressive symptoms and risk of long-term sickness absence among female employees in the Danish eldercare sector. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1-3):87-93.
33. Kronstrom K, Karlsson H, Nabi H, Oksanen T, Salo P, Sjosten N, et al. Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: a prospective cohort study of onset and recovery. *Journal of affective disorders*. 2011;130(1-2):294-9.
34. Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Essink-Bot ML. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of affective disorders*. 2003;77(1):53-64.
35. Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin ATG, et al. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine*. 2011;68(6):400-7.

36. Muijzer A, Brouwer S, Geertzen JH, Groothoff JW. Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC public health*. 2012;12:103.
37. Nielsen MB, Bultmann U, Madsen IE, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, et al. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability and rehabilitation*. 2012;34(15):1311-6.
38. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2006;32(1):67-74.
39. Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008(2):CD006237.
40. Post M, Krol B, Groothoff JW. Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(9):481-8.
41. Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Functional and work disability in major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(3):189-95.
42. Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(3):206-13.
43. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. *Journal of affective disorders*. 2003;75(1):43-8.
44. Spijker J, van der Wurff FB, Poort EC, Smits CH, Verhoeff AP, Beekman AT. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International journal of geriatric psychiatry*. 2004;19(6):538-44.
45. Verboom CE, Sentse M, Sijtsma JJ, Nolen WA, Ormel J, Penninx BW. Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics. *Journal of affective disorders*. 2011;132(1-2):71-81.
46. Fresk M, Arrellov B, Skaner Y, Backlund L, Nilsson G. [ICF is a good tool to describe activity limitations in sick leave. General practitioners and the Swedish Social Insurance Agency are positive, as shown by qualitative study]. *Lakartidningen*. 2013;110(27-28):1289-91.
47. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. *The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up*. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(11):993-9.
48. Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(3):197-202.
49. Birnbaum HG, Leong SA, Greenberg PE. The economics of women and depression: an employer's perspective. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):15-22.
50. Definitie nauwgezet [cited 2014 12/02]. Available from: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=nauwgezet>.
51. Sorvaniemi M. [Antidepressant therapy and elderly persons]. *Duodecim; laaketieteellinen aikakauskirja*. 2002;118(4):393-7; quiz 7, 401.
52. Lexis MA, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, Kant I. Depressive complaints as a predictor of sickness absence among the working population. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;51(8):887-95.
53. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(3):208-14.

54. Stegmann ME, Ormel J, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Demyttenaere K, et al. Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *Journal of affective disorders*. 2010;124(1-2):38-44.
55. Inoue A, Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, Ishizaki M, Hayashi T, et al. Job stressors and long-term sick leave due to depressive disorders among Japanese male employees: findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(3):229-35.
56. Definitie rolambigüiteit [cited 2013 31/11]. Available from: <http://blog.alares.nl/>.