

Angststoornissen en Werk

Actuele kennis over angststoornissen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk



uni 2017

Elena Syurina
Sherzel Smith
Güven Alarслан
Sven van Ewijk
Barbara Regeer

Athena Instituut

vrije Universiteit amsterdam



Dit onderzoek is met subsidie van UWV tot stand gekomen.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie waarin de volgende experts zitting hadden:

Prof. Dr. Han Anema – hoogleraar bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, VUmc

Dr. Bert Cornelius (voorzitter) – verzekeringsarts, UWV, onderzoeker, UMCG

Drs. Theo Senden – bedrijfsarts, NVAB

Dr. Ingrid Snels – verzekeringsarts, UWV

Maaïke van der Linden-Kamphuis – ervaringsdeskundige, Angst, Dwang en Fobie Stichting

Prof. Dr. Dick Veltman – hoogleraar neuroimaging in Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam

Begeleiding vanuit UWV: Drs. Cora van Horssen – kennisadviseur, UWV

Auteurs:

Elena Syurina, Sherzel Smith, Güven Alarslan, Edris Nury, Sven van Ewijk, Barbara Regeer

Met medewerking van:

Marlous Arentshorst, Geeske Boersma, Jacqueline Broerse, Ivy van Dijke

Met dank aan:

Daphne Boucherie, Darshan Mahabir, Linda Schoonmade, Saskia Wesseling, Renée de Wildt-Liesveld, Emmy de Wit

Het empirische deel van het onderzoek is goedgekeurd door de wetenschapscommissie van EMGO+ (nummer WC2016-011). De Medisch Ethische Toetsingscommissie van VUmc heeft het onderzoek niet WMO-plichtig verklaard (nummer 2016.145).

Juni, 2017

De auteurs dragen volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud van het rapport, maar zijn niet aansprakelijk voor eventuele schadelijke gevolgen die kunnen ontstaan bij gebruik van gegevens uit deze uitgave. De Creative Commons naamsvermelding-niet-commercieel-geen afgeleide werken 4.0 Nederland is van toepassing op dit werk.

Angststoornissen en werk - Actuele kennis over angststoornissen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk door Elena Syurina, Sherzel Smith, Güven Alarslan, Edris Nury, Sven van Ewijk, Barbara Regeer, is gepubliceerd onder Creative Commons-licentie: attribution-noncommercial-noderivatives 4.0 INTERNATIONAL LICENSE <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Voorwoord

Dit kennisdocument is tot stand gekomen in opdracht van UWV in het kader van het subsidiethema *Actualiseren wetenschappelijke kennis en inzichten over veel voorkomende aandoeningen*. De doelstelling van het project was het in kaart brengen van actuele wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis op het gebied van diagnose, behandeling, prognose, functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid en interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie voor patiënten met angststoornissen, en deze te integreren en specifiek te maken voor toepassing in de praktijk van verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en andere gerelateerde arbeidsprofessionals. Het feitelijk vernieuwen van protocollen en richtlijnen was geen onderdeel van dit project.

Inhoud

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1. Inleiding	5
1.1. Probleemstelling	9
1.2. Doel van het rapport	10
1.3. Uitgangsvragen	10
1.4. Theoretisch kader	10
Referenties	11
Hoofdstuk 2: Methodologie	12
2.1. Scoping review	12
2.1.1. Zoekactie, selectieproces en data-extractie	12
2.1.2. Beoordelen van het bewijs van de geïncludeerde studies	13
2.1.2.1. Methodologische kwaliteit van bewijs	13
2.1.2.2. Sterkte van bewijs	13
2.2. Interviews	14
2.3. Focusgroep	15
2.4. Invitational conference	15
Hoofdstuk 3. Algemene beschrijving van geïncludeerde literatuur	18
3.1. Algemene beschrijving van review artikelen	18
3.2. Algemene beschrijving van kwalitatieve artikelen	18
3.3. Algemene beschrijving van kwantitatieve artikelen	19
Hoofdstuk 4. Wat zijn de prevalentie, incidentie, (meest) toegepaste behandelingen, en prognose van angststoornissen (in Nederland)?	21
4.1. Prevalentie en incidentie van angststoornissen in Nederland	21
4.2. Behandelingen voor angststoornissen	21
Referenties	24
Hoofdstuk 5. Risicofactoren voor het ontwikkelen van angststoornissen	25
5.1. Persoonlijke factoren	25
5.2. Omgevingsfactoren	25
Hoofdstuk 6. De invloed van een angststoornis op (de prognose voor) arbeidsparticipatie	29
Hoofdstuk 7. De invloed van de persoonlijke, omgevings- en activiteiten gerelateerde factoren op de werkgerelateerde uitkomsten van mensen met een angststoornis	31
7.1 Invloed van persoonlijke factoren op werkgerelateerde uitkomsten	32
7.2 Invloed van omgeving en werkgerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten	33
7.3 Invloed van functioneren en activiteiten gerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten	35
Hoofdstuk 8. Het bepalen van arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis	37
8.1 Arbeidsvermogen	37

8.2 Instrumenten voor het meten van functioneren	39
Hoofdstuk 9. Wat wordt er gedaan om de arbeidsparticipatie van angststoornispatiënten te bevorderen en wat is de effectiviteit hiervan?	42
9.1. Bevorderende en belemmerende factoren voor terugkeer naar werk	42
9.2. Programma's en interventies	44
9.2.1. Online interventies	44
9.2.2. Preventieve interventies	46
9.2.3. Cognitieve gedragstherapie	48
9.2.4. Werkplek interventies	50
9.2.5. Andere interventies	51
Hoofdstuk 10. Conclusies en aanbevelingen	55
Aanbevelingen	56
Referenties	56
Bijlagen	57
Bijlage 1. Referenties geïnccludeerde studies	57
Bijlage 2. Zoektermen per database	63
Bijlage 3. Exclusie en inclusie criteria voor de scoping review	67
Bijlage 4. Stroomdiagram selectieproces scoping review arbeidsparticipatie van mensen met angststoornissen	68
Bijlage 5. Operationalisering methodologische kwaliteit van bewijs primaire studies – Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields	69
Bijlage 6. Extractie tabellen	73

Samenvatting

Inleiding

Het doel van dit rapport was het creëren van inzicht en meer diepgang in de bestaande literatuur over angststoornissen en werk, en om dit te combineren met praktijkervaringen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. We hebben hiertoe een scoping review van de literatuur gedaan, met een systematische search. Daarnaast hebben we interviews, een focusgroep en een invitational conference gehouden om over de kennisbehoeften en tussentijdse resultaten in gesprek te gaan met het werkveld. Doel was om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Wat is de actuele kennis rond de diagnose, behandeling, en prognose voor het verrichten van arbeid, en wat zijn interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie van patiënten met angststoornissen?

Ter specificering van de onderzoeksvraag zijn onderstaande vragen gedefinieerd:

1. *Wat zijn de prevalentie, incidentie, (meest) toegepaste behandelingen, en prognose van angststoornissen in Nederland?*
2. *Wat is er bekend over de risicofactoren voor het ontwikkelen van angststoornissen?*
3. *Wat is de invloed van een angststoornis op (de prognose voor) arbeidsparticipatie?*
4. *Wat is de invloed van persoonlijke, omgevings- en activiteiten gerelateerde factoren op de arbeid gerelateerde factoren van mensen met een angststoornis?*
5. *Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten bestaan er om het arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis te beoordelen?*
6. *Wat wordt er gedaan om de arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis te bevorderen en wat is de effectiviteit hiervan?*

Resultaten

Een opvallende bevinding is dat we weinig wetenschappelijke literatuur gevonden hebben waarin het specifiek ging over angst (angstklachten of angststoornissen)¹. De meeste artikelen richten zich op angst en depressie, of veel voorkomende psychische aandoeningen, inclusief angst. Het is daarom lastig om op basis van de huidige literatuur aanbevelingen te doen over het begeleiden en beoordelen van mensen met angststoornissen in relatie tot arbeidsparticipatie. Het blijkt dat het ook in de bedrijfsgeneeskundige praktijk lastig is om angst te onderscheiden van andere psychische stoornissen. De vraag is dan ook of op dit moment een richtlijn specifiek voor angststoornissen mogelijk is en meerwaarde heeft voor de praktijk. Het heroverwegen hiervan in de richting van (het actualiseren van) een generieke richtlijn voor psychische stoornissen lijkt voor de hand te liggen. Ondanks deze beperking, willen we hier een aantal bevindingen van het onderzoek nader bespreken.

De resultaten van deze studie worden per vraag besproken. De eerste vraag luidt:

(1) Wat zijn de prevalentie, incidentie, (meest) toegepaste behandelingen, en prognose van angststoornissen in Nederland?

Uit een representatief bevolkingsonderzoek kwam naar voren dat 10,1% van de geïnterviewden in de 12 voorgaande maanden had geleden aan een angststoornis (De Graaf et al., 2012). Eén van de terugkerende thema's binnen de interviews en de focusgroep discussie is echter dat angststoornissen nog te weinig herkend en begrepen worden. Ook de literatuur beschrijft dat het vaak moeilijk is om angststoornissen te onderscheiden van depressieve stoornissen en dat die twee bovendien vaak tegelijk voorkomen. Bovendien is angststoornis een koepelterm voor een breed scala aan stoornissen, waaronder specifieke fobieën, PTSS en generaliseerde angst.

¹ Angst wordt in veel artikelen niet gespecificeerd – soms gaat het over angstklachten, soms over angststoornissen en soms over angst in het algemeen. We gebruiken daarom in dit rapport de term angst om al deze varianten aan te duiden.

Zorgprogramma's voor angststoornissen worden beschreven in het Zorgpad Angststoornissen (2014). In het huidige beleid worden patiënten, waarbij een angststoornis wordt vermoed, verwezen naar de huisarts en behandeld op basis van het *stepped-care* model. De meest gebruikte therapie is cognitieve gedragstherapie. Een terugkerend thema in de interviews is dat de huidige richtlijnen voor diagnostisering en behandeling van angststoornis niet praktisch genoeg zijn omdat ze vooral gericht zijn op het afbakenen van de diagnose waarbij de complexiteit en individualiteit van angststoornissen uit het oog wordt verloren.

(2) *Wat is er bekend over risicofactoren voor het ontwikkelen van angststoornissen?*

Met betrekking tot factoren die van invloed zijn op het ontwikkelen van angststoornissen in de werkcontext zijn in de literatuur persoonlijke en omgevingsfactoren gevonden. Er is bewijs dat het vrouwelijke geslacht, oudere leeftijd en een lager opleidingsniveau, toewijding, niet-traditionele genderrollen en persoonlijk reactiviteit op werkgerelateerde stress risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van angst en voor negatieve werkgerelateerde uitkomsten.

De volgende omgevingsfactoren verhogen volgens de literatuur het risico op het ontwikkelen van een angststoornis: werkloosheid, werken na de pensioengerechtigde leeftijd, lage kwaliteit en discontinuïteit van zorg, het ontbreken van ondersteuning van begeleiders en leidinggevenden, verhoogde fysieke eisen van het werk, spanningen op het werk, verhoogde werkdruk, lage werktevredenheid, lage werknemerscontrole op zijn of haar baan, en slecht leiderschap. Verder wordt er in de literatuur aangegeven dat niet elk beroep hetzelfde risico op angst met zich meebrengt. Het risico is ook afhankelijk van het niveau van dagelijkse stress op het werk en de relatieve baan zekerheid. Kennis van de invloed van omgevingsfactoren op de ontwikkeling van angststoornissen kan gebruikt worden voor de verbetering van behandelingsstrategieën, omdat de omgeving een factor is die (tot op zekere hoogte) aangepast kan worden (in tegenstelling tot persoonlijke en biologische factoren).

Er zijn ook factoren gevonden die een positieve invloed kunnen hebben op de angststoornis en op arbeidsparticipatie. Een positieve en ondersteunende werkomgeving heeft een positieve invloed op allebei. Ook begripvolle collega's en het hebben van een motiverende houding kunnen positieve effecten hebben op re-integratie. Daarnaast geven bedrijfs- en verzekeringsartsen aan dat goede coping mechanismen van de patiënt kunnen zorgen voor een voorspoedig re-integratieproces, net als behandelingen die zijn gericht op het bevorderen van actieve coping mechanismen van patiënten. Hetzelfde geldt voor een goed zelfbeeld, een positief wereldbeeld en een goed leervermogen.

(3) *Wat is de invloed van een angststoornis op (de prognose voor) arbeidsparticipatie?*

Van de artikelen die we hebben bestudeerd richten veel zich op de vraag of angst een effect heeft op arbeidsparticipatie. Angst zelf (of een voorgeschiedenis van angst) is een risicofactor voor negatieve werkgerelateerde uitkomsten, al is *presenteism* van mensen met een angststoornis relatief hoger dan bij andere psychische stoornissen. Relevanter voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk zijn studies naar specifieke angststoornissen in relatie tot werkgerelateerde uitkomsten: niet elke angst is hetzelfde. Uit de interviews en literatuur kwam naar voren dat angst een groter effect heeft op werk als de angst zelf is gelinkt aan één van de omgevingen of taken tijdens het werk. Volgens de literatuur hebben generaliseerde angststoornissen of werkgerelateerde angst een grotere invloed op arbeidsparticipatie dan andere angstgerelateerde stoornissen.

(4) *Wat is de invloed van persoonlijke, omgevings- en activiteiten gerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten van mensen met een angststoornis?*

Verschillende factoren, met name persoonlijke factoren, omgevingsfactoren, en activiteiten gerelateerde factoren, lijken een invloed te hebben op de symptoomzwaarte en arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis.

De factoren 'hogere leeftijd', 'vrouwelijk geslacht', 'lager opleidingsniveau' en 'voorgeschiedenis van trauma', zijn in meerdere studies naar voren gekomen als factoren die de arbeidsparticipatie negatief beïnvloeden. Een

extraverte en georganiseerde persoonlijkheid hebben een positief effect op de terugkeer naar werk. Verder blijkt dat met name een positieve en ondersteunende werkomgeving de arbeidsparticipatie bevordert van mensen met een angststoornis. Uit onderzoek naar de invloed van activiteitsgerelateerde factoren op arbeidsparticipatie blijkt dat een aantal factoren een negatief effect heeft, zoals emotionele uitputting en slechte zelfwerkzaamheid. Behoeftte aan controle en het hebben van een positief zelfbeeld hebben daarentegen een positief effect op arbeidsparticipatie.

(5) Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten bestaan er om het arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis te beoordelen?

Uit de interviews blijkt dat het voor het revalidatieproces belangrijk is om een goede inschatting te maken van de belastbaarheid van werknemers met een angststoornis. Momenteel vinden bedrijfsartsen het echter lastig om een duidelijk beeld te krijgen van die capaciteiten en bestaan er geen praktijkgerichte instrumenten en/of richtlijnen om dat te doen.

In de geïncludeerde kwantitatieve artikelen zijn geen instrumenten onderzocht die het arbeidsvermogen van mensen met angstklachten of een angststoornis beoordelen. Wel worden er verscheidene diagnostische en prognostische instrumenten beschreven die wellicht behulpzaam kunnen zijn in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Enkele voorbeelden hiervan zijn: Distress Screener, 4DSQ (ook bekend als 4DKL), de 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48), Work Limitation Questionnaire (WLQ), Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), Endicott Work Productivity Scale (EWPS), en Functional Status Questionnaire Work Performance Scale (WPS). De literatuurstudie laat zien dat er weinig bewijs is voor de betrouwbaarheid van deze instrumenten.

(6) Wat wordt er gedaan om de arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis te bevorderen en wat is de effectiviteit hiervan?

In de literatuur werd matig bewijs gevonden voor de effectiviteit van preventieve interventies die gericht zijn op het voorkomen van het ontwikkelen van een angststoornis, zoals het bevorderen van zelfcontrole en lichaamsbeweging. Het bewijs voor interventies gericht op het voorkomen van complicaties en ziekteverergering en specifiek gericht op werk, zoals exposure therapie, Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en probleemgericht terugkeer-naar-werk, was het sterkst. In de praktijk ervaren bedrijfsartsen echter dat werknemers met een angststoornis vaak vermijdingsgedrag laten zien, waardoor toepassing van exposure therapie moeilijk is. De meest gebruikte therapie is cognitieve gedragstherapie, maar mensen zijn op zoek naar minder arbeidsintensieve manieren om CGT aan te bieden om wachtlijsten te verminderen. Een studie onderzocht een groepsversie en een andere keek naar een online variant van CGT (met input van de therapeut); deze bleek niet minder effectief dan *face-to-face* behandeling. Een andere studie liet zien dat het gebruik van vaardigheidstraining op individueel, groeps- en organisatieniveau tot de beste gezondheids- en werkgerelateerde uitkomsten leidt. Het gebruik van interventies voor het ontwikkelen van actieve *coping* strategieën werkt beter dan passieve behandelingen. Een van de studies onderzocht een werkplekgebaseerde interventie die geestelijke gezondheid, arbeidsgeschiktheid en productiviteit moest verbeteren. De interventie had een positieve invloed op het zoeken van hulp door de deelnemers, veroorzaakt door een regelmatig bezoek van bedrijfsartsen. Desalniettemin, was er onvoldoende bewijs voor de vermindering van geestelijke gezondheidsklachten. Uit de literatuur blijkt dat de meest succesvolle interventies verschillende benaderingen combineren in samenwerking met een breed scala aan behandelaars. De participatie van veel verschillende behandelaars maakt volgens de geïnterviewden dat het behandeltraject vaak heel complex is. De vertraging die tijdens het behandelproces optreedt, wordt gezien als een belangrijke belemmering voor de terugkeer naar werk van werknemers met een angststoornis.

Aanbevelingen

- Omdat angststoornissen lastig te onderscheiden zijn van andere psychische problemen, sluit een *generieke* richtlijn voor psychische stoornissen wellicht beter aan bij de verzekerings- en bedrijfsgeneeskundige praktijk dan een richtlijn specifiek voor angststoornissen. Dit kan onderdeel

uitmaken van het actualiseren van de richtlijn Psychische Problemen van de NVAB.

- Er is in de specialistische en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk behoefte aan meer onderzoek naar interventies om de arbeidsparticipatie van werknemers met angststoornissen te verhogen.
- Er is in de literatuur weinig bekend over het beoordelen van arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis. Verkennend onderzoek hiernaar verdient aanbeveling, waarbij vooral de huidige ervaringskennis van artsen geïnventariseerd kan worden op basis waarvan best practices geïdentificeerd kunnen worden.
- Een uitdaging rondom de begeleiding van mensen met een angststoornis is het spanningsveld rondom werkvermijding versus exposure. Het verdient aanbeveling om ervaringskennis over het omgaan met deze spanning te ontsluiten.
- Ten slotte is een aanbeveling voor beleid om middelen beschikbaar te maken voor onderzoek naar openstaande onderzoeksvragen, en voor het ontwikkelen van richtlijnen voor de begeleiding van mensen met psychische stoornis, en de beoordeling van hun arbeidsvermogen, voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk (al dan niet geïntegreerd).

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Psychiatrische stoornissen spelen een grote rol in de huidige maatschappij. Zij zorgen voor belemmeringen bij werk, voor zowel korte als lange perioden, waarbij de werknemer zijn/haar werkzaamheden niet of minder goed kan verrichten. Afhankelijk van de ernst van de stoornis en het behaalde resultaat van de behandeling, kan de werknemer weer terugkeren naar werk of in aanmerking komen voor een uitkering. Hierbij zijn verscheidene partijen betrokken, zoals de werkgever, een casemanager, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de zieke persoon zelf. Bij de laatstgenoemde behoren zieke werknemers, parttimers of zelfstandige zonder personeel (ZZP'ers), en arbeidsongeschikten. Een veel voorkomende psychiatrische aandoening betreft angststoornissen.

De prevalentie van angststoornissen in de Nederlandse bevolking is hoog, namelijk 7,7% onder mannen en 12,5% onder vrouwen (NHG, 2016). In de huisartsenpraktijk zijn ongeveer 7 per 1.000 mannen en 14 per 1000 vrouwen bekend met angststoornissen (NHG, 2016). Bovendien gaat een deel van de mensen met een angststoornis niet naar de huisarts of wordt niet door de huisarts met angststoornis gediagnosticeerd. Dit betekent dus dat de prevalentie hoger ligt dan de eerder genoemde cijfers. De incidentie binnen de huisartsenpraktijk ligt op ongeveer 2 op de 1.000 mannen per jaar en bij vrouwen 4 op de 1.000 per jaar (NHG, 2016). Opmerkelijk is dat angststoornissen vaker bij vrouwen voorkomen dan bij mannen. Een eerder uitgevoerde epidemiologische bevolkingsonderzoek heeft uitgewezen dat in 2011, de prevalentie van angststoornissen bij personen tussen de 18 en 65 jaar in Nederland ongeveer 1,1 miljoen was. Hierbij ging het om 413.600 mannen en 655.100 vrouwen. Omgerekend is dit gelijk aan 78 per 1.000 mannen en 125 per 1.000 vrouwen. Het bevolkingsonderzoek werd uitgevoerd tussen 2007 en 2012 (de Graaf, 2012). Volgens dit onderzoek heeft 19,6% van de Nederlandse bevolking (23,4% vrouwen) ooit te maken gehad met enigerlei angststoornissen.

Er kunnen een aantal typen angststoornissen worden onderscheiden, namelijk: paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en specifieke fobieën (angst voor één bepaald ding zoals spinnen, wateroppervlakten en vliegen) (De Graaf, 2010; NHG, 2016). Deze vormen van angststoornissen hebben een verschillend beloop, waarvoor de mogelijke behandelingen ook uiteenlopen. Daarnaast is er sprake van onvolledig ontwikkelde beelden en mengvormen tussen deze typen, die ook samen kunnen gaan met andere vormen van psychopathologie (NHG, 2016). Hierdoor is het vaststellen van een diagnose moeizaam.

Voor de diagnose voor angststoornissen kan gebruik gemaakt worden van classificatiesystemen zoals de DSM-5, die door de Amerikaanse Psychiatrische Associatie (APA) wordt gepubliceerd, en de ICD-10 die door de World Health Organisatie (WHO) is samengesteld. Deze systemen classificeren mentale stoornissen, gebaseerd op de symptomen die worden waargenomen door de arts. De huidige classificatiesystemen die momenteel veel worden gebruikt bieden geen eenvoudig instrument om angststoornissen te herkennen en een diagnose te stellen. Om bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te helpen met het diagnosticeren en begeleiden van mensen met een angststoornis, zijn verscheidene richtlijnen en protocollen gemaakt zoals de NHG richtlijn voor huisartsen en de NVAB richtlijnen voor bedrijfsartsen^{2,3}. Deze richtlijnen en protocollen helpen de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Aan de hand van deze documenten wordt een beslissing gemaakt of de patiënt (gedeeltelijk) terug kan keren naar werk of dat de patiënt (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard wordt. Deze bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen dateren echter uit respectievelijk 2007 en 2005, waardoor de wetenschappelijke kennis waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd niet actueel is.

Deze factoren zorgen voor een verhoogde noodzaak om meer inzicht te krijgen in de bestaande literatuur omtrent angststoornissen in relatie tot werk. Het is van belang om de richtlijnen en de protocollen te actualiseren om bedrijfsartsen en verzekeringsartsen een actueel hulpmiddel te bieden voor het evalueren en

² <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB>, geraadpleegd op 24-08-2016

³ <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>, geraadpleegd op 24-08-2016

begeleiding van patiënten met angststoornissen. Een eerste stap hierin is het actualiseren van wetenschappelijke literatuur en het inventariseren van praktijkkennis van de actieve betrokken partijen die te maken hebben met angststoornissen en werk in hun dagelijkse praktijk.

1.2. Doel van het rapport

Tot op heden is de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot angststoornissen en werk niet gestructureerd en wordt veel bestaande kennis niet toegepast in de praktijk. Het doel van dit rapport is het creëren van inzicht en meer diepgang in de bestaande wetenschappelijke literatuur over angststoornissen en werk, en om dit te combineren met praktijkervaringen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Hierbij concentreren wij ons op wat er bekend is over diagnose, behandeling, prognose, functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid, en interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie van patiënten met angststoornissen. Naar aanleiding van de doelstelling, komen wij tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de actuele kennis rond de diagnose, behandeling, prognose voor het verrichten van arbeid, en wat zijn interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie voor patiënten met angststoornissen?

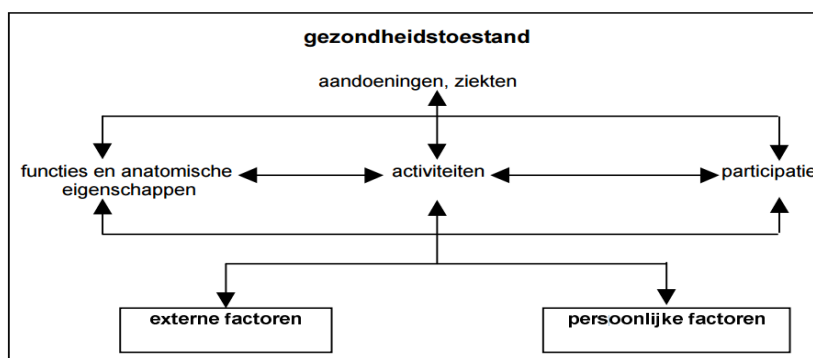
1.3. Uitgangsvragen

In het onderzoek naar de actuele kennis rondom angststoornissen en werk worden onderstaande uitgangsvragen beantwoord:

1. Wat zijn de prevalentie, incidentie, (meest) toegepaste behandelingen, en prognose van angststoornissen in Nederland?
2. Wat is bekend over de risico's op het ontwikkelen van angststoornissen?
3. Wat is de invloed van een angststoornis op (de prognose voor) arbeidsparticipatie?
4. Wat is de invloed van de verschillende factoren (incl. werkomgeving) op de arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis?
5. Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten bestaan er om het arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis te beoordelen?
6. Wat wordt er gedaan om de arbeidsparticipatie van mensen met angststoornissen te bevorderen en wat is de effectiviteit hiervan?

1.4. Theoretisch kader

Om het literatuuronderzoek te structureren is het "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) model gebruikt (WHO 2013). Het ICF-model geeft een beschrijving voor het functioneren van individuen en populaties met gezondheidsproblemen binnen verscheidene omgevingen. Dit model is ontwikkeld door de WHO en onderscheidt verschillende componenten die direct gerelateerd zijn aan de (mentale) gezondheid van de werknemer en arbeidsongeschiktheid. In het onderzoek gebruiken we het model om weer te geven welke factoren belemmerend/bevorderend zijn voor terugkeer naar werk (een onderdeel van participatie): de stoornis zelf, de functies en anatomische eigenschappen, de activiteiten die iemand al dan niet uit kan voeren als gevolg van de aandoening, persoonlijke factoren en externe factoren.



Afbeelding 1. Schematische weergave van het ICF-model.⁴

⁴ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' compilatie. WHO-FIC Collaborating Centre in the Netherlands. RIVM: Bilthoven, Nederland.

Referenties

De Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*, Trimbos-Instituut, Utrecht.

NHG. (2016). Nederlandse Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 24-08-2016. <http://www.nhg.org/nhg-standaarden>

Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' compilatie. WHO-FIC Collaborating Centre in the Netherlands. RIVM: Bilthoven, Nederland

Vertaling van de WHO-publicatie, Heerkens, Y.F., Hirs, W. M., Kleijn-de Vrankrijker, M., Ravenberg, C.D. and Ten Napel, H. (2002). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, Geneva 2001. *Eerste druk*.

World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO

Hoofdstuk 2: Methodologie

Dit hoofdstuk beschrijft welke methoden zijn gebruikt om de uitgangsvragen te beantwoorden. Er wordt apart ingegaan op de methoden die zijn gebruikt om een overzicht te geven van de actuele kennis, te weten een scoping review (uitgangsvragen 1-6) en interviews (uitgangsvragen 2-6), en de methoden die erop gericht waren inzicht te krijgen in de toepassingsmogelijkheden van deze actuele kennis, namelijk focusgroepen en een invitational conference.

2.1. Scoping review

Het actualiseren van de wetenschappelijke kennis is gestart met een zogenaamde scoping review. Een scoping review is een vorm van kennisintegratie aan de hand van een verkennende onderzoeksvraag, met als doel het in kaart brengen van centrale concepten, verschillende types van bewijs en kennishiaten in onderzoek in een bepaalde discipline. Dit wordt gedaan door het systematisch zoeken, selecteren en integreren van bestaande kennis (Caolquhoun et al, 2014). Anders dan met systematische review, waarin doorgaans één specifieke vraag centraal staat, kan met een scoping review inzicht worden gekregen in de literatuur omtrent verschillende onderwerpen en aspecten, in deze studie gevat in uitgangsvragen 1 tot en met 6. Dit biedt de mogelijkheid om de factoren in kaart te brengen die geassocieerd zijn met werkgerelateerde uitkomsten, om aan te geven wat de bewijskracht is van de correlaties met werkgerelateerde uitkomsten, en om eventuele gaten in de literatuur te identificeren. Volgens Dijkers (2015) maakt de beoordeling van de methodologische kwaliteit van de gevonden studies geen onderdeel uit van een scoping review. In deze studie is, om de validiteit van de resultaten te verhogen, en in navolging van een systematische review, een scoping review gedaan met als aanvulling een kwaliteitsbeoordeling van het gevonden bewijs.

De scoping review die in deze studie gedaan is betreft de inventarisatie van relevante richtlijnen, protocollen en wetenschappelijke artikelen (gepubliceerd in de laatste 10 jaar), door middel van een systematische literatuurstudie naar enerzijds de prevalentie en incidentie, diagnose en behandeling van angststoornissen, en anderzijds de factoren en interventies die werkgerelateerde uitkomsten beïnvloeden, waarin zowel kwantitatieve als kwalitatieve data is meegenomen. Relevante wetenschappelijke artikelen zijn geïdentificeerd door middel van het zoeken in verschillende elektronische databases (zie hieronder), maar ook door middel van het zoeken van relevante artikelen in referentielijsten van richtlijnen en protocollen. Adviezen van de begeleidingscommissie zijn ook in acht genomen voor het vinden van relevante literatuur. Het gebruik van deze additionele methoden wordt ondersteund door onderzoek waarin is aangetoond dat effectieve dataverzameling van complex bewijs niet alleen kan bouwen op protocol-gestuurde zoekstrategieën, en dat 'snowballing' en persoonlijke kennis of persoonlijke contacten nodig zijn om de brede range van literatuur omvatten (Greenhalgh, 2005).

2.1.1. Zoekactie, selectieproces en data-extractie

Bij het beantwoorden van de uitgangsvragen voor de scoping review zijn verschillende zoekstrategieën gebruikt. Voor het beantwoorden van uitgangsvraag I zijn cijfers geëxtraheerd uit de Centraal Bureau van statistiek en uit relevante wetenschappelijke studies.

Voor het beantwoorden van de vragen 2-6 is, in samenwerking met een specialist wetenschappelijke informatie van de VU, systematisch gezocht naar wetenschappelijke literatuur in vijf onlinedatabases: Pubmed, EMBASE, CINAHL, PsycInfo en de COCHRANE Library. De gebruikte zoektermen zijn zo gekozen dat zij aansluiten bij de internationale literatuur en door het gebruik van de term werkgerelateerde uitkomsten, is de zoekactie breed gehouden. Onder werkgerelateerde uitkomsten valt niet alleen terugkeer naar werk, maar ook gerelateerde termen als ziekteverzuim, arbeidsvermogen, gewerkte uren en het hebben van bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een overzicht van alle gebruikte zoektermen is te vinden in Bijlage 2.

De gevonden artikelen zijn gescreend op relevantie voor de scoping review aan de hand van vooraf vastgestelde selectiecriteria (zie Bijlage 3). De screening procedure is uitgevoerd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Eventuele verschillen in interpretatie en beoordeling zijn onderling besproken tot consensus gevormd was. De screening heeft plaatsgevonden in twee fases. In de eerste fase zijn artikelen beoordeeld en geselecteerd op basis van titel en samenvatting en in de tweede fase is de selectie gedaan op basis van de volledige teksten. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen reviews en primaire studies. Het

stroomdiagram van het selectieproces is te vinden in Bijlage 4.

De geïncludeerde artikelen zijn op basis van onderwerp verdeeld in factoren van invloed op werkgerelateerde uitkomsten enerzijds en interventies ter bevordering van terugkeer naar werk anderzijds, en data relevant voor de studie (o.a. type studie, populatie, sample size, uitkomstmaten, effect, conclusie) is door drie verschillende onderzoekers geëxtraheerd naar verschillende tabellen. Tijdens de extractie hebben de onderzoekers regelmatig met elkaar gediscussieerd over de interpretatie van de gegevens. Voor uitgangsvragen 2-4 is, waar mogelijk, een onderscheid gemaakt tussen studies waarvan de populatie hoofdzakelijk bestaat uit mensen die ten tijde van verzuim een arbeidscontract hadden, 'vangnetters' en zelfstandigen.

2.1.2. Beoordelen van het bewijs van de geïncludeerde studies

In deze scoping review zijn studies beoordeeld op zowel methodologische kwaliteit van bewijs als op sterkte van het bewijs.

2.1.2.1. Methodologische kwaliteit van bewijs

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde systematische reviews is beoordeeld aan de hand van de AMSTAR 2 methodiek. AMSTAR 2 is een beoordelingstool voor systematische reviews waarmee zowel gerandomiseerde als niet-gerandomiseerde studies van gezondheidsinterventies kunnen worden beoordeeld (Shea et al., 2017). Met dit instrument worden reviews aan de hand van 16 items beoordeeld. De tool is ontwikkeld om kritische sterktes en zwaktes van de studies te identificeren en geeft geen overall score. In plaats van een samengesteld score, geeft AMSTAR 2 een relatieve beoordeling van de mate van betrouwbaarheid van de review (hoog, matig, laag en kritisch laag). Wanneer er maximaal één niet-kritische zwakte in staat wordt de review beoordeeld met hoge kwaliteit; bij meer dan twee niet-kritische zwaktes is er volgens de AMSTAR 2 methodiek sprake van een matige kwaliteit. Reviews met een lage kwaliteit bevatten één kritische fout met geen of meerdere niet-kritische zwaktes, en reviews met meer dan één kritische fout met geen of meerdere niet-kritische zwaktes worden beoordeeld als reviews met een kritisch lage kwaliteit. De reviews zijn door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld en gescoord. Eventuele verschillende in scores zijn bediscussieerd tot consensus bereikt was.

De geïncludeerde primaire studies zijn beoordeeld aan de hand van de 'standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers' (Kmet et al., 2004, 1). Het voordeel van deze evaluatiemethode is dat deze gebruikt kan worden voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van zowel kwantitatieve als kwalitatieve studies en voor een brede range van studie designs. Diverse aspecten van de studie, gerelateerd aan methodologie en manier van schrijven, worden beoordeeld met een ja (2 punten), gedeeltelijk (1 punt) of met een nee (0 punten). De kwantitatieve studies werden aan de hand van 11 items, waarvan er 6 mogelijk niet van toepassing zijn bij bepaalde studie designs, door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld en gescoord. Eventuele verschillende in scores zijn bediscussieerd tot consensus bereikt was. Vervolgens is er een samenvattende percentage-score voor de studies berekend door het totaal aantal punten voor alle items te delen door de hoogst mogelijke score. De kwalitatieve studies zijn op eenzelfde manier beoordeeld, alleen dan voor 10 items (Kmet et al., 2004). Aan de hand van de samenvattende score zijn de studies onderverdeeld in studies van lage (<0.5), voldoende (0.5-0.7) en hoge methodologische kwaliteit (0.8-1), geïnspireerd op de afkapwaardes gebruikt in bijvoorbeeld Lee et al (2008) en Miljard et al (2013). Zie Bijlage 3 voor de operationalisering gebruikt in deze studie.

2.1.2.2. Sterkte van bewijs

De sterkte van bewijs van de geïncludeerde studies is bepaald aan de hand van het studie design. Voor de indeling van de bewijssterkte van de studies is tabel 1a gebruikt, terwijl tabel 1b is gebruikt voor het bepalen van de sterkte van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies.

Tabel 1a Indeling van sterkte van bewijs van individuele studies (Kalf en de Beer, 2011, hoofdstuk 2)

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

Tabel 1b Niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies (Kalf en de Beer, 2011, hoofdstuk 2)

Hoog	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
Redelijk	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
Laag	1 onderzoek van niveau B of C
Zeer laag	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepsleden

2.2. Interviews

Om inzicht te krijgen in de praktijk van terugkeer naar werk van werknemers met angststoornissen zijn, ter aanvulling op de scoping review, interviews gedaan met verschillende stakeholders in het terugkeer naar werk (TKW)-traject. Deze interviews waren enerzijds gericht op het in kaart brengen van de kennisbehoeften van betrokkenen, en anderzijds op het inzichtelijk maken van praktijkervaringen en het identificeren van best practices ten aanzien van terugkeer naar werk van werknemers met angststoornissen. De interviews hadden een semigestructureerd karakter, waardoor een specifieke focus werd gewaarborgd, maar er tegelijkertijd een bepaalde vrijheid was met betrekking tot wat er tijdens de interviews ter sprake kwam. Recrutering van de respondenten heeft plaatsgevonden via purposeful sampling. Dit betekent dat er doelgericht naar respondenten is gezocht die relevant zijn voor de onderzoeksvraag en representatief zijn om inzicht te krijgen in het terugkeer naar werk proces.

In totaal zijn er 16 interviews gedaan met verschillende betrokkenen die inzicht hebben gegeven in het TKW-traject en de barrières waar men tijdens dit traject tegen aan loopt. De volgende actorgroepen zijn geïnterviewd:

- 12 bedrijfsartsen
- 2 verzekeringsartsen
- 2 psychologen

Alle interviews zijn, met goedkeuring van de geïnterviewden, opgenomen en getranscribeerd. Van alle interviews is een samenvatting gemaakt en ter goedkeuring aan de geïnterviewde voorgelegd. De transcripten zijn gebruikt voor de analyse. Codering van de transcripten heeft plaatsgevonden aan de hand van thematische analyse, waarbij de concepten uit het ICF-model als uitgangspunt zijn gebruikt. Alle interviews zijn door minimaal twee onderzoekers geanalyseerd. De hieruit resulterende coderingsschema's zijn besproken en eventuele verschillende in interpretatie en codering zijn in dialoog aangepast.

2.3. Focusgroep

Ondanks dat het daadwerkelijk ontwikkelen en implementeren van nieuwe richtlijnen voor de bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde geen onderdeel uitmaakt van dit onderzoek, is het voor de inbedding van de actuele kennis wel belang inzicht te krijgen in hoeverre de kennis aansluit bij de kennisbehoeften van bedrijfs-en verzekeringsartsen. Om inzicht te krijgen in de toepassingsmogelijkheden van de gevonden actuele kennis is een focusgroep met bedrijfs- en verzekeringsartsen gehouden. Er was ingezet op drie focusgroepen, helaas zijn vanwege het lage aantal aanmeldingen twee van de focusgroepen geannuleerd.

Deelnemers voor de focusgroep zijn geworven via doelgericht zoeken via bijvoorbeeld het internet. Daarnaast zijn er respondenten aangeschreven die reeds waren benaderd of hadden deelgenomen aan het onderzoek in de vorm van een interview. Hen vroegen we of ze interesse hadden deel te nemen aan de focusgroepen of dat ze mensen kenden die we konden benaderen. Omdat het aantal verzekeringsartsen die hadden toegezegd te willen deelnemen aan de focusgroepen wat achterbleef zijn er op verschillende UWV kantoren posters opgehangen om de focusgroepen onder de aandacht te brengen van een grotere groep verzekeringsartsen. Uiteindelijk hebben in totaal 7 deelnemers deelgenomen aan de focusgroep waarvan 2 verzekeringsartsen en 5 bedrijfsartsen.

De focusgroep duurde ongeveer 2,5 uur en is gefaciliteerd door een ervaren onderzoeker. Om ervoor te zorgen dat de focusgroep inzichten opleverde die relevant waren voor het onderzoek, is vooraf een draaiboek geschreven, bestaande uit vier verschillende interactieve oefeningen waarin de toepasbaarheid van de kennis in de praktijk centraal stond.

Tijdens de focusgroep zijn vier posters met kennispunten voor feedback aan de deelnemers voorgelegd. De kennispunten op de posters waren gebaseerd op de resultaten van de scoping review en de interviews en waren per poster geclusterd op basis van de verschillende factoren in het ICF-model; 'aandoening en behandeling', 'functies en activiteiten', 'persoonlijke factoren' en 'externe factoren'. De deelnemers is gevraagd door middel van het plakken van verschillende icoontjes, aan te geven in hoeverre de kennispunten volgens hen 1) eyeopeners zijn, 2) al toegepast worden in de praktijk, 3) nog niet toegepast worden maar wel toepasbaar zijn, en 4) niet toepasbaar zijn in de praktijk. Vervolgens is uitgevraagd waarom iets wel of geen eyeopener is, wel of niet toepasbaar is in de praktijk, en is er voor een aantal kennispunten in groepjes gebrainstormd hoe deze in de praktijk toegepast zouden kunnen worden.

De focusgroep is opgenomen, waarvoor de deelnemers hun goedkeuring hebben gegeven, en getranscribeerd. Aan de hand van de transcripten is een uitgebreid verslag gemaakt en deze is ter verificatie naar de deelnemers gestuurd. Het verslag en de transcripten zijn gebruikt voor de analyse. De transcripten zijn door minimaal twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. De onderzoekers bespraken gezamenlijk de resultaten van de analyse en eventuele verschillen zijn in overleg aangepast. De resultaten van de focusgroep zijn gebruikt om de uitkomsten van de literatuurstudie te specificeren en te valideren.

2.4. Invitational conference

Een volgende stap in het validatieproces en het in kaart brengen van de toepassingsmogelijkheden van de actuele kennis was de invitational conference, waarin experts vanuit verschillende kennisvelden met elkaar in gesprek zijn gegaan over wat er nodig is om de kennis toepasbaar te maken in de praktijk. Het ging hierbij om kennis met betrekking tot twee ziektebeelden: borstkanker en angststoornissen. Experts in de verschillende gebieden werden op persoonlijke titel uitgenodigd, en uiteindelijk waren er 30 deelnemers bij de conferentie aanwezig vanuit verschillende disciplines en met verschillende achtergronden. Er waren uiteindelijk 6 bedrijfsartsen, 6 onderzoekers, 5 verzekeringsartsen, 4 ervaringsdeskundigen, waarvan 3 betrokken zijn bij coaching, twee Arboverpleegkundigen, 2 beleidsmedewerkers, 2 kennisadviseurs, een opleider, een adviseur, en een arbeidsdeskundige bij de invitational conference aanwezig.

De conferentie bestond uit twee delen. Na een aantal korte introducties, richtte een groot deel van de ochtend zich op het gezamenlijk nadenken over de richting voor de toekomst m.b.t. terugkeer naar werk van mensen met angststoornissen en de rol van kennis daarin. Het gezamenlijk nadenken werd gestructureerd aan de hand van world café discussies. Het world café is een creatief proces om een dialoog tot stand te brengen

en kennis uit te wisselen over een bepaald onderwerp of thema⁵. Om dit creatieve proces te faciliteren waren er zes tafels met elk een eigen thema, namelijk 1) factoren die van invloed zijn op werkgerelateerde uitkomsten bij angststoornissen, 2) samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen, specialisten en werkgevers, 3) interventies om werkgerelateerde uitkomsten te verbeteren: borstkanker, 4) interventies om werkgerelateerde uitkomsten te verbeteren: angststoornis, 5) dilemma's uit de praktijk: borstkanker en 6) dilemma's uit de praktijk: angststoornis. Deze thema's waren geëxtraheerd uit de scoping review, interviews en focusgroepen. In dit rapport zullen alleen de resultaten van tafel 1, 2, 4 en 6 besproken worden.

Per tafel, en dus per thema, waren er twee rondes. Tijdens de eerste ronde werden discussies gevoerd aan de hand van discussiekaarten. Deze discussiekaarten bevatten een stelling, gebaseerd op literatuur, de interviews of de focusgroepen, met daaronder een aantal vragen om de discussie te stimuleren. Deelnemers konden, op basis van hun expertise en interesse, zelf kiezen aan welke tafel ze plaatsnamen. Er was geen facilitator aanwezig bij de discussies, wel liepen een aantal facilitatoren rond en stuurden de discussie waar nodig. Aan het einde van ronde 1 hebben de deelnemers per tafel nagedacht over de meest belangrijke verandering die nodig is in het kader van hun specifieke thema. Het antwoord op deze vraag is vastgelegd op een A4 en vormde de input voor de discussie in ronde 2, waarin deelnemers wederom zelf mochten bepalen aan welke discussie ze wilden deelnemen.

In ronde 2 richtte de discussie zich op het brainstormen over factoren die bij de beoogde verandering een rol zouden kunnen spelen, en welke rol deze factoren zouden moeten spelen om tot de verandering te komen. Uiteindelijk was het doel van deze ronde om een richting voor de toekomst te formuleren, vastgelegd op een pijlbord. Deze richting voor de toekomst bestond uit een WAT: wat moet er in de toekomst veranderd worden? en een WIE: wie moet er in deze verandering de lead nemen? Deze 'richtingen voor de toekomst' zijn tijdens de afsluitende paneldiscussie aangeboden aan degenen die een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij het initiëren van de beoogde verandering.

De discussies, zowel de tafeldiscussies als de paneldiscussie zijn opgenomen met een audiorecorder, waarvoor aan de deelnemers vooraf toestemming is gevraagd. Daarnaast werden door de deelnemers zelf aantekeningen en mindmaps gemaakt op de tafelkleden die op de discussietafels lagen. De audiobestanden zijn getranscribeerd en de aantekeningen zijn uitgewerkt. De transcripten en aantekeningen zijn gebruikt voor de analyse die is gedaan aan de hand van open coderen. Per (relevante) zin is bepaald waar de zin over gaat. Dit is vastgelegd in een code. Vervolgens analyseerde we de samenhang tussen de codes, en formuleerden overkoepelende categorieën. Deze categorieën zijn gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Referenties

- Arksey H, & O'Malley L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*; 8(1):19-32.
- Dijkers, M. (2015) What is a Scoping Review? *KT Update*; 4(1)
- Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *Bmj*, 331(7524), 1064-1065.
- Jaspers, M. W., Smeulers, M., Vermeulen, H., & Peute, L. W. (2011). Effects of clinical decision-support systems on practitioner performance and patient outcomes: a synthesis of high-quality systematic review findings. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(3), 327-334.
- Kalf, H. en Beer, J., de (2011) Richtlijnen en systematische reviews. Evidence based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Tweede druk (eerste druk 2004). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kmet L M, Lee R C, Cook L S. (2004) Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). *HTA Initiative #13*.
- Lee, L., Packer, T. L., Tang, S. H., & Girdler, S. (2008). Self-management education programs for age-related macular degeneration: A systematic review. *Australasian journal on ageing*, 27(4), 170-176.
- Millard, T., Elliott, J., & Girdler, S. (2013). Self-management education programs for people living with HIV/AIDS: a

⁵ www.theworldcafe.nl, bezocht op 1 november 2016

systematic review. *AIDS patient care and STDs*, 27(2), 103-113.

- Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hame, I C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., Henry, D.A.. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008.

Hoofdstuk 3. Algemene beschrijving van geïncludeerde literatuur

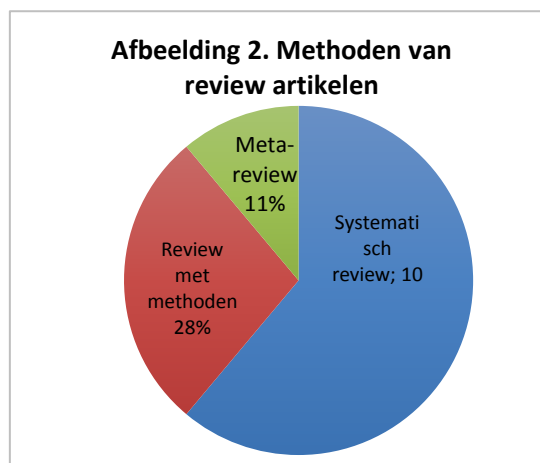
De zoekstrategie heeft 113 artikelen opgeleverd; 17 hiervan waren review artikelen, 13 artikelen gebaseerd op kwalitatief onderzoek, en 83 gebaseerd op kwantitatief onderzoek. Hieronder lichten we dit meer in detail toe. De analyse die we presenteren in hoofdstuk 4 t/m 9 is gebaseerd op deze totale set van artikelen.

3.1. Algemene beschrijving van review artikelen

Tijdens de screeningsfase van de samenvatting hebben wij de literatuurstudies (reviews) gescheiden van de primaire artikelen. In eerste instantie vonden we 68 potentiële reviews. Een strikte lijst van exclusiecriteria werd toegepast op de samenvattingen en de volledige tekst van deze 68 artikelen.

Exclusiecriteria:

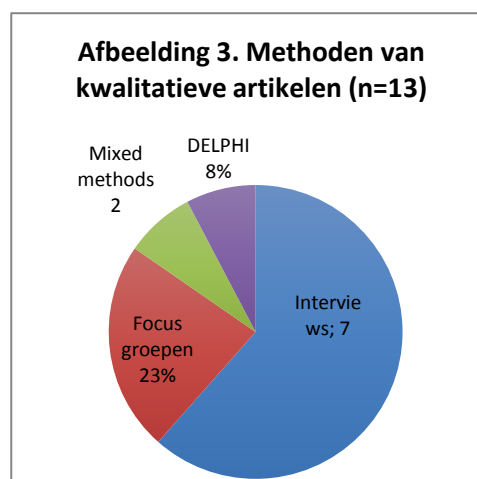
1. Niet Engelstalig of Nederlandstalig
2. Geen melding van angst of één van de uitkomstmaten.
3. Geen link met werkgerelateerde factoren (hetzij in de setting, richting of uitkomsten).
4. Focus op een zeer specifieke, kleine beroepsgroep (bijvoorbeeld: eerste hulp verpleegkundigen, chauffeurs of militair personeel)
5. Geen duidelijke beschrijving van de manier waarop de artikelen zijn geselecteerd en beoordeeld. Artikelen met relevante inhoud, maar geen duidelijke selectieprocedure en beschrijving van de methode, zijn gebruikt voor de discussie van dit rapport.



De definitieve lijst bevat 17 reviews (zie bijlage 1). Van deze 17 artikelen zijn twee artikelen een meta-review, 10 artikelen een systematische review en 5 een literatuuronderzoek met een systematische methode. Alle geselecteerde reviews zijn gepubliceerd na 2006 en alle reviews, twee uitgezonderd, hebben een internationale focus (niet land-specifiek). De land-specifieke reviews zijn gericht op Duitsland en zijn geïncludeerd in het onderzoek. Reviews varieerden in belangrijke mate in het aantal studies dat is geïncludeerd. Het aantal varieerde tussen de 5 en 48 artikelen per review. Enkele van de reviews hebben een kwalitatieve benadering en de andere reviews hebben een kwantitatieve benadering. Slechts 4 artikelen richten zich specifiek op angst en angst-gerelateerde klachten. Een overgrote meerderheid van de studies onderzoekt de resultaten voor angst en depressie gecombineerd.

3.2. Algemene beschrijving van kwalitatieve artikelen

In totaal zijn er 13 kwalitatieve artikelen geïncludeerd. Er is sprake van een grote variëteit in onderzoeksmethoden, zoals een DELPHI-studie en studies gebaseerd op interviews en focusgroepen. Afbeelding 3 laat de gebruikte onderzoeksmethoden zien. De studies zijn uitgevoerd in verschillende landen: te weten Zweden (4), Denemarken (2), Nederland (2), Canada (2), Verenigde Staten (1), Australië (1) en Duitsland (1). De steekproefomvang van de studies varieerde tussen 11 en 25, met uitzondering van vier studies. Studies met een grotere steekproefomvang zijn een DELPHI-studie met 176 participanten (Reavley, Ross, Killackey, & Jorm, 2012); een uitgebreid studie met gemengde methoden van één gemeente in Denemarken met 213 participanten (Martin, Neighbors, & Griffith, 2013); een studie met focusgroepen waaraan 74 mensen deelnamen (C. Haslam, S. Atkinson, S. S. Brown, & R. A. Haslam, 2005b); en een interview



studie met 57 participanten (Hees, Nieuwenhuijsen, Koeter, Bültmann, & Schene, 2012). Het grootste deel van de studies onderzocht de ervaringen en percepties van werknemers met angstklachten of angststoornissen in relatie tot werk (7 studies). In één studie zijn de percepties van gezondheidsprofessionals geïnventariseerd en één studie heeft uitsluitend de perceptie van de werkgever onderzocht. Vier studies presenteren naar de percepties van verschillende groepen belanghebbenden (werkgevers, werknemers, gezondheidsprofessionals, etc.).

Slechts één studie was specifiek toegewijd aan angststoornissen alleen. Deze studie beschrijft hoe traumatische ervaringen uit het verleden de keuze van carrière en het gedrag op de werkplek kunnen beïnvloeden, en hoe bedrijfsartsen, met deze kennis, een succesvolle terugkeer naar werk kunnen faciliteren (Cowls & Galloway, 2009). Vier studies richten zich op angststoornissen en depressie (of op symptomen van angststoornissen en depressie) (Bertilsson, Love, Ahlborg, & Hensing, 2015; Bertilsson, Petersson, Ostlund, Waern, & Hensing, 2013; Haslam, Atkinson, Brown, & Haslam, 2005a; Reavley et al., 2012). De overige studies hebben betrekking op een breed spectrum van algemeen mentale gezondheidsproblemen, waarbij patiënten met angststoornissen of klachten met betrekking tot angststoornissen zijn geïncludeerd.

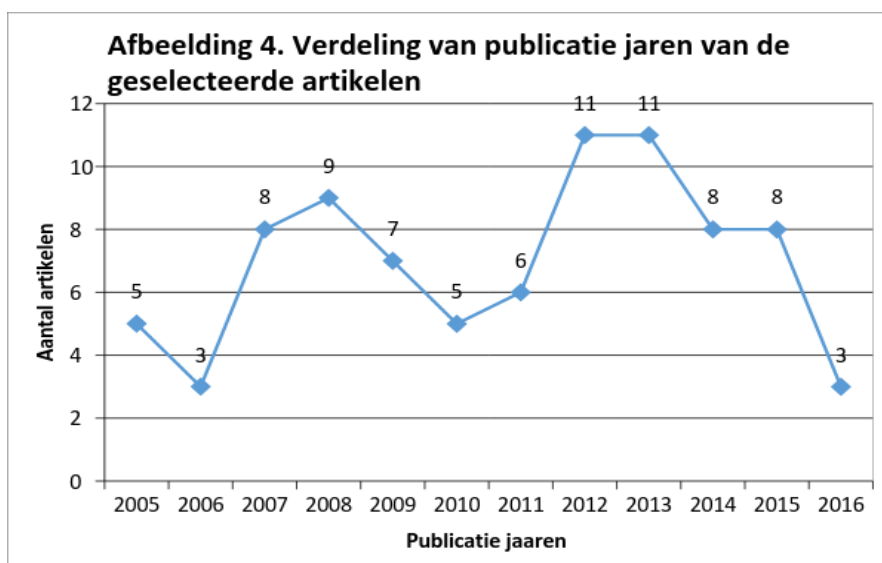
3.3. Algemene beschrijving van kwantitatieve artikelen

Er zijn 83 primaire, kwantitatieve artikelen geïncludeerd in het literatuuronderzoek, die de relatie onderzoeken tussen werkgerelateerde uitkomsten en angstklachten en/of angststoornissen.

De geïncludeerde artikelen zijn gepubliceerd tussen 2005 en 2016. Voor de verdeling over jaren zie afbeelding 4. De meeste studies zijn gedaan in Europese landen (56 studies). Onder de uitzonderingen zijn artikelen uit Australië (9 studies), USA (7 studies), Canada (5 studies), Japan (3 studies), India (2 studies), Mexico (1 studie), en Zuid-Korea (1 studie). Een groot aantal onderzoeken is gedaan in de Nederlandse context (27 studies). Andere Europese landen waar deze studies zijn uitgevoerd zijn onder andere: Noorwegen, Zweden, Duitsland, Denemarken, Finland en Verenigd Koninkrijk.

Focus

In veel van de studies is het type angststoornis niet gespecificeerd; een meerderheid van de artikelen richt zich op of voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen, of op angst en depressie samen. En wanneer de aandoening is gespecificeerd, richten veel artikelen zich op angst of op angst-gerelateerde aandoeningen zoals gedefinieerd in DSM-IV, DSM-5 of ICD10. Hiervan behandelt een meerderheid van de artikelen gegeneraliseerde angststoornissen en paniekstoornissen. Er wordt ook veel aandacht gegeven aan PTSS en fobieën. Naast deze geclassificeerde stoornissen, zijn er ook een aantal artikelen over niet geclassificeerde angstklachten (Netterstrøm, Friebel et al. 2013), werkgerelateerde angst (Muschalla, Linden et al. 2010, McCarthy, Trougakos et al. 2016), werk fobie, etc.



De doelgroepen van de studies zijn erg heterogeen: van mensen met PTSS en werknemers met gediagnosticeerde angststoornissen, tot willekeurige steekproeven van de algemene bevolking. In de meerderheid van de studies gaat het om mensen in de beroepsbevolking (tussen de 18 en 65 jaar).

Streekproefomvang

De steekproefomvang is zeer variabel van 41 tot 13.463. De meerderheid van de artikelen (77) heeft een steekproef van meer dan 100 deelnemers. Diverse artikelen hebben een grote populatie met cohorten van 2000 tot 13.000 deelnemers, maar dergelijke studies zijn relatief zeldzaam (el-Guebaly, Currie et al. 2007, Esposito, Jian et al. 2007, Michon, ten Have et al. 2008, Knudsen, Harvey et al. 2013). Het merendeel van de grote cohortstudies richt zich bijna enkel op de prevalentie van angstklachten in de populatie en de associaties tussen angst en de werkstatus van mensen. De meeste studies hebben ofwel een gelijke sekseverdeling of een groter percentage vrouwelijke deelnemers. Slechts een paar studies, gericht op specifieke bevolkingsgroepen (bijv. stedelijke industriële werknemers, Chakraborty en Subramanya 2013) of mensen die werken in de politiek (McCarthy, Trougakos et al. 2016) hebben een minderheid van vrouwelijke deelnemers.

Design

Een overgrote meerderheid van de studies gebruikt een cross-sectionele studie opzet. Sommige doen herhaalde metingen en andere slechts één meting. De studies die het effect van interventies of screeningsinstrumenten onderzoeken zijn RCTs. Het grootste deel van de gegevens zijn verzameld in de vorm van zelfrapportage onderzoeken of klinische vragenlijsten, terwijl voor sommige studies ook onderzoek is gedaan aan de hand van medische dossiers.

De 83 geïnccludeerde studies zijn geanalyseerd om de volgende vragen te verhelderen: In hoofdstuk 4 wordt de vraag behandeld: wat zijn de meest toegepaste behandelingen en prognose van angststoornissen?; Wat is bekend over de risico's op het ontwikkelen van angststoornissen? wordt behandeld in hoofdstuk 5; Welke factoren van invloed zijn op het ontwikkelen van angststoornissen in de werkcontext en welke factoren van invloed zijn op de arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis, wordt behandeld in hoofdstuk 6 en 7; In hoofdstuk 8 wordt de vraag behandeld: welke instrumenten er zijn om het arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis te beoordelen; het laatste hoofdstuk behandelt de vraag: Welke interventies en programma's er bestaan om arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis te verhogen en wat de effectiviteit daarvan is.

Hoofdstuk 4. Wat zijn de prevalentie, incidentie, (meest) toegepaste behandelingen, en prognose van angststoornissen (in Nederland)?

Om het belang van het onderzoek te ondersteunen, hebben wij eerst de prevalentie en incidentie van angststoornissen in Nederland uiteengezet gebaseerd op gegevens van grootschalig bevolkingsonderzoek (De Graaf et al., 2012). Daarna hebben wij de verschillende richtlijnen geanalyseerd om beter begrip te krijgen van de huidige methoden voor behandeling van angst. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen beschreven.

4.1. Prevalentie en incidentie van angststoornissen in Nederland

Angststoornissen komen veel voor onder de Nederlandse bevolking. Tussen 2007 en 2012 is een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder de naam 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2) naar, onder andere, het psychisch welzijn van Nederlandse volwassenen (De Graaf et al., 2010 ;De Graaf et al., 2012). Uit dit representatieve bevolkingsonderzoek, waar 6.646 personen tussen de 18 en 64 jaar voor werden geïnterviewd, kwam naar voren dat ongeveer 10,1% van de Nederlandse volwassenen in de 12 voorgaande maanden leed aan een angststoornis (De Graaf et al., 2012). Verder bleek dat ongeveer 19,6% ooit in hun leven aan een angststoornis leed (De Graaf et al. 2010). Tot de meest voorkomende angststoornissen behoren sociale fobie (7,7%), specifieke fobie (5,5%) en gegeneraliseerde angststoornis (3,6%) (De Graaf et al. 2010). Angststoornissen lijken meer voor te komen onder vrouwen dan bij mannen (De Graaf et al., 2012). Dit bevestigt het geschetste beeld dat veel gevallen onopgemerkt blijven of verkeerd worden gediagnosticeerd, zie BOX 1. Dit heeft onder andere te maken met de verschillende typen angststoornissen die zich op verscheidene manieren uiten en een uniek verloop hebben.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 1. Beperkte onderkenning angststoornissen

Een terugkerend thema in de interviews is dat angststoornissen nog te weinig onderkend worden. Volgens participanten komt dit voor onder zowel patiënten als hulpverleners uit de algemene en geestelijke gezondheidszorg.

"Angst wordt vaak niet onderkent maar ook niet door psychologen, door huisartsen vaak ook niet. Bedrijfsartsen vaak niet, ik betrap mijzelf er ook vaak op"

Een mogelijke verklaring die in de interviews naar voren komt is dat angststoornissen vaak gepaard gaan met andere aandoeningen, waardoor zij lastig te onderscheiden zijn. Daarnaast beschrijven deelnemers van de invitational conference en de interviews dat er onder bepaalde groepen een mentaliteit heerst die het bespreekbaar maken van angstklachten belemmert.

"Een van de dingen die wel meespelen, is dat het natuurlijk een machocultuur is. De mannen die ik spreek, laten het ook niet zien totdat er een knak is. De cultuur is zo: als je tot drie uur moet werken, doe je nog even een bakkie, hang je rond tot vier"

4.2. Behandelingen voor angststoornissen

Zorgprogramma's voor angststoornissen worden beschreven in het Zorgpad Angststoornissen, gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met angstproblematiek (2014). In het huidige beleid worden patiënten waarbij het vermoeden is van een angststoornis verwezen naar de huisarts. Wanneer er sprake is van een angststoornis zal behandeling worden gestart uitgaande van het *stepped-care* model. Dit houdt in dat waar het mogelijk is vooral lichte interventies worden toegepast en zwaardere behandelingen slechts voorgeschreven worden waar nodig.

In de huidige Nederlands Huisartsen Genootschap-Standaard Angst (2012) wordt onderscheid gemaakt tussen angstklachten en angststoornissen. De aanwezigheid van angstklachten, beschreven als 'normale angst', geeft een verhoogd risico op een angststoornis. Voor angstklachten wordt in eerste instantie voorlichting met

regelmatige controles voorgeschreven en kan eventueel *problem-solving treatment* (PST) worden toegepast. Deze behandeling kan door getrainde hulpverleners in de eerste lijn worden toegepast en draait om het oplossen van problemen in het dagelijks leven van de patiënt om psychische klachten te verminderen.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 2. Richtlijnen

Een terugkerend thema in de interviews is dat de huidige richtlijnen voor diagnostisering en behandeling van angststoornis niet praktisch genoeg zijn. *“Ik heb toevallig recent de richtlijnen doorgenomen. Ik heb het gevoel dat de richtlijnen toch best ver van de realiteit af zijn”*. Er wordt aangegeven dat huidige richtlijnen te vaak gericht zijn op de diagnose afbakenen en de complexiteit en individualiteit van angststoornissen onvoldoende meenemen.

“Laat mij het eerste onderzoek zien dat ik direct kan vertalen naar een persoon die tegenover in de spreekkamer. Met een soort blauwdruk die ik erop kan leggen, nou die is er niet.”

De bedrijfsartsen geven aan dat richtlijnen met betrekking tot het proces van diagnose en behandeling beter recht zouden doen aan het individuele karakter van angststoornissen.

“Dat is heel ingewikkeld en individueel waarin zoveel zaken tegelijk zijn gebeurd dat ik mij wel kan voorstellen dat je in een richtlijn kan plaatsen zorg voor een goede anamnese zorg dat je aan alles aandacht besteed.”

Hoewel er door de meeste participanten een behoefte uitgesproken wordt voor betere, praktijkgerichte richtlijnen, wordt er door sommigen ook een kritische noot geplaatst bij het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen. Een verzekeringsarts merkt op:

“Nu zeg ik iets wat ik eigenlijk helemaal niet mag zeggen. Hoe zinnig is het om nog een verzekeringsgeneeskundig protocol over deze onderwerpen te schrijven? Zou je niet moeten aansluiten bij een of ander bestaande multidisciplinaire richtlijn?”

In het Zorgpad Angststoornissen (2014) worden vier behandelinterventies beschreven voor patiënten met angstproblematiek, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen en de NHG-Standaard Angst:

- 1) basisinterventies;
- 2) begeleide zelfhulp/e-health, fysieke inspanning, en psychosociale interventies;
- 3) kortdurende psychologische behandeling;
- 4) medicatie en psychotherapie.

Wanneer er sprake is van een angststoornis wordt altijd gestart met basisinterventies zoals voorlichting en zal verdere behandeling afhangen van de ernst van de klachten, het type angststoornis en eventuele comorbiditeit. Bij posttraumatische stressstoornis (PTSS) of obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) kunnen patiënten verwezen worden voor specialistische behandeling zoals *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR). In de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis, specifieke fobie en hypochondrie staat cognitieve gedragstherapie (CGT) centraal. Daarbij kan in sommige gevallen ook medicatie voorgeschreven worden, eventueel in combinatie met enigerlei vorm van psychotherapie.

Naast het geven van voorlichting wordt in eerste instantie begeleide zelfhulp gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische technieken voorgeschreven. Dit kan bijvoorbeeld onder begeleiding van de huisarts of op afstand met behulp van e-health toepassingen. Hierbij gaat de patiënt zelf aan de slag met informatie uit boeken of van internet om controle te krijgen op de angst. De hulpverlener begeleidt door vragen te beantwoorden, te motiveren en de voortgang te bespreken. Er worden geen specifieke methoden genoemd in de NHG-Standaard. Voor informatie over actuele zelfhulpmiddelen wordt verwezen naar de stichting Angst, Dwang en Fobie. In het Zorgpad Angststoornissen (2014) wordt voor informatie over begeleide zelfhulpinterventies verwezen naar www.angstklachten.nl.

Een tweede behandeloptie die wordt gegeven in de NHG-Standaard is cognitieve gedragstherapie onder begeleiding van een psycholoog of psychiater. Deze vorm van therapie draait om het aanpassen van cognities en gedrag rondom angsten. Er wordt patiënten geleerd te reflecteren op bepaalde angstige gedachten die de stoornis in stand kunnen houden. Door nieuwe gedachtepatronen aan te leren kunnen patiënten deze negatieve cirkel doorbreken. Daarnaast wordt gedrag van patiënten aangepakt wat de angststoornis in stand kan houden. Vaak zijn dit gedragsvormen als vermijding die de angst op korte termijn verminderen, maar op de lange termijn juist in stand houden. Onderdeel van de gedragsaanpak is bijvoorbeeld afspraken maken met de patiënt en *exposure in vivo*. Naast cognitieve gedragstherapie wordt recentelijk steeds vaker op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) voorgeschreven, wat effectief blijkt bij veel angststoornissen.

Bij angststoornissen kan ook medicamenteuze behandeling voorgeschreven worden, eventueel in combinatie met niet-medicamenteuze behandelingen. De voornaamste geneesmiddelen die gebruikt worden zijn selectieve serotonine heropname remmers (SSRI), tricyclische antidepressiva (TCA) en bètablokkers. Antidepressiva als SSRI en TCA hebben bij de meeste angststoornissen een positief effect. Hierbij is er een lichte voorkeur voor SSRI vanwege de bijwerkingen, dosering en daarbij horende therapietrouw. Tot de voorgeschreven SSRI horen sertraline, paroxetine en citalopram. Onder de voorgeschreven TCA vallen clomipramine en imipramine. Bij beide type medicaties wordt gestart met een lage dosis die na twee weken kan worden opgehoogd tot een streefdosis. Wanneer de medicatie voldoende effect heeft wordt het ten minste zes tot twaalf maanden na remissie gecontinueerd, waarna het in een of twee maanden wordt afgebouwd. Voor examen- of podiumvrees kan incidenteel de bètablokker propranolol worden gebruikt.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 3. Beloop van behandelproces

In de interviews wordt veel aandacht geschonken aan het beloop van het behandelproces. Deelnemers onderschrijven het belang van het voorkomen van vertraging in de behandeling van angststoornissen, omdat dit de terugkeer naar werk kan belemmeren. Een terugkerend thema is dat patiënten vaak onnodig veel stappen moeten doorlopen om tot de juiste behandeling te komen.

“Dan zeg je je moet naar de huisarts toe en voordat diegene medicatie heeft en bij een psycholoog is die de angststoornis kan behandelen zijn we al twee maanden verder. Daar valt wel winst te behalen in Nederland.”

Volgens de bedrijfsartsen blijven patiënten te vaak hangen in de start van het behandelproces, waarbij een raktijkondersteuner als eerste behandelaar optreedt, maar daar niet altijd de juiste capaciteiten voor heeft. Een bedrijfsarts zegt over de rol van de POH:

“Die gooit er een aantal gesprekken tegenaan en als het dan te weinig effect heeft dan pas worden mensen doorgestuurd zorgt voor een gigantische vertraging waardoor mensen heel lang weg van de arbeidsmarkt zijn lang van de arbeidsmarkt weg zijn heeft al een verzuimend effect in zich.”

De vertraging die in behandelprocessen optreedt wordt gezien als een belangrijke belemmering voor de terugkeer naar werk van patiënten. In de interviews komt herhaaldelijk naar voren dat het bij angststoornissen juist belangrijk is om patiënten zo snel mogelijk weer taken op te laten pakken om *“de regie weer in handen te krijgen”*. Een punt van frustratie bij de deelnemers is dat andere betrokken behandelaars nog weleens te veel meegeven met patiënten, waardoor de patiënten niet of te weinig geactiveerd worden.

“Vaak huilen behandelaars mee en zijn ze te weinig directief en dan gebeurt er ook helemaal niks, iemand voelt zich beroerd en blijft angstig en, nou ja, er gebeurt helemaal niks. Maar zo iemand krijg ik dan niet gemotiveerd”.

Referenties

De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 27.

De Graaf R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hassink -Franke L., Terluin B., Heest F. van, Hekman J., Marwijk H. van, Avendonk M. van. (2012). NHG-Standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts Wet.* 55(2):68-77

Trimbos Instituut (2014). Zorgpad Angststoornissen (herziene versie november 2014). Utrecht.

Hoofdstuk 5. Risicofactoren voor het ontwikkelen van angststoornissen

In dit hoofdstuk bespreken we welke risico's er zijn gevonden voor het ontwikkelen van angststoornissen in de werkcontext. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat zowel persoonlijke als omgevingsfactoren een rol spelen bij het ontwikkelen van angststoornissen. Het gaat hierbij zowel om geclassificeerde angststoornissen als om angstklachten.

5.1. Persoonlijke factoren

De invloed van persoonlijke factoren op het risico van het ontwikkelen van angststoornissen werd alleen in de kwantitatieve artikelen besproken.

In sommige studies is vooral onderzoek gedaan naar demografische aspecten die van invloed zijn op het ontwikkelen van een angststoornis. Verschillende onderzoeken beschrijven dat vrouwelijke werknemers een groter risico hebben op het ontwikkelen van angstklachten en vaker een langdurig ziekteverzuim hebben (Foss et al., 2010; LaMontagne et al., 2012).

Eén review onderzocht de impact van persoonlijke factoren op angstklachten in relatie tot werk (Cornelius et al., 2011). De factoren die verband houden met een hoger risico op de ontwikkeling van een beperking door mentale en geestelijke gezondheidsklachten is socio-economische status (SES). Cornelius et al. (2011) onderzochten de invloed van biologische factoren op het risico van het ontwikkelen van een angststoornis. Volgens deze systematische literatuurreview zijn hogere leeftijd en het vrouwelijke geslacht risicofactoren voor het ontwikkelen van een angststoornis (Cornelius et al., 2011).

Uit de studie van LaMontagne et al. (2012) is gebleken dat een hogere leeftijd een risicofactor is voor verscheidene mentale gezondheidsproblemen, waaronder angststoornissen. Ditzelfde onderzoek laat ook zien dat jongvolwassenen, die recent uit elkaar zijn gegaan of alleenstaand zijn en veel uren werken, een significant hoger risico hebben op het ontwikkelen van een angststoornis.

Toewijding aan werk en een energieke werkwijze zijn onderzocht in een Noorse studie van Innstrand et al. (2012) Aan het onderzoek namen 3475 participanten deel vanuit verschillende beroepsgroepen: leraren, advocaten, buschauffeurs, etc. De onderzoekers vonden dat een energieke werkwijze op T1 negatief geassocieerd was met het risico op de ontwikkeling van angstsymptomen op T2 (2 jaar later), terwijl een hoog niveau van toewijding op T1 positief geassocieerd werd aan de angstsymptomen op T2.

LaMontagne et al. (2012) hebben in hun werk aangetoond dat volwassenen, met niet-traditionele genderrollen in de werkomgeving, een significant hoger risico hebben op het ontwikkelen van angst

5.2. Omgevingsfactoren

In het huidige onderzoek zijn enkel werkgerelateerde omgevingsfactoren onderzocht. Die factoren werden zowel in reviews als in kwantitatieve artikelen besproken. In het onderstaande stuk beschrijven wij de resultaten van de verschillende typen artikelen en vatten deze samen in een tabel.

Reviews: De reviews onderzochten werkgerelateerde omgevingsfactoren en hun effect op de geestelijk gezondheid (o.a. het risico op angststoornis en de ernst ervan). Onder de reviews in deze groep vallen degenen die onderzoek doen naar de invloed van werkgerelateerde factoren (bijv. werkloosheid, de kwaliteit en de continuïteit van de professionele zorg en de ondersteuning door begeleiders) op het risico op de ontwikkeling van een angststoornis-gerelateerde beperking of sneller herstel van de symptomen (Cornelius, Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011). De studie van Cornelius et al. (2011) onderzoekt de associatie tussen de bovengenoemde factoren en arbeidsongeschiktheidsuitkering. De uitkomst van het onderzoek is dat er beperkt bewijs is voor bovengenoemde associaties.

Andere studies hebben het mogelijke verband onderzocht tussen werken na de pensioengerechtigde leeftijd en het risico op angstklachten (Maimaris, Hogan, & Lock, 2011) of het werken van langere dagen en angststoornissen en/of angstklachten (Bannai & Tamakoshi, 2014; Nicolle-Mir, 2014). Het werken na de

pensioengerechtigde leeftijd bleek een positief effect op de geestelijke gezondheid te hebben (Maimaris et al., 2011), terwijl het werken van langere dagen het risico op de ontwikkeling van een angststoornis verhoogt (Bannai & Tamakoshi, 2014; Nicolle-Mir, 2014). Een artikel onderzocht de rol van de werkgelegenheid als een sociale determinant van de gezondheid door middel van het bestuderen van het verband tussen de arbeidssituatie en de geestelijke gezondheid (Hergenrather, Zeglin, McGuire-Kuletz, & Rhodes, 2015). Het hebben van werk is geassocieerd met een verbetering van de geestelijke gezondheid (lagere psychologische distress, depressie en angst), terwijl werkloosheid gecorreleerd was met een verslechtering van de geestelijke gezondheid (verhoogde depressie, angst en distress).

De laatste studie van White et al. 2013 onderzocht veranderbare werkgerelateerde factoren die een invloed hebben op het risico van beperkingen als gevolg van geestelijke gezondheidsproblemen (White et al., 2013). De auteurs vonden dat sociale steun, verhoogde fysieke eisen van het werk, spanning op het werk, het ontbreken van steun van de begeleiders, verhoogde werkdruk, lage werktevredenheid, lage werknemer controle over de inhoud en functies van een baan en slecht leiderschap de factoren zijn die een rol spelen bij het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen en het verergeren van symptomen.

Kwantitatieve: Ten eerste blijkt werk zelf een beschermende factor tegen angst en angstklachten te zijn voor mannelijke en vrouwelijke werknemers zonder kinderen (Plaisier et al., 2008). In deze studie is gebruik gemaakt van een steekproef uit de data van de Nederlandse NEMESIS-studie van 3.857 volwassenen tussen de 25-55 jaar. De onderzoekers hebben geanalyseerd welke associaties er zijn tussen (combinaties van) sociale rollen (werknemer, partner en ouder) en de prevalentie van angst- en depressiestoornissen, en of sociale rollen bijdragen aan de verklaring dat er een vrouwelijke dominantie is bij deze aandoeningen. De resultaten laten zien dat een voltijd dienstverband een groot voordeel is voor de mentale gezondheid van mannen, en het hebben van geen baan of een deeltijdbaas was sterk geassocieerd met slechte mentale gezondheidscondities onder mannen, maar niet onder vrouwen (Plaisier et al., 2008). Over het algemeen stelt de studie dat werkende vrouwen, zonder kinderen, een betere mentale gezondheid hebben dan niet-werkende vrouwen.

Een Zweedse studie die de gegevens analyseerde van 672 werkende volwassenen (met en zonder angststoornis) laat zien dat arbeidsvoorwaarden een significante invloed hebben op het risico op de ontwikkeling van angst en ziekteverzuim (Waldenström et al., 2008). Het onderzoek laat zien dat verminderde instrumentele, collegiale ondersteuning en verslechterde psychosociale kenmerken van de werkomgeving een negatief effect hebben op angstklachten. Het is echter belangrijk te vermelden dat dit negatieve effect op depressie significant is maar dat dit niet voor angst geldt. Deze resultaten worden gedeeltelijk ondersteund door de resultaten van een Noorse studie (Foss et al., 2010). In hun werk, op basis van een steekproef van 8.333 werknemers die risico lopen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, hebben ze aangetoond dat algemene mentale *distress* en verminderde steun van de leidinggevende een significant effect heeft op het risico op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Daarnaast concluderen ze dat de werkomgeving mensen mentale problemen kan geven in plaats van dat een slechte geestelijke gezondheid leidt tot het kiezen van een baan met een slechte werkomgeving. Verder bleek dat de aard van de werkzaamheden effect heeft op het risico op het ontwikkelen van angstklachten en het risico op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Een Noorse studie van Torske (2015) toont aan dat boeren een tweemaal zo hoog risico hebben om een arbeidsongeschiktheidsuitkering te krijgen (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht HR 2,07, 95% CI 1,80-2,38) dan hoger opgeleide werknemers (Torske, Hilt, Bjørngaard, Glasscock, & Krokstad, 2015). Dit wordt verder beïnvloed door de aanwezigheid van angstsymptomen. Boeren met angstklachten hebben een 51% verhoogd risico op arbeidsongeschiktheidspensioen dan boeren zonder angstklachten (HR 1,51, 95% CI 1,23-1,86).

De grootste voorspeller voor de ontwikkeling van angstklachten en angst-gerelateerd ziekteverzuim blijkt het werken van meer uren te zijn. Deze link is in verschillende studies onderzocht. Een Japanse studie analyseerde de kenmerken van 715 mannelijke dagdienst werkers in een chemische fabriek, waaruit bleek dat het werken van meer uren een significante factor is voor de ontwikkeling van angst (Nagashima et al., 2007). Zij concludeerden dat de werkuren minder dan 260 uur per maand moeten zijn om vermoeidheidsklachten bij mannelijke dag arbeiders te minimaliseren in Japan (Nagashima et al., 2007). Deze resultaten worden ondersteund door een Nederlandse studie, op basis van de NEMESIS-studie, die heeft aangetoond dat het

werken van lange dagen een verhoogd risico geeft op de ontwikkeling van angst en angstklachten bij mannen (Plaisier et al., 2008).

Een Britse studie heeft ook onderzoek gedaan naar de associatie tussen lange werkdagen en het ontstaan van angst- en depressie symptomen bij werknemers van middelbare leeftijd (Virtanen et al., 2011). De studie bevatte een steekproef van 2.960 werknemers en liet een gevarieerd patroon zien. De studie suggereert dat er een associatie is tussen lange werkdagen en daaropvolgende depressieve en angstklachten, met name onder vrouwen. De auteurs suggereren dat er verder onderzoek moet worden gedaan naar de causaliteit van de associatie. Als dit bevestigd wordt zouden lange werkdagen erkend moeten worden als een mogelijke risicofactor voor het ontwikkelen van angst en depressie bij vrouwen (Virtanen et al., 2011).

Een Australische studie van 1.087 werkende volwassenen heeft ook aangetoond dat lange werktijden de enige gemeten werkgerelateerde factor was die geassocieerd bleef met een slechte geestelijke gezondheid na correctie voor sociaal demografische factoren (LaMontagne et al., 2012).

Tabel 2 Factoren die risico van ontwikkelen van angststoornis beïnvloeden

Categorie / factor	Aantal studies	Referentie	Geassocieerd met een risico voor het ontwikkelen van angstklachten en/of een angststoornis (+ positieve, - negatieve associatie)	Sterkte van bewijs
Persoonlijke factoren				
Geslacht (vrouwelijk)	2	Foss et al., 2010; LaMontagne et al. 2012	+	Redelijk
Hoge leeftijd	2	Cornelius et al., 2011 LaMontagne et al. 2012	+	Hoog
Lage SES	1	Cornelius et al., 2011	+	Hoog
Energieke werkwijze	1	Innstrand et al., 2012	-	Hoog
Toewijding	1	Innstrand et al., 2012	+	Hoog
Niet-traditionele gender rollen	1	LaMontagne et al. 2012	+	Hoog
Reactie op werkgerelateerde stress	1	Foss et al., 2010;	+	Redelijk
Omgevingsfactoren				
Lange werkdagen	4	Virtanen et al., 2011; Bannai & Tamakoshi, 2014; Nicolle-Mir, 2014; Nagashima et al., 2007	+	Laag/ redelijk
Het ontbreken van ondersteunende werkcondities en steun van leidinggevende	3	Cornelius et al., 2011; Sanderson et al., 2008 White et al., 2013; Waldenström et al., 2008	-	Hoog
Werkloosheid	2	Cornelius et al., 2011; Plaisier et al., 2008	-	Redelijk/hog
Hoge werkdruk	1	Melchior, Berkman, Niedhammer, Zins, & Goldberg (2007)	+	Laag
Soort werk (boer)	1	Torske et al., 2015	+	Hoog
Lage kwaliteit van- en discontinuïteit in de professionele zorg	1	Cornelius et al., 2011	+	Hoog
Werken na de pensioengerechtigde leeftijd	1	Maimaris et al., 2011	-	Redelijk
Arbeidssituatie	1	Hergenrather et al., 2015	Hebben van werk – positief; werkloosheid - negatief	-
Ontbreken van sociale steun, verhoogde fysiek eisen van het	1	White et al., 2013	+	Hoog

werk, spanningen op
het werk, het
ontbreken van
ondersteuning van de
begeleiders, verhoogde
werkdruk, lage
werktevredenheid, lage
werknemers controle
van de baan, en slecht
leiderschap

Hoofdstuk 6. De invloed van een angststoornis op (de prognose voor) arbeidsparticipatie

De invloed van angststoornissen op de arbeidsparticipatie werd zowel in de reviews als in de kwalitatieve en kwantitatieve artikelen besproken. Om de resultaten uit het literatuuronderzoek overzichtelijk te presenteren beschrijven wij eerst de resultaten van reviews, gevolgd door de resultaten van de kwalitatieve artikelen en kwantitatieve studies. De resultaten worden samengevat weergegeven in een tabel.

Review: Slechts één van de reviews brengt recente, beschrijvende en sociaal-epidemiologische studies naar geestelijke stoornissen op de werkplek samen, inclusief de prevalentie, participatie, arbeidsongeschiktheid, en de impact van de kwaliteit van werk. Het tweede doel van deze review was om de gevolgen te bespreken van het identificeren van targets voor klinische en preventieve interventies (Sanderson & Andrews, 2006). Onder de belangrijkste resultaten voor werknemers met een angststoornis is het feit dat de aanwezigheid van angststoornissen meestal in verband wordt gebracht met presentisme en niet met ziekteverzuim. Ook lijken mensen met fobieën en angststoornissen een hogere arbeidsparticipatiegraad te hebben dan mensen met andere aandoeningen (Sanderson & Andrews, 2006).

Kwalitatieve artikelen: Twee kwalitatieve artikelen onderzochten het effect van angst op het werk en de werksituatie van de patiënten.

Eén artikel presenteert onderzoek naar het effect van angst op het werk en de werksituatie van de patiënten met angststoornissen (en depressie). In deze studie onderzochten Haslam et al. (2005) de effecten van angst en depressie en de behandelingen van deze condities op de prestatie en de veiligheid van de werkplek. Tijdens het onderzoek werden negen focusgroepen gehouden met werkende mensen die angststoornissen en/of depressie hebben. Daarnaast waren er drie focusgroepen met deelnemers vanuit HR en arbodienst. In totaal zijn 74 individuen geïncludeerd (18-60 jaar oud). De resultaten werden aan een panel van arbeidsgezondheidsexperts gepresenteerd zodat zij mogelijke klinische implicaties konden bediscussiëren. Eén van de onderwerpen tijdens deze discussie was het effect van medicatie op de arbeidsprestatie. Werknemers gaven aan dat zowel medicatie als de symptomen hun werkprestatie verminderde. Zij beschreven een aantal ongelukken (inclusief arbeidsletsels) die hadden bijgedragen aan hun conditie of bijwerkingen van hun medicatie. De participanten merkten op dat zij grotendeels onvoorbereid waren op het feit dat de medicatie een negatieve invloed zou kunnen hebben op hun gezondheid en kwaliteit van leven. Mede door deze bijwerkingen, gaf meer dan tweederde van de participanten aan dat zij hun medicatie niet innamen. Ondanks dat er ondersteuning nodig was om werknemers te helpen in het omgaan met deze situatie, waren zij twijfelachtig om hun angststoornis te melden wegens hun angst voor stigma.

Kwantitatieve: Er zijn 30 studies geïdentificeerd die de effecten van aandoening-gerelateerde factoren op de arbeidsparticipatie onderzocht hebben. De meest onderzochte factor was de aanwezigheid van een diagnose van angststoornis zelf, of een voorgeschiedenis van angststoornissen. Dit blijkt een sterk negatieve invloed te hebben op de werkgerelateerde uitkomsten: verhoogde kans op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, verhoogd risico van vertraagde terugkeer naar werk, etc. Ook lijkt de voorgeschiedenis van de angststoornis een negatieve invloed te hebben op de uitkomsten van de huidige episode van angstproblemen.

Twee studies (Hilton et al., 2009; Prang et al., 2016) lieten zien dat, tegen de verwachtingen in, medicatie en andere behandelingen een negatieve invloed lijken te hebben op terugkeer naar werk. Een van de verklaringen hiervoor is dat indien mensen medicatie krijgen, de symptomen van angst ernstiger zijn.

Een aantal studies (Matthews, 2005; Bystritsky et al., 2010; Stein et al., 2005; Muschalla & Linden, 2014) laat zien dat verschillende angststoornissen verschillende effecten op werkgerelateerde uitkomsten hebben. Van alle angststoornissen die in de praktijk beschreven worden, hebben PTSS (Post-traumatische stress stoornis), paniekstoornis en werk-relateerde angst de sterkste negatieve invloeden op de werkgerelateerde uitkomsten: terugkeer naar werk, duur van ziekteverzuim etc.

In een studie van Banerjee et al. (2014) is onderzocht of de duur van een gegeneraliseerde angststoornis (GAD) invloed heeft op werkgerelateerde uitkomsten. Uit de studie is gebleken dat de duur van een episode van de gegeneraliseerde angststoornis het meest schadelijk is voor de werkgerelateerde uitkomsten, gevolgd door

symptomen gerelateerd aan problemen met het onder controle houden van piekeren en symptomen van piekeren, angsten en nervositeit, die emotionele stress bij zowel mannen als vrouwen veroorzaken. Er zijn geen significante nadelige effecten van een paniekaanval en sociale fobie op werkgerelateerde uitkomsten gevonden.

Tabel 3 *Effect van aandoening-relateerde factoren op arbeidsparticipatie*

Factor	Aantal studies	Referentie	Significant effect op arbeidsparticipatie	Sterkte van bewijs
Diagnose van angststoornis (of andere psychiatrische aandoening) en/of symptomen van angst en/of voorgeschiedenis van angststoornis	25	Belleville et al., 2012 Bouwmans et al., 2014 Buist-Bouwman et al., 2005 Chakraborty & Subramanya, 2013 D'Souza et al., 2006 Erickson et al., 2009 Esposito et al., 2007 Flach, Groothoff, Krol, & Bültmann, 2012 el-Guebaly et al., 2007 Hendriks et al., 2015 Plaisier et al., 2012 Knudsen et al., 2013 Matthews, 2005 Muñoz, Medina-Mora, Borges, & Zambrano, 2007 Muschalla & Linden, 2012 Muschalla, 2016 Roelen et al., 2014 Ruitenburg, Frings-Dresen, & Sluiter 2012 Stein et al., 2005 Sudhir et al., 2012 Torvik et al., 2014 Waghorn et al., 2005 Wedegaertner et al., 2013 Zatzick et al., 2008	Negatief	Hoog
Diagnose van angststoornis	1	Sanderson & Andrews, 2006	Negatief, maar wel gelinkt aan presentisme	Hoog
Medicatie of andere behandeling	3	Haslam & Atkinson et al., 2005 Hilton et al., 2009 Prang et al., 2016	Negatief	Redelijk
PTSS en/of Paniek stoornis	4	Bystritsky et al., 2010 Matthews, 2005 Matthews, Harris, & Cumming 2009 Stein et al., 2005	Negatief	Redelijk
Werkplekfobie of werkstress	2	Muschalla et al., 2010 Muschalla & Linde, 2014	Negatief	Redelijk
Geschiedenis van ziekteverzuim	2	Prang et al. 2016 Sanderson et al., 2008	Negatief	Redelijk
Lengte van de GAD (angststoornis) periode	1	Banerjee, Chatterji, & Lahiri, 2014	Negatief	Laag

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 4. Angst en comorbiditeiten

De relatie tussen angst en comorbiditeiten werd zowel in de interviews als in de focusgroep besproken.

Een van de thema's betrof de vele verschillende vormen van angststoornissen en de bijbehorende achtergrond: *“De variaties in angststoornissen maakt het ingewikkeld om tot een goed advies te komen”*. Daarnaast werd tijdens de focusgroep door iedereen benadrukt dat de verschillende angststoornissen niet passen in de huidige richtlijnen en deze daardoor moeilijk te gebruiken zijn. De invloed van angst op werk is persoonlijk en uniek: *“de ene angst is helemaal niet beperkend voor bepaalde werkzaamheden en voor andere werkzaamheden wel.”*

Comorbiditeiten zijn ook van belang voor het terugkeerproces. In de focusgroep en interviews werd benoemd dat een comorbiditeit met verslavingen leidt tot een belemmering in het terugkeerproces. Hierbij wordt aangegeven dat het prioriteren van bepaalde onderdelen van het behandelproces weerstand kan oproepen bij cliënten en kan leiden tot stagnatie.

“Behandelland zegt eerst alcoholprobleem oplossen, dan de angststoornis, maar dat willen die mensen vaak helemaal niet. Zij willen van hun angst af. Daar hebben zij het meeste last van. Hierdoor ontstaat dus dat mensen niet meewerkend zijn en gebeurt er dus niks.”

In de interviews komt naar voren dat het belangrijk is om comorbiditeit te onderkennen en mogelijkheden te verkennen voor gecombineerde behandelingen. De deelnemers erkenden ook dat comorbiditeit met andere ziektebeelden het stellen van een diagnose lastig kan maken wat een negatief effect kan hebben op een spoedige werkhervatting.

Hoofdstuk 7. De invloed van de persoonlijke, omgevings- en activiteiten gerelateerde factoren op de werkgerelateerde uitkomsten van mensen met een angststoornis

Er zijn één review en 43 kwantitatieve studies gevonden die een of meerdere effecten op de arbeidsparticipatie onderzocht hebben. De resultaten zullen hieronder in de 3 secties van het model worden besproken: effect van persoonlijke factoren op werkgerelateerde uitkomsten, effect van omgevingsfactoren (incl. werkcontextgerelateerde factoren als type werk, grootte van de organisatie, mate van begeleiding en ondersteuning) en effect van functioneren en activiteiten gerelateerde factoren (i.e. stress resistentie, timemanagement etc.). Met werkgerelateerde uitkomsten worden alle uitkomsten bedoeld die op de één of andere manier gelinkt zijn aan werk, zoals terugkeren naar werk, verminderd ziekteverzuim, arbeidsproductiviteit etc.

7.1 Invloed van persoonlijke factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Van de geïdentificeerde kwantitatieve studies, hebben er 9 onderzoek gedaan naar de invloed van persoonlijke factoren op werkgerelateerde uitkomsten. Alle studies hebben kwantitatieve data verzameld. De factoren die onderzocht zijn waren: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, geschiedenis van traumatische ervaringen, sociaal economische status en extravertie en georganiseerde persoonlijkheid. Alle deze factoren blijken statistisch significante effecten te hebben op de werkgerelateerde uitkomsten voor mensen met angststoornissen en andere psychiatrische problemen.

Tabel 4 Effect van persoonlijke factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Factor	Referentie	Significant effect op arbeidsparticipatie	Sterkte van bewijs
Leeftijd	Prang, Bohensky, Smith, & Collie (2016)	↑ leeftijd → ↑ risico op vertraagd TKW	Hoog
	Gjesdal, Ringdal, Haug, & Gunnar Mæland (2008)	↑ leeftijd → ↑ risico op transitie van ziekteverzuim naar arbeidsongeschiktheidsuitkering	Hoog
	Cornelius et al. (2011)	↑ leeftijd → ↑ risico op ontwikkelen van een angststoornis	Hoog
Geslacht	Esposito et al. (2007)	Mannen → ↑ negatieve invloed van angststoornissen	Laag
	Foss et al. (2010)	Vrouwen → ↑ risico op ziekteverzuim bij psychiatrische diagnoses	Redelijk
	Gjesdal et al. (2008)	Vrouwen → ↑ risico op transitie van ziekteverzuim naar arbeidsongeschiktheidsuitkering. Mannen → ↓ risico van/door verhoogde leeftijd	Hoog
	Muschalla, Linden, & Olbrich (2010)	Vrouwen lieten hogere scores zien van persoonlijkheid gerelateerde angst, maar niet voor werkgerelateerde angst	Laag
Opleidingsniveau	Cornelius et al. (2011)	Negatief → hoge invloed aan ontwikkeling van angststoornis	Redelijk
	Foss et al (2010)	Lager opleidingsniveau → ↑ risico op ziekteverzuim met psychiatrische diagnoses	
Traumatische ervaringen	Belleville, Marchand, St-Hilaire, Martin & Silva (2012)	Traumatische ervaringen - ↓ arbeidsparticipatie	Laag
	Izutsu, Shibuya, Tsutsumi, Konishi, & Kawamura (2008)	Traumatische ervaringen - ↓ arbeidsparticipatie	
Sociaal economische status	Cornelius et al. (2011)	Negatief → hoge invloed aan ontwikkeling van angststoornis	Hoog
Persoonlijkheid	Nakamura et al. (2013)	Extraverte en georganiseerde persoonlijkheid positief voor terugkeer-naar-werk	Laag

Het merendeel van de geïdentificeerde studies beschrijft eenzelfde effect van de persoonlijke factoren op de werkgerelateerde uitkomsten. Hogere leeftijd verhoogt het risico van ontwikkeling van symptomen die een negatieve invloed op werkniveau hebben (vertraagde TKW of arbeidsongeschiktheidsuitkering). Daarnaast laten deze resultaten zien dat vrouwen meer kans hebben op negatieve werkgerelateerde uitkomsten. Echter, resultaten van een studie van Esposito, et al. (2007) laat zien dat mannen een hogere kans van negatieve invloeden op werkgerelateerde uitkomsten hebben. Verder hebben een lager opleidingsniveau en traumatische gebeurtenissen een statistisch significante invloed op de arbeidsparticipatie.

Persoonlijkheds-gerelateerde factoren hebben niet alleen maar negatieve invloed op werkgerelateerde uitkomsten. Nakamura et al. (2013) hebben in een cohort studie onderzocht welke factoren stimulerend of remmend zijn bij het terugkeren naar het werk na een lange periode van arbeidsverzuim ten gevolge van psychische problemen (Nakamura et al., 2013). Factoren die het terugkeer naar werk bevorderen, waren onder andere 'extraversie' (OR=0.787, p=0.011) en 'organisatie' (OR=0.630, p=0.006) (met 'organisatie' wordt bedoeld op een georganiseerde, nette persoonlijkheid).

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 6. Invloed van omgeving en werkgerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Over het algemeen werd gesteld dat de werkomgeving ontzettend belangrijk is voor een succesvolle terugkeer naar het werk en vermindering van angstsymptomen. Een werkomgeving waarin men een positieve attitude heeft ten opzichte van mensen met angststoornissen bevordert de terugkeer naar werk, o.a. door acceptatie van de betrokken partijen. Daarnaast wordt herhaaldelijk onderstreept dat het positief bekrachtigen van de werkactiviteiten kan helpen om het zelfvertrouwen van patiënten op te bouwen. Een gebrek aan begrip op de werkvloer wordt aangedragen als een belangrijke belemmering voor het herstelproces. *“Ze snappen niet dat mensen angststoornissen kunnen hebben; ze denken, er is toch niks aan de hand, er is niks om bang voor te zijn”*. In de interviews komt naar voren dat het betrekken van leidinggevenden kan leiden tot meer begrip en een positief effect kan hebben op de terugkeer naar werk van patiënten.

Omgevingsfactoren zoals de relatie met de werkgever en de werkomgeving kunnen ook belemmerende factoren zijn in de vorm van een arbeidsconflict, reorganisatie of functioneringsproblemen. De werkomgeving kan ervoor zorgen dat er een cultuur heerst die het aankaarten en bekendmaken van angstklachten bij de werkgever bemoeilijkt vanwege vooroordelen en labeling. *“Een bouwvakkercultuur maakt het lastig om over je angstklachten te praten”*. Een belangrijke factor in de acceptatie op de werkvloer is de duur van het herstelproces. *“Vanuit een werksituatie zijn ze best bereid om gedurende een bepaalde tijd rekening met je te houden maar als het hele herstelproces lang duurt dan merk je dat er fricties ontstaan en mensen op een gegeven moment denken ‘we hebben er nu wel lang genoeg over nagedacht en omheen gelopen en aangepast’.”* Over de rol van leidinggevenden zegt een bedrijfsarts: *“Het hangt ervan af hoe leidinggevende en werkgever daar mee weten om te gaan. Soms wordt er vrij veel tijd gegeven en zorg voor herstel; maar soms gaat het ook kriebelen bij een leidinggevende van nu is het wel genoeg”*.

Tijdens de interviews werd een andere belangrijke omgevingsfactor genoemd: het privéleven. *“Niet alleen kijken wat hij wel en niet kan, want het privéleven is ook vaak verstoord. Mijn focus is dan vaak dat mensen eerst hun privéleven op orde moeten hebben, voordat er weer richting aan de werksituatie gegeven kan worden”*. Privéleven was niet onderzocht in de geïdentificeerde studies. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor kan zijn dat wij specifiek hebben gezocht naar werkgerelateerde onderzoek. Maar de interviews laten zien dat het vaak moeilijk, en ook niet zinnig, is om werk en privé te scheiden. *“Soms kun je alles aan interventies proberen, maar zit het probleem toch in de omstandigheden waarvan je denkt: ja, hier kom ik gewoon niet verder mee.”*

7.2 Invloed van omgeving en werkgerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Tijdens de interviews en focusgroep werd veel gesproken over de invloed van werkomgeving en bredere omgeving op werkgerelateerde uitkomsten en terugkeer naar werk. Er zijn daarnaast 8 kwantitatieve studies geïdentificeerd waar die factoren onderzocht werden. Hieronder worden de belangrijkste resultaten beschreven.

Uit de literatuur komt naar voren dat een positieve werkomgeving, begeleiding en ondersteuning belangrijke factoren zijn die arbeidsparticipatie bevorderen. In vijf studies (D'Souza et al., 2006; Foss et al., 2010; Plaisier et al., 2012; Prang et al., 2016) worden bevindingen beschreven waaruit blijkt dat deze factoren een positief effect kunnen hebben op de terugkeer naar werk. In meerdere studies wordt beschreven dat het stellen van eisen en opleggen van werkdruk een negatieve invloed hebben op werkgerelateerde uitkomsten van mensen met angststoornissen.

Eén van de studies onderzocht het effect van de grootte en het type van een organisatie op de gezondheid en werkgerelateerde uitkomsten van het individu. In een retrospectieve cohortstudie onderzochten Prang et al. (2016) werknemers met mentale gezondheidsklachten in relatie tot terugkeer naar werk. Hierbij was het doel om inzicht te krijgen in voorspellende factoren voor een blijvende terugkeer naar werk en om de voorspellende factoren te onderzoeken die leiden tot ziekteverzuim ten gevolge van werkgerelateerde mentale gezondheidsklachten. Voor deze studie zijn 8358 werknemers geïncludeerd, waarbij tijd tot blijvende terugkeer naar werk als primaire uitkomstmaat werd gebruikt. De frequentie van pogingen om terug te keren naar het werk werd binnen het onderzoek meegenomen als secundaire uitkomstmaat. Reden van ziekteverzuim was onderverdeeld in drie categorieën, namelijk stress-gerelateerde ziekte, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en mentale stoornis. Wijze van opgedane letsel was gecategoriseerd in 6 groepen: werkdruk, intimidatie/pesten, andere mentale stressfactoren, mishandeling/geweld op werkplek, blootstelling aan trauma, en andere oorzaak voor letsel. Er is gebleken dat 93,9% van de onderzoekspopulatie blijvend naar hun werk zijn teruggekeerd, terwijl 6,1% (514 deelnemers) niet was teruggekeerd naar hun werk. Hiervan hebben 181 werknemers wel een poging gewaagd om terug te keren naar het werk en 333 hebben geen actie ondernomen voor terugkeer naar werk. Hierbij ging het in 156 van de 514 (30,4%) gevallen om intimidatie/pesterij, in 139 van de 514 (27,0%) gevallen om werkdruk en in 121 van de 514 (23,5%) was er geen terugkeer naar werk in verband met overige mentale stressfactoren. De mediaan voor blijvende terugkeer naar werk was 103 dagen. Mensen met klachten rondom werkdruk hadden de langste tijd (126 dagen) voor terugkeer naar werk terwijl de groep met andere oorzaak voor letsel (zoals auto-ongeluk) de kortste tijd (59 dagen) nodig had voor terugkeer naar werk. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat verschillende factoren een rol hebben gespeeld bij een vertraagde terugkeer naar werk, zoals oudere leeftijd van werknemers, onderdeel zijn van een kleine organisatie, werken in een bepaalde industrie, het raadplegen van een psychiater of een psycholoog, en het gebruik van voorgeschreven medicatie. Aan de andere kant werden werkdruk, geweld of andere mentale stressfactoren, het werken in de publieke administratie en veiligheidsbranche en het hebben van een arbeidsongeschiktheidsverklaring positief geassocieerd met meerdere pogingen voor terugkeer naar werk. Al deze factoren kunnen gezien worden als voorspellende factoren voor hoog risicogroepen en als factoren die het proces van TKW faciliteren.

Tabel 5 Effect van omgevings- en werkgerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Factor	Studie	Effect op werkgerelateerde uitkomsten	Sterkte van bewijs
Positieve en ondersteunende werkomgeving	D'Souza et al. (2006) Foss et al. (2010) Plaisier et al. (2012) Prang et al. (2016)	Positief	Redelijk
Omvang van de organisatie (klein)	Prang et al. (2016)	Negatief	Laag

7.3 Invloed van functioneren en activiteiten gerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten

De invloed van functioneren en activiteiten gerelateerde factoren is beschreven in de gevonden literatuur en besproken tijdens de kwalitatieve data verzameling. Er zijn 1 review en 7 kwantitatieve studies gevonden waarin de karakteristieken van het individu onderzocht werden op grond van werkgerelateerd functioneren en activiteiten.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 7. Activiteiten en functioneren

In de interviews wordt het belang van deze factoren herhaaldelijk onderstreept. *“Het mentale deel is van ontzettend groot belang: mensen hebben vaak weinig vertrouwen in hun eigen lichaam en hun toekomst”* Met name aan zelfvertrouwen, vermijdingsgedrag en coping skills wordt veel aandacht besteed.

Een neiging tot vermijdingsgedrag komt tijdens de interviews naar voren als een van de meest belemmerende factoren. *“Een van mijn standaard adviezen is probeer vermijden te vermijden want daar wordt het niet beter van. Dan ga je alleen maar je angst vergroten.”* Als mensen onzeker zijn hebben ze een neiging om moeilijke situaties te vermijden, maar als de persoon geen exposure heeft tot de angstige situatie, gaat het re-integratie proces langzamer.

Er wordt aangegeven dat bijvoorbeeld de aanwezigheid van schaamtegevoelens belemmerend kan werken op de terugkeer naar werk. *“Schaamte en zelfstigma van de werknemer over de ziekte en zichzelf kunnen een negatief effect hebben op werkhervatting”*. Een ervaringsdeskundige legt uit dat schaamte kan leiden tot het uitstellen van het zoeken van hulp: *“uiteindelijk ben ik op aandringen van mijn eh mijn vriend ben ik ehh hulp gaan zoeken en ja eigenlijk waarom ik niet eerder hulp zocht was dat de schaamte te groot was”*. Er kan dus sprake zijn van zorgvermijding.

Participanten geven aan dat de aanwezigheid van coping skills bij patiënten een belangrijke factor is in de terugkeer naar werk. Er wordt daarom gestimuleerd om patiënten aan te leren hoe zij met specifieke situaties om kunnen gaan om *“de regie in eigen handen te nemen”*. Hierbij wordt benadrukt dat patiënten in moeten leren zien welke aspecten uit hun omgeving zij wel en niet kunnen beïnvloeden. Zoals een bedrijfsarts beschrijft: *“je kunt niet de windrichting veranderen maar wel de stand van je zeilen”*.

In de focusgroep geven deelnemers aan rekening te houden met werknemers die sensitief zijn voor negatieve stimuli die de re-integratie bemoeilijken.

De review van Cornelius et al. (2011) onderzocht tevens de impact van functioneren en activiteiten gerelateerd functioneren in relatie tot werk. De factoren die verband houden met een hoger risico op de ontwikkeling van een beperking door mentale en geestelijke gezondheidsklachten zijn voorgeschiedenis van eerder ziekteverzuim en negatieve herstelverwachting.

Zowel emotionele uitputting als slecht timemanagement zijn geassocieerd met negatieve werkgerelateerde uitkomsten (Matthews, 2005; McCarthy, Trougakos, & Cheng, 2015). De studie van Muschalla et.al. (2016) heeft de voorspellende waarde van verschillende aspecten van functioneren onderzocht. Werkgerelateerde sociale angst gaat samen met klinisch relevante verslechtering van de mate van assertiviteit (M=2.40), angst gaat samen met een verslechtering van het uithoudingsvermogen (M=2.20) en werkgerelateerde gegeneraliseerd angst gaat samen met een verslechtering in het nemen van beslissingen (M=1.82). Alle specifieke dimensies in capaciteitsverslechtering zijn gerelateerd aan de duur van het ziekteverlof.

Eén van de studies onderzocht de relatie tussen terugkeer naar werk *self-efficacy* (TKW-SE) en terugkeer naar werk (TKW) (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, & van der Klink, 2013). Het uitgangspunt is dat TKW-percepties daadwerkelijke TKW voorspellen in werknemers met algemene psychische stoornissen. Het onderzoek laat zien dat, vergeleken met TKW-verwachtingen, verschillen in TKW-SE in hogere mate

daadwerkelijke TKW voorspellen. Het onderzoek concludeert dat het TKW-SE-instrument gebruikt kan worden voor het identificeren van werknemers met veel voorkomende psychische aandoening die een risico lopen op een langzame TKW.

Nakamura et al. (2013) hebben in een cohortstudie onderzocht welke factoren stimulerend of remmend zijn bij het terugkeren naar het werk na een lange periode van arbeidsverzuim ten gevolge van psychische problemen (Nakamura et al., 2013). Zorgelijke gedachten zoals “Bezorgdheid omtrent fouten” (OR=1.401, p=0.009) kwam naar voren als een belemmerende factor voor terugkeer naar werk. Controlebehoefte zoals “Neuroticisme” (OR=0.782, p=0.042) bleek een faciliterende factor. Onder “neuroticisme” valt angst, agressie, vijandigheid, depressie, zelfbewustzijn, impulsiviteit en kwetsbaarheid. De periode van arbeidsverzuim werd geassocieerd met psychologische stress buiten het werk (p=0.741), terwijl depressie, angst en psychologische stress op de werkvloer niet geassocieerd werd met de duur van arbeidsverzuim.

Tabel 6 Effect van functioneren en activiteiten gerelateerde factoren op werkgerelateerde uitkomsten

Factor	Referentie	Significant effect op werkgerelateerde uitkomsten	Sterkte van bewijs
Behoeft aan controle			
Neurotische persoonlijkheidstrekken	Nakamura et al., 2013	Positief voor terugkeer-naar-werk	Laag
Behoeften aan zelfcontrole	Diestel & Schmidt, 2012	SCDs expert mediator Longitudinale effecten in de relatie tussen werkdruk en vermoeidheid, angst, en het aantal dagen afwezig zijn.	Laag
Zorgelijke gedachten			
Vermogen tot beheersen van zorgelijke gedachten	Banerjee et al., 2014	Positief	Laag
Bezorgdheid omtrent fouten	Nakamura et al., 2013	Negatief	Laag
Emotionele uitputting			
Verminderd uithoudingsvermogen door sociale angst	Muschalla et al., 2016	Negatief	Laag
Emotionele uitputting	McCarthy et al., 2015	Negatief	Hoog
Zelfwerkzaamheid			
Slechte tijdsplanning	Matthews, 2005	Negatief	Laag
Verminderde assertiviteit en besluitvaardigheid	Muschalla et al., 2016	Negatief	Laag
Zelf perceptie			
Terugkeer-naar-werk <i>self-efficacy</i>	Nieuwenhuijsen et al., 2013	Positief	Hoog
Negatieve herstelverwachting			
	Cornelius et al., 2011	Negatief (hoge invloed op ontwikkeling van angststoornis)	Hoog

Hoofdstuk 8. Het bepalen van arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis

Er zijn twee reviews en vier kwantitatieve artikelen geïnccludeerd die meetinstrumenten onderzochten op het gebied van arbeidsvermogen en arbeidsparticipatie. Hieronder worden eerst de bevindingen van de reviews beschreven en daarna volgt een samenvatting van de resultaten van de kwantitatieve studies presenteren. Voor wij ingaan op de bevindingen uit deze artikelen zal eerst een veelbesproken concept uitgelicht worden wat gelinkt is aan arbeidsparticipatie, namelijk het arbeidsvermogen. Het arbeidsvermogen wordt beschouwd als een zeer belangrijk onderwerp in relatie tot de arbeidsparticipatie werk van mensen met angststoornissen en is notoir lastig om vast te stellen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Twee kwalitatieve artikelen geven een eerste inzicht in waar opgelet zou kunnen worden bij het beoordelen van arbeidsvermogen.

8.1 Arbeidsvermogen

Binnen dit onderzoek zijn er twee artikelen geïdentificeerd die arbeidsvermogen onderzoeken. In de eerste studie is het concept 'arbeidsvermogen' fenomenologisch onderzocht door de ervaringen van patiënten die te maken hebben gehad met angststoornissen en/of depressie te inventariseren (Bertilsson, et al. 2013). Alle deelnemers (n=17, vier focusgroepen) hadden een reguliere baan en hadden de klinische symptomen en/of de diagnose van depressie en/of angststoornis.

De gevonden resultaten suggereren dat het arbeidsvermogen verdeeld kan worden in negen componenten die gerelateerd zijn aan de taak, de tijd, de context en de sociale interacties van het werk. Verschillende deelnemers omschrijven het verlies van (een deel van) hun arbeidsvermogen als het verliezen van de vertrouwdheid met het normale werk en het aanmeten van een 'façade' op slechte dagen. Ook noemen deelnemers het wegvallen van het gevoel van "bijtanken" dat je normaal krijgt doordat werk energie geeft. Mensen verminderen hun sociale activiteiten om voldoende energie over te houden waardoor de werk-vrije tijd verhouding uit balans raakt. De afgenomen capaciteit werd benoemd als onzichtbaar (niet te begrijpen en/of niet te observeren door anderen), en deze onzichtbaarheid werd beschouwd als een probleem. De conclusie van dit artikel was dat meer onderzoek gedaan zou moeten worden naar de exacte symptomen en de effecten van een vermindering in de arbeidsvermogen als er sprake is van angst of depressie. De benoemde prioriteiten omvatten de identificatie van werkzaamheden die bijdragen aan het "bijtanken" op de werkplek, wat kan helpen in het rehabilitatieproces.

In het tweede artikel wordt onderzoek beschreven naar de afname van arbeidsvermogen, waarbij de percepties en inzichten van de gezondheidsprofessionals werden geëvalueerd (Bertilsson, et al. 2015). De studie betrof een inductieve analyse van vier focusgroepen, gehouden met 21 professionals (psychiatrie, arbodienst en primaire gezondheidszorg). De participanten hebben vier categorieën benoemd:

1. Verminderde en veranderde arbeidsvermogen (over het algemeen werd het arbeidsvermogen ervaren als verminderd)
 - a. Ervaren van een verandering van een bekende werkprestatie naar een onbekende werkprestatie. Patiënten vertrouwen hun eigen prestaties niet meer; prestaties worden beïnvloed door meer gevoelige percepties, en worden door professionals beschreven als het dragen van een zwarte bril. Waardering van collega's werd genoemd als een ondersteunende factor voor de patiënten.
 - b. Moeite met het beheren van de tijdsdruk
 - c. Moeite met de omgang met dagelijkse werktaken – moeite met het beginnen aan een taak, moeite met het volhouden van een lange term planning, voornamelijk moeite met situaties waarbij verscheidene taken uitgevoerd moeten worden. Patiënten concentreren zich te veel waardoor ze snel moe worden. Patiënten lijken druk te zijn met zichzelf (bijvoorbeeld met negatieve gedachten) waardoor ze moeite hebben met het concentreren naar buiten toe.
 - d. Verminderde capaciteit om met emoties om te gaan – moeite met het hebben van geduld, woede, kwetsende dingen zeggen, en mensen afwijzen.
2. Een ervaring waarbij "de show door moet gaan". Deze patiënten hebben moeite met het laten gaan

van hun werk en zij hebben geprobeerd hun arbeidsvermogen te behouden tot het bittere einde. Zij proberen de façade te behouden tot het laatste moment, waardoor managers en collega's een verminderd arbeidsvermogen kunnen waarnemen. Daarnaast hebben deze patiënten ook angst voor onthulling van hun ziekte.

3. Het afbrokkelende leven buiten het werk – de patiënten praten in het begin niet over hun werk. Zij geven alle aandacht aan het werk en herkennen langzamerhand de eerste symptomen in de context van het dagelijkse leven in huis. Deze patiënten hebben moeite met dagelijkse klussen. Alhoewel het niet is gerelateerd aan het arbeidsvermogen, heeft het een effect op het leven. Officieel gezien valt het buiten het arbeidsvermogen, maar het is een eerste indicatie. De patiënten proberen hun werkcapaciteit waar te borgen.
4. Moeite met het voldoen aan de verwachtingen van de werkplek – de patiënten kunnen weliswaar goede arbeidsvermogens hebben om de taken uit te voeren, maar de werkomgeving stelt ook andere eisen. Een voorbeeld hiervan is het deelnemen aan de koffiepauzes en de gesprekken. Er is sprake van een onvermogen om hieraan mee te doen, wat kan leiden tot stigma en misverstanden onder de collega's.

Daarnaast is het opgevallen dat het arbeidsvermogen wordt verminderd door angstaanvallen. Een ander punt dat werd genoemd is dat het arbeidsvermogen niet als een geïsoleerd concept gezien kan worden, maar dat het moet worden bekeken in relatie tot het dagelijkse functioneren. De auteurs concluderen dat herkenning en meer inzicht van het arbeidsvermogen zal helpen met de promotie van fitness-om-te-werken gesprekken en rehabilitatie van patiënten met angststoornissen.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 5: Arbeidsvermogen

Tijdens de interviews werd het probleem van definities van werkcapaciteit en arbeidsvermogen ook genoemd. Deelnemers benadrukken dat het voor het rehabilitatieproces belangrijk is om een goede inschatting te maken van de belastbaarheid van patiënten. “...wat het activiteitsniveau is, is een belangrijke vraag, waar kunnen wij dat zien...”. Bedrijfsartsen vinden het moeilijk om een duidelijk beeld te scheppen van die capaciteiten en hebben momenteel geen praktijkgerichte instrumenten en/of richtlijnen om dat te doen. Participanten geven aan dat in de praktijk vaak een inschatting wordt gemaakt aan de hand van wat de patiënt op dat moment zelf aangeeft te kunnen aan activiteiten, bijvoorbeeld door te vragen naar activiteiten in de privéomgeving of een algemene dagindeling te schetsen.

“Ik probeer en vraag mensen wat ze al wel doen en waar ze tegen op zien. Hoe groot is hun actieradius in de privé omgeving, durven ze in hun eentje naar de AH of een andere supermarkt?”

Er wordt een behoefte uitgesproken aan meer objectieve methoden om het arbeidsvermogen vast te stellen.

“Ik heb behoefte aan een betere kwantificatie. Wat ik nu doe is dat je het kwalitatief doet. Maar binnen angststoornissen heb je mensen die een beetje angstig zijn en mensen die heel angstig zijn. Als je iets zou hebben om daar beter onderscheid te maken zou dat heel goed helpen.”

Een van de participanten schetst hoe misvattingen kunnen ontstaan door het gebrek aan eenduidige instrumenten om de belastbaarheid in te schatten:

“Ik heb één keer meegemaakt dat er werd gevraagd: “Doet u zelf het huishouden?” “Ik doe licht huishoudelijk werk.” “Als u licht huishoudelijk werk kunt doen, kunt u vier uur per dag werken.” Maar hoe deed ze dat? Ze deed tien minuten even iets. Toen ging ze een uur liggen.”

8.2 Instrumenten voor het meten van functioneren

Reviews Twee reviews presenteren prognostische en/of screeningsinstrumenten voor het opsporen van het risico op aandoeningen (Abma, van der Klink, Terwee, Amick Iii, & Bültmann, 2012, Nieuwenhuijsen, Franche, & Van Dijk, 2010). Abma et al. (2012) evalueren vijf instrumenten voor het zelf gerapporteerd meten van gezondheidsgerelateerd functioneren op werk voor mensen met psychosociale stoornissen. Deze review laat zien dat er weinig bewijs is voor de metingskwaliteit van deze instrumenten⁶. De conclusie van deze review is dat het niet raadzaam is om de vijf instrumenten in de praktijk te gebruiken wegens de slechte kwaliteit. Een andere review, die twee aparte literatuuronderzoeken combineert, is gericht op de beoordeling van het functioneren op werk en de beperkingen voor mensen met veel voorkomende psychische aandoeningen (incl. angst) (Nieuwenhuijsen et al., 2010). De conclusie van deze review is dat er instrumenten zijn voor het meten van productiviteit en werkbeperkingen met acceptabele psychometrische eigenschappen, maar dat deze niet gevalideerd zijn voor werknemers met algemene psychische stoornissen. Volgens Nieuwenhuijsen et al. (2010) zijn nieuwe instrumenten nodig die het functioneren van de werknemer op het werk meten en daarin de kwaliteit van de werkresultaten en de inzet die nodig is om productief te blijven meenemen.

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 8. Diagnostische/prognostische meetinstrumenten

Tijdens het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn mogelijke screenings en prognostische tools veel besproken. In de interviews komt naar voren dat op dit moment anamnese en de 4DKL de meest gebruikte instrumenten zijn voor het stellen van een diagnose.

“De meeste mensen weten het zelf wel. En anders moet je goed een anamnese doen of je moet 4DKL lijsten gebruiken. Dat is een screeningsinstrument die goed werkt voor de huisarts en voor ons ook.”

“Als je een goede anamnese afneemt, heb je wel vaak snel de diagnose.”

Echter, sommige deelnemers plaatsen kanttekeningen bij het gebruik van de 4DKL en anamnese en er wordt een behoefte uitgesproken naar meer objectieve instrumenten. Zo wordt er bijvoorbeeld door een aantal participanten gezegd dat een anamnese te veel persoonsafhankelijk en subjectief is.

“Maar dat is dus erg afhankelijk van je eigen ..., hoe jij in elkaar steekt, want jij bent het instrument om in gesprek te gaan met iemand.”

De participanten beschrijven dat het moeilijk kan zijn om een goede diagnose te stellen door middel van een anamnese, zeker wanneer patiënten niet waarheidsgetrouw zijn.

“Dan hangt het dus erg af van of je, hoe jouw ervaring is of je goed kan kijken, of je goed kunt doorprikken, of je kunt doorvragen. Of die persoon heel goed toneel kan spelen, of dat hij zichzelf beter voordoet dan hij is. Ja, dat hangt er erg vanaf.”

Over de 4DKL zijn de participanten over het algemeen positief, maar een aantal deelnemers geeft aan dat het te weinig onderscheidend is. Het wordt beschreven als richtinggevend, maar niet als een doorslaggevend instrument. Een bedrijfsarts legt uit dat patiënten vaak hoog scoren op alle vier dimensies, waardoor de diagnose en prognose onduidelijk blijven tot verder uitsluitsel:

“Met de 4DKL kan je wel de richting bepalen. Dat geeft een onderscheiding op distress, depressie, angststoornissen en sommatie. Maar het nadeel is dat je vaak hoog scoort op alles en dat filtert pas later uit.”

⁶ The Endicott Work Productivity Scale (EWPS), (ii) the Work Limitations Questionnaire (WLQ), (iii) the Stanford Presenteeism Scale (SPS), (iv) the Work Performance Scale of the Functional Status Questionnaire (WPS), and (v) the Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS)

Kwantitatieve artikelen In de geïncludeerde kwantitatieve artikelen zijn geen instrumenten onderzocht die het arbeidsvermogen van mensen met angstklachten of een angststoornis beoordelen. Wel worden er verscheidene diagnostische en prognostische instrumenten beschreven die wellicht behulpzaam kunnen zijn in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Enkele voorbeelden hiervan zijn: Distress Screener (Braam et al., 2009), 4DSQ (Langerak et al., 2012), SQ-48 (Carlier et al., 2012), Work Limitations Questionnaire (WLQ), Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), Endicott Work Productivity Scale (EWPS), en Functional Status Questionnaire Work Performance Scale (WPS) (Erickson et al., 2009).

- a. Distress Screener. Een Nederlandse studie waarin 171 zieke werknemers (24.65% vrouw) waren geïncludeerd, heeft de “Distress Screener” tool gevalideerd voor gebruik binnen de context van arbeidsgezondheid (Braam et al., 2009). Deze tool bestaat uit drie items die verkregen zijn uit de sub-schalen van de vierdimensionale symptoomvragenlijst (4DSQ): “Had u de afgelopen week last van piekeren”, “Had u de afgelopen week last van lusteloosheid?”, en “Voelde u zich de afgelopen week gespannen?”. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat de “Distress Screener” een valide instrument is om gebruikt te worden door bedrijfsartsen tijdens consultatie als snelle scan methode voor beginnende signalen. Deze tool was alleen nuttig voor het identificeren van distress onder werknemers die met ziekteverzuim waren.
- b. 4DSQ (ook bekend als 4DKL). In een andere Nederlandse studie is het potentiële gebruik van de 4DSQ tool onderzocht voor het identificeren van depressie of angststoornissen binnen de setting van de verzekeringsgeneeskunde (Langerak et al., 2012). De 4DSQ is een vragenlijst die bestaat uit 50 items verdeeld over vier schalen: de distressschaal kent 16 items (bereik 0-32), de depressieschaal heeft 6 items (bereik 0-12), de angstschaal 12 items (bereik 0-24) en de somatisatieschaal 16 items (bereik 0-32). De referentieperiode is “de afgelopen week”. De antwoordschaal bestaat uit vijf categorieën: “nee” (0), “soms” (1), “regelmatig” (2), “vaak” (3), “heel vaak of constant” (4). Deze tool werd getest onder 230 individuen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering hadden aangevraagd voor hun mentale gezondheidsproblemen (67.5% vrouw). Het meetinstrument was intern consistent, had acceptabele tot goede diagnostische waarden voor de 4DSQ schalen en had goede diagnostische accuraatheid in het herkennen van depressie en angststoornissen. Echter, de 4DSQ blijkt beperkt geschikt als screeningsmethode voor depressie en angststoornissen in een populatie van mensen met erkend geestelijke gezondheidsproblemen in de verzekeringsgeneeskundige praktijk, omdat er sprake is van een hoge prevalentie van mentale gezondheidsproblemen.
- c. De 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) is ontwikkeld om psychologische distress te identificeren en meet vitaliteit en arbeidsfunctioneren. Het instrument is gevalideerd in een studie met 242 patiënten van een psychiatrische polikliniek (61.2% vrouw) en een controlegroep van 516 mensen (67.2% vrouw) (Carlier et al., 2012). De SQ-48 heeft negen sub-schalen. Vier sub-schalen omvatten aspecten van psychopathologie: Depressie, Angststoornissen, Somatisatie en Agorafobie. Daarnaast zijn vijf sub-schalen geconstrueerd om specifieke aspecten van gedrag en/of functioneren te evalueren: Agressie, Cognitieve problemen, Sociale fobieën, Werk, en Vitaliteit/Optimisme. Elke item is beoordeeld door de respondenten met behulp van een Likert-schaal met 5 punten (0: ‘Nooit’, 1: ‘Zelden’, 2: ‘Soms’, 3: ‘Vaak’, 4: ‘Zeer vaak’). Dit instrument heeft een goede interne consistentie: de Conbach’s alfa coëfficiënt varieerde van 0,78 tot 0,98 in de verschillende SQ-48 sub-schalen: 0,97 (Totaal); 0,93 (Gemoedstoestand); 0,92 (Angst); 0,89 (Somatisatie); 0,89 (Cognitief functioneren) 0,91 (Sociale fobieën); 0,84 (Agrofobie); 0,90 (Vitaliteit); 0,78 (Werk). De resultaten hadden ook een goede convergerende en divergerende validiteit. De tool wordt aanbevolen als screeningsmethode voor de algemene bevolking.
- d. De laatste studie vergeleek vier bestaande gevalideerde hulpmiddelen om werkproductiviteit te evalueren in de VS onder 81 patiënten van een angstkliniek (61.2% vrouw). De meetinstrumenten waren: Work Limitation Questionnaire (WLQ), Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), Endicott Work Productivity Scale (EWPS), en Functional Status Questionnaire Work Performance Scale (WPS) (Erickson et al., 2009). De patiënten die meer angst hadden, vertoonden een verlaagde arbeidsprestatie bij alle meetinstrumenten. Promotie was verminderd voor

de matige/ernstige groep. De verscheidene groepen angststoornissen waren niet verschillend qua het type werk, de tijd op het werk, tevredenheid over het werk, of de arbeidskeuze. De multi-item prestatieschalen (WLQ en WPAI) demonstreerden een hogere validiteit en interne consistentie. De WLQ en de WPAI detecteerden veranderingen na symptoom verbetering.

Samenvatting van resultaten

Er zijn binnen dit onderzoek geen meetinstrumenten gevonden voor de prognose van arbeidsfunctioneren voor werknemers met angstklachten noch voor het beoordelen van arbeidsvermogen van mensen met angstklachten- of stoornissen. Een aantal meetinstrumenten zijn onderzocht op hun betrouwbaarheid om distress en angststoornissen te detecteren onder de werkende populatie. Deze meetinstrumenten hebben een goede betrouwbaarheid en validiteit.

Hoofdstuk 9. Wat wordt er gedaan om de arbeidsparticipatie van angststoornispatiënten te bevorderen en wat is de effectiviteit hiervan?

In dit hoofdstuk worden twee thema's besproken: 1) wat er bekend is over de bevorderende en belemmerende factoren voor terugkeer naar werk en arbeidsparticipatie en 2) welke interventies en programma's er bestaan om arbeidsparticipatie van mensen met een angststoornis te verhogen en wat de effectiviteit daarvan is.

9.1. Bevorderende en belemmerende factoren voor terugkeer naar werk

Terugkeer naar werk staat bekend als de gewenste uitkomst van een succesvolle behandeling en interventie tegen beroepsmatige arbeidsklachten. Er is één artikel geïdentificeerd die de componenten van succesvolle terugkeer naar werk heeft onderzocht. Het onderzoek van Hees et al (2012) onderzocht de definitie en eigenschappen van een succesvolle terugkeer naar werk na ziekteverzuim ten gevolge van mentale stoornissen, zoals de belangrijke belanghebbenden dit zagen (Hees, Nieuwenhuijsen et al. 2012). Hierbij ging het om twee fasen. Tijdens de eerste fase werden belangrijke criteria en clusters voor succesvolle terugkeer naar werk geïdentificeerd. Dit werd gedaan door focusgroepen en interviews samen te voegen. Het onderzoek had een geschikt aantal deelnemers waaronder werknemers, leidinggevenden, bedrijfsartsen en onderzoekers. Drie aparte focusgroepen (van 95-120 minuten) werden georganiseerd met werknemers (n=11), bedrijfsartsen (n=9), en arbeidsongeschiktheid onderzoekers (n=7). 30 telefonische interviews zijn gehouden (duur 14-35 minuten) met leidinggevenden (n=20), werknemers (n=5), en bedrijfsartsen (n=5). Na de analyse kwamen 11 belangrijke clusters naar voren die als criteria functioneerde voor een succesvolle terugkeer naar werk. (1) 'aantal uur gewerkt', (2) 'werkdruk', (3) 'functie', (4) 'inkomen', (5) 'duurzaamheid', (6) 'mentaal functioneren', (7) 'functioneren op werk', (8) 'relatie met supervisor', (9) 'relatie met collega's', (10) 'tevredenheid over werk', (11) 'werk-thuis balans'. Tijdens de tweede fase van deze studie werd een online vragenlijst gebruikt om te onderzoeken welke van deze clusters als meest belangrijk werd beschouwd door de belanghebbenden. De vragenlijst werd ingevuld door 74 bedrijfsartsen, 51 leidinggevenden en 53 werknemers. Er werden kleine verschillen gevonden in de percepties tussen de verschillende groepen. Over het algemeen waren alle stakeholders het eens dat duurzaamheid, functioneren op werk, werk-thuis balans, mentaal functioneren en tevredenheid over werk de meest belangrijke aspecten waren voor een succesvolle terugkeer naar werk interventie. Maar voor werknemers waren tevredenheid over werk en mentaal functioneren de meest belangrijke, terwijl de supervisors duurzaamheid en functioneren op werk het belangrijkste vonden. Voor bedrijfsartsen was duurzaamheid verreweg het meest belangrijke criterium (73%).

Er wordt veel aandacht gegeven aan de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren voor een succesvolle terugkeer naar werk. Er zijn 5 artikelen geïnccludeerd die deze factoren onderzochten.

Eén van de studies onderzocht de ervaringen van vrouwen met betrekking tot ziekteverzuim en de terugkeer naar werk (Nielsen, Rugulies et al. 2013). In deze studie zijn verscheidene psychische gezondheidsstoornissen onderzocht zonder de specifieke ervaringen van vrouwen omtrent angststoornissen en werk mee te nemen. De 'grounded theory' methode werd toegepast om 16 interviews te analyseren van vrouwen met mentale gezondheidsklachten. Een van de meest opvallende bevindingen was de perceptie van collega's omtrent de terugkeer naar het werk. De vrouwen dachten dat hun collega's en leidinggevenden het principe van terugkeer naar werk zagen als de "terugkeer naar het normale dagelijks leven". Ondanks het potentiële helende effect, vormde terugkeer naar werk een dilemma omdat de vrouwen bang waren voor terugval, met name wanneer zij dachten dat de omstandigheden voor terugkeer naar werk nadelig zouden zijn voor hun gezondheid. Ondanks dat ziekteverzuim een negatieve invloed had op het zelfvertrouwen, leidde terugkeer naar werk niet automatisch tot een verbeterd zelfbeeld of zelfvertrouwen. Dit onderzoek concludeerde dat de belangrijkste ervaring van werknemers niet het proces was van terugkeer naar werk, maar eerder een proces van het helen van het kwetsbare zelfbeeld (door de aandacht te verplaatsen van symptomen naar andere belangrijke levensdoelen en het behouden van of reconstrueren van een positief zelfbeeld).

Cowls en Galloway (2009) hebben onderzocht hoe traumatische ervaringen uit het verleden invloed hebben op carrièrekeuzes en het gedrag op de werkplek, en hoe, met deze informatie, bedrijfsartsen een verandering kunnen faciliteren voor een succesvolle terugkeer naar werk (Cowls en Galloway, 2009). Hiervoor hebben ze 25 semigestructureerde interviews gehouden met mensen met angststoornissen, PTST of depressieve klachten. Over het algemeen werd door de participanten ongezonde ervaringen uit het verleden opnieuw uitgevoerd op het werk zoals het richten op de behoeften van anderen, zoeken naar acceptatie en vermijden. Verandering was bereikt door het inzetten van coping strategieën en het samenwerken met ergotherapeuten voor de planning van terugkeer naar werk.

Een ander onderzoek keek naar de percepties van supervisors die betrokken waren bij het management van arbeidsongeschiktheid omtrent factoren die de terugkeer naar werk van werknemers met veel voorkomende mentale stoornissen positief of negatief beïnvloeden (Lemieux, Durand et al. 2011). Een content-analyse van 11 semigestructureerde interviews met werkgevers en leidinggevenden werd uitgevoerd. Uit dit onderzoek kwamen drie factorgroepen naar voren die een negatieve of positieve invloed hadden op de terugkeer naar het werk na ziekteverzuim ten gevolge van een mentale stoornis: werker-gerelateerde factoren (sociale isolement, aanwezigheid van andere stressoren), werkcontext factoren (atmosfeer op het werk, aanwezigheid van stigma) en factoren gerelateerd aan het terugkeer naar werk (betrokkenheid van de leidinggevende, attitude van de leidinggevende). Daarnaast stonden de geïnterviewde supervisors open voor het zoeken naar manieren om terugkeer naar werk te faciliteren van deze werknemers, maar vonden dat de gebruikte interventies rekening moesten houden met hun perspectief en de beperkingen waarmee zij te maken hebben.

Noordijk et al. (2011) hebben de barrières voor een volledig terugkeer naar werk, oplossingen, communicatie met het werkomgeving en het doel van een volledig terugkeer naar werk omschreven zoals deze werd gezien door de werknemers. Voor dit onderzoek zijn 15 semigestructureerde interviews gehouden met mensen die langer dan 3 maanden met ziekteverzuim waren ten gevolge van stress-gerelateerde angststoornissen of depressie (10 vrouwen).

Twee barrières zijn afgeleid uit de interviews:

1. *Barrières gerelateerd aan problemen met het waarborgen van de grenzen van hun eigen capaciteit*
Moeite met eigen grenzen vaststellen (gedrag), de grenzen van hun eigen capaciteit herkennen (cognitie) en angstontwijkend gedrag (emotie en gedrag).
2. *Barrières gerelateerd aan de vermindering van werkcapaciteit ten gevolge van symptomen*

Daarnaast zijn twee clusters potentiële oplossingen gevonden:

1. *Minder gespannen zijn* (inclusief structurele aanpassingen zoals meer mankracht, verminderde reisafstand, het leren van een nieuwe manier van denken omtrent veeleisende situaties, leren om meer open te zijn, nieuwe manier van omgaan met emoties en ontspanning).
2. *Behandelen van mentale en lichamelijke symptomen*

Een algemene bevinding is dat alle werknemers last hebben van een barrière voor een volledige terugkeer naar werk; de meeste werknemers in staat zijn om oplossingen te bedenken; alle werknemers een volledige terugkeer naar werk willen; en na verloop van tijd alle werknemers voldoende begrip en sociale ondersteuning van hun leidinggevende en beroepsbeoefenaar uit de gezondheidssector kregen. Geen van de werknemers zijn bereid om de oplossingen op de werkplek te implementeren of te benutten, met uitzondering van de structurele veranderingen omtrent de verrichtte werkzaamheden. De auteurs van het artikel noemen dit "intentie-gedrag kloof" en vinden het belangrijk dat meer onderzoek wordt gedaan om deze kloof te overbruggen.

Martin et al. (2013) evalueren de belemmerende en beschermende factoren voor de implementatie van een gecoördineerde en afgestemde interventie voor terugkeer naar werk voor mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem. Deze interventie is in drie verschillende gemeenten van Denemarken geïmplementeerd. Hierbij gebruikten zij verscheidene bronnen van informatie, namelijk: individuele en groepsinterviews, observaties, nationale registers, en documenten die tijdens de interventie zijn gebruikt. Er

waren aanzienlijke verschillen tussen de gemeentes wat betreft de setting en implementatie. De barrières omvatten: onvoldoende vaardigheden om mentale gezondheidsproblemen te beoordelen volgens de inclusiecriteria, verschillende interpretaties vanuit belanghebbenden omtrent de wetgeving inzake het ziekteverzuim, variërende alternatieven voor revalidatie, en onvoldoende steun voor de interventie vanuit het management. Motivatie en beschikbaarheid van middelen om meningsverschillen op te lossen met behulp van uitgebreide communicatie werden als belangrijke facilitators gezien. Uit deze studie is gebleken dat het belangrijk is om verschillende belanghebbenden vroeg in het proces te betrekken voor de interventie voor terugkeer naar werk. Hiermee kunnen de uitkomsten van de implementatie verbeterd worden.

Het doel van het onderzoek van Reavley et al. (2012) was het formuleren van richtlijnen om organisaties te ondersteunen door terugkeer naar werk te faciliteren bij werknemers met angststoornissen, depressie of andere gerelateerde aandoeningen. Deze richtlijnen zijn ontwikkeld met behulp van de DELPHI-consultatiemethode. Drie groepen Australische experts (66 zorgprofessionals, 30 werkgevers en 80 consumenten) zijn gerekruteerd. Zij hebben onafhankelijk van elkaar items in drie verschillende rondes beoordeeld waarbij de belangrijke overeenstemmingen van deze beoordeling in de richtlijnen zijn verwerkt.

Samenvatting van resultaten

Eén van de artikelen onderzocht de perspectieven van belangrijke betrokkenen bij het proces van het terugkeren naar het werk, waarbij werd gekeken naar de definitie van succesvolle terugkeer naar het werk nadat er sprake was van arbeidsverzuim ten gevolge van veel voorkomende mentale aandoeningen (Hees et al. 2012). Enkele artikelen onderzochten mogelijke barrières en mogelijke ondersteunende factoren om een succesvolle terugkeer naar werk te krijgen (Cowls en Galloway, 2009; Lemieux et al. 2011; Noordik et al. 2011; Martin et al., 2015). Een grote DELPHI-studie uit Australië heeft een poging gedaan om bewijs voor “best practices” te genereren, met betrekking tot het faciliteren van terugkeer naar werk bij mensen met veel voorkomende mentale gezondheidsproblemen (Reavley et al., 2012).

9.2. Programma's en interventies

Er zijn 22 kwantitatieve artikelen, 9 reviews en 2 kwalitatieve artikelen geïnccludeerd waarin interventies werden beschreven die als doel hadden de werkgerelateerde uitkomsten te verbeteren van mensen met psychische aandoeningen, waaronder angst. In 11 artikelen zijn interventies specifiek gericht op angststoornissen gevonden. Drie studies onderzochten online interventies, de rest van de interventies werd face-to-face aangeboden.

De participanten varieerden van politieagenten tot gezondheidsprofessionals tot productiemedewerkers van grote bedrijven. Daarnaast werd op verscheidene manieren onderzocht wat de effectiviteit was van de interventies, bijvoorbeeld op het verminderen van symptomen die zich voordoen ten gevolge van mentale gezondheidsproblemen met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten.

9.2.1. Online interventies

Billings et al. (2008) evalueerden een programma dat gezondheid stimuleert op het werk door gebruik te maken van een website. Dit programma is ontworpen om stress te reduceren en om te voorkomen dat werknemers depressief worden, angststoornissen krijgen of verslaafd raken. Hierbij hebben zij 309 participanten geïnccludeerd in hun studie. Dit online programma heeft een verminderde hoeveelheid stress tot gevolg en heeft gezorgd voor meer kennis omtrent depressie en angststoornissen bij de deelnemers. Mede door dit programma zijn de attitudes ten aanzien van behandeling in positieve zin veranderd ($F=4.42$, $P < 0.05$) en zijn de werknemers op een gezondere manier omgegaan met het consumeren van alcohol ($F=7.57$, $P < 0.01$). Er was een significante vermindering van stress ($F= 5.23$, $P < 0.05$). Daarnaast hebben Douglas et al. (2008) geobserveerd dat stigmatisatie van gedragsproblemen wordt geadresseerd door dit programma.

De studie van Bolier et al. (2014) heeft de effectiviteit van een module, genaamd “*workers' health surveillance*” (WHS), onderzocht. Deze module maakt screening, feedback en online interventies mogelijk die positieve mentale gezondheid en mentale problemen als doel heeft. WHS wordt als strategie toegepast op het werk waarbij preventieve acties worden geïmplementeerd door middel van het vaststellen en behandelen van gezondheidsproblemen. De verpleegkundigen ($N= 366$) die hieraan hebben meegedaan, werden opgedeeld in

een online en een referentiegroep. Er was een significante verbetering in psychische gezondheid bij de werknemers die in de interventiegroep zaten ($F= 3.46$, $P= 0.03$).

Reflectie op de resultaten vanuit de praktijk

BOX 9. Programma's en interventies

Deelnemers in de focus groep waren over het algemeen geïnteresseerd in de mogelijkheden voor online interventies, maar zagen ook belangrijke aandachtspunten. Volgens de deelnemers kan het zo zijn dat niet elke patiënt een positieve houding heeft ten opzichte van een online interventie, omdat men vaak de voorkeur geeft aan direct contact. Participanten onderschrijven het belang van lichte begeleiding bij internetbehandelingen om betere resultaten te verkrijgen. Uit de discussie komt naar voren dat online interventies interessant zijn als eerste behandeloptie, bijvoorbeeld wanneer de mogelijkheden tot psychotherapie beperkt zijn. *“Een online interventie zou mogelijk een tussenstap kunnen zijn wanneer de wachtlijsten lang zijn”.*

Exposure therapie werd vaak genoemd tijdens de interviews en focusgroepen als de meest populaire behandeling voor angst. Door ons zoekstrategie gericht op werkgerelateerde uitkomsten, hebben wij geen studies geïdentificeerd die exposure therapie onderzocht hebben. In de focus groep wordt aangegeven dat exposure therapie nu vaak wordt voorgeschreven, maar er ruimte is voor verbetering in de toepassing. *“Exposure therapie is heel belangrijk en wordt vaak niet goed gedaan. Zoals het is beschreven in de richtlijnen heb ik het nog nooit in een werkelijk verhaal terug gehoord van een klant.”* In de interviews benadrukken de deelnemers dat exposure therapie om maatwerk vraagt. *“Mensen moeten een beetje in de discomfort zone komen maar niet in de paniekzone. Het probleem bij angst is dat deze twee heel dicht bij elkaar liggen.”*

Een van de deelnemers beschrijft dat angststoornissen vaak te maken hebben met een ontregelde functie van de amygdala en dat er op dit gebied nog veel mogelijkheden zijn voor het ontwikkelen van interventies. *“Er zouden behandelmethoden moeten zijn om daarop in te grijpen. Naar mijn idee zijn we daar nog onvoldoende in geslaagd. Nou dit is een soort behandeling die naar mijn idee heel beloved is.”*

Een terugkerend thema in de interviews is het belang van het aanpassen van de werkomgeving aan de patiënt om de terugkeer naar werk te bevorderen. Uit de interviews blijkt echter ook dat aanpassingen van de werkomgeving nog weinig geïmplementeerd worden. *“Aanpassing van de werkomgeving vormt vaak een uitdaging. Met name praktische problemen”.* Participanten geven aan dat werkaanpassingen vrijwel uitsluitend plaatsvinden bij grote bedrijven. Zo is er bij grote bedrijven vaker de mogelijkheid om werknemers op een andere manier in te zetten, waardoor zij betrokken kunnen blijven op het werk zonder overbelasting en/of terugval te riskeren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een functie met een lagere cognitieve belasting of met een aangepast rooster. *“Dan ga je kijken of je iemand bijvoorbeeld wat meer administratief taken ehm in de backoffice kan geven, of meer afgeschermd van collega's en zeker van klanten als dat bijvoorbeeld een probleem is.”* Uit de ervaringen van de participanten blijkt verder dat bij kleine of middelgrote ondernemingen (MKB) er doorgaans te weinig capaciteit of bereidheid is om dergelijke aanpassingen in te zetten

Ook Volker et al. (2015) hebben bekeken of een online interventieprogramma effectief was met betrekking tot terugkeer naar werk voor patiënten met mentale problemen. Het programma heet *“E-health module embedded in Collaborative Occupational health care”* (ECO) en om de effectiviteit ervan te meten is gekozen voor een RTC. In totaal hebben 220 werknemers hieraan deelgenomen, waarvan 131 op willekeurige wijze werd geplaatst in de interventiegroep en 89 in de controlegroep. Er was sprake van een significant verschil tussen de twee groepen in de duur tot eerste keer terug-naar-werk, met 77 dagen voor de controlegroep en 50 dagen voor de interventiegroep ($HR=1.390$, $p=0.03$). De onderzoekers hebben geen significant effect gevonden voor de tijd die nodig was om volledige terugkeer naar werk te behalen. Wat zij wel hebben

geobserveerd is dat na 9 maanden meer participanten van de interventiegroep in remissie waren ten opzichte van de controlegroep (OR= 2.228, p=0.02).

Tabel 7 Beschrijving van studies van online interventies

Studie	Interventie	Angst specifiek?	Werk omgeving?	Preventie/ behandeling	Steek Proef omvang	Doelgroep	Effect op werk (+/-)	Effect op angst (+/0/-)	Sterkte van bewijs
Billings et al. (2008)	Website programma tegen stress, depressie en angst	Ja, maar niet alleen	Ja	Preventie	309	werknemer	nvt	+	Hoog
Bolier et al. (2014)	<i>Workers' health surveillance</i> : screening, feedback en online interventies	Nee	Ja	Preventie	366	werknemer	+	0, maar positief effect op algemene geestelijke gezondheid	Hoog
Volker et al. (2015)	E-health module ingebed in gezamenlijke arbeidsgezondheidszorg	Nee	Ja	Behandeling	220	werknemer	+	+	Hoog

9.2.2. Preventieve interventies

Reviews: Twee reviews onderzochten preventieve interventies. Joyce et al., 2016 onderzochten de effectiviteit van verschillende preventieve interventies. Hierin is matig bewijs gevonden voor de effectiviteit van primaire interventies (gericht op zelfcontrole van de werknemer en de bevordering van lichaamsbeweging). Het bewijs voor tertiaire preventie interventies, gericht op werk, zoals exposure therapie, CGT en probleemgericht terugkeer-naar-werk, is het sterkst (Joyce et al., 2016). Deze review, zoals de meeste reviews geanalyseerd binnen deze studie, is niet alleen angst-gericht, maar de auteurs laten zien dat de resultaten van de review gebruikt kunnen worden voor depressie en angst.

Een tweede review heeft specifiek gekeken naar preventieve interventies gericht op de werkomgeving (Corbière, Shen, Rouleau, & Dewa, 2009). De review laat zien dat het gebruik van vaardigheidstraining als onderdeel van de interventie en de combinatie van interventies op verschillende niveaus (individu, groep, organisatie) tot de beste gezondheid en werkgerelateerde uitkomsten leidt.

Kwantitatieve: Voor de beschrijving van de studies van Billings et al. (2008) en Boiler et al. (2014), zie online interventies hierboven.

De studie van Nettestrøm, Friebel, en Ladegaard (2013) evalueert de effectiviteit van een multidisciplinair stressbehandelingsprogramma als interventie om de mate van stress, mogelijkheid tot werken en psychologische symptomen te reduceren (Netterstrøm, Friebel, & Ladegaard, 2013). Voor deze studie zijn 268 participanten geïncludeerd welke onderverdeeld waren in vier groepen, namelijk de interventie groep, een controlegroep die de gebruikelijke zorg kreeg, een groep die na 3 maanden op de wachtlijst de interventie hebben gekregen als behandeling en een groep die stressbehandeling kreeg, gebaseerd op groeps participatie. De uiteindelijke focus van dit onderzoek was de interventiegroep. In deze studie is naar voren gekomen dat de interventiegroep aanzienlijk meer deelnemers had die terugkeerde naar werk (67%) ten opzichte van de

andere groepen (36% voor gebruikelijke zorg en 24% voor de wachtlijstgroep). De interventie en de gebruikelijke zorg waren niet-significant verschillend van elkaar. De grootte van het effect volgens Cohen's α was 0.50 voor angststoornissen.

Godard et al. (2006) hebben een interventie geëvalueerd die terugval op angststoornissen en depressie voorkomt, genaamd het APRAND-programma. De patiënten die voldeden aan de ICD-10 criteria voor angst- en depressieve stoornissen werden behandeld met de interventie om te kijken of er een verbetering is voor de patiënt. Hiervoor zijn 9.743 werknemers gescreend die aangemeld waren bij 21 medische centra voor behandeling. 13 centra werden gebruikt als controlegroep waarbij de interventie niet werd toegepast. Het is gebleken dat de interventie een positief effect had op de 6-weekse en 6-maandelijke HAD-scores, waarbij het gemiddelde voor relatieve individuele variatie -4.1% ten opzichte van +1.6% voor de controlegroep was ($p < 0.01$) en -9.1% vs. -2.8% ($p < 0.05$) na 6 maanden. Voor angststoornissen had de interventie een positief effect (57.7% absent vs. 47.5%).

Tabel 8 Beschrijving van studies van preventieve interventies

Studie	Angst specifiek?	Werk omgeving?	Steekproef omvang	Doelgroep	Effect angst (+/-)	Effect op terug aan werk	Sterkte van bewijs
Billings et al. (2008)	Ja, maar niet alleen	Ja	309	Werknemer	+	Nvt	Hoog
Bolier et al. (2014)	Nee	Ja	366	Werknemer	+	Nvt	Hoog
Corbière, Shen, Rouleau, & Dewa (2009)	Ja	Ja	Review	Werknemer	+	+	Hoog
Duijts, Kant, van den Brandt, & Swaen (2008)	Nee	Ja	151	Werknemer	+	Ntv	Hoog
Godard, Chevalier, Lecrubier, & Lahon (2006)	Ja, samen met depressie	Nee	9743	Werknemer	+	Nvt	Redelijk
Joyce et al. (2016)	Ja, samen met depressie	Ja	Review	Werknemer	+	+	Hoog
Netterstrøm et al. (2013)	Nee	Nee, maar inclusief werk	9743	Werknemer	+	+	Hoog

Om de effectiviteit te meten van een preventieve coaching interventie, hebben Duijts et al. (2008) in hun RCT 151 werknemers geïncludeerd die risico hadden om met ziekteverlof te gaan. In de interventiegroep zaten 76 deelnemers en in de controlegroep 75 (Duijts et al., 2008). Na 6 (t1) en 12 (t2) maanden werd een vragenlijst ingevuld door de deelnemers om gegevens over de afwezigheid door ziekte te verzamelen. Afwezigheid door ziekte was de primaire uitkomstmaat voor deze studie, de secundaire uitkomsten waren zelf-beoordeelde gezondheid, psychologische stress, angstige stemming, verwerkingsproces, psychologische werkeigenschappen, behoefte aan herstel, vermoeidheid en burn-out. Tijdens deze studie zijn geen verschillen gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep met betrekking tot zelf-gerapporteerde ziekteverzuim ten gevolge van psychosociale gezondheidsklachten. Tijdens de follow-up periodes (t1 en t2) had de interventiegroep beduidend minder dagen van afwezigheid vergeleken met de controlegroep. Voor t1 was dit gemiddeld 11.70 dagen afwezigheid binnen de interventiegroep en 13.13 dagen voor de controlegroep ($p = 0.012$). Voor t2 was dit 3.86 dagen vs. 4.95 dagen afwezigheid door ziekte ($p = 0.0001$). Bij de metingen voor afwezigheid door ziekte van baseline tot t2 ging het om gemiddeld 15.55 dagen voor de interventiegroep en 18.08 dagen voor de controlegroep ($p < 0.001$). Dit was een significant verschil in vermindering van het aantal

dagen dat werknemers afwezig waren van hun werk ten gevolge van psychosociale gezondheidsklachten. De werknemers die ingedeeld waren in de interventiegroep, rapporteerden statistisch significante en klinisch relevante verbetering in gezondheid, verminderde psychologische stress, minder vaak een burn-out, minder behoefte aan herstel en een verhoogde levensvoldoening. De conclusie is dat de coaching interventie een effect heeft op de duur van ziekteverzuim en op de algehele gezondheid van de werknemer.

9.2.3. Cognitieve gedragstherapie

Reviews: Vijf reviews evalueren Cognitieve Gedragstherapie (CGT) als behandelingsmethode voor angst (Joyce et al., 2016; Mackenzie, Harvey, Mewton, & Andrews, 2014; Naidu, Giblin, Burke, & Madan, 2016; Razzouk & Pinheiro, 2014). Alle vijf studies laten zien dat CGT een effectieve behandelingsmethode is voor mensen met een angststoornis. Twee van de reviews zijn specifiek gericht op CGT. Een van de studies, heeft het verschil onderzocht van zelf-gerapporteerde absenteïsme tussen twee groepen van werknemers: de eerste groep die een gewone CGT hebben gekregen en een groep die een internet-gebaseerde CGT hebben gekregen (Mackenzie et al., 2014). Er is geen verschil gevonden tussen deze groepen. De tweede review heeft gezocht naar de beste methode om CGT te geven. De auteurs concluderen dat alle methoden om CGT te geven effectief zijn, en dat internet-gebaseerde CGT (met een bepaalde input van de therapeut) niet minder effectief is dan een face-to-face behandeling (Naidu et al., 2016).

Kwalitatieve: Jansson et al. (2014) beschrijven hoe individuen de interventies ervaren en wat de impact van deze interventies zijn op het werk en alledaagse activiteiten van deze individuen. Ervaringen met CGT en de *Problem-based method* bij veertien vrouwen en twee mannen zijn geëvalueerd. Eén overkoepelende thema is naar voren gekomen: “bereiken van een veilige omgeving of verder zoeken naar hulp”. De vier categorieën hierbij zijn: “van passief zijn naar eigen inzet voor het revalidatieproces”, “vast blijven zitten of durven veranderen”, “evolueren van routine naar meer bewustzijn”, en “passen in of niet passen in situaties op de werkplek”. De deelnemers hebben een blijvend positief effect op hun werk en dagelijkse activiteiten gerapporteerd voor beide therapieën. Reflecteren op gedrag en behalen van belemmerende strategieën zijn in beide interventies als nuttig ervaren, alhoewel er verschillende omschrijvingen zijn om de strategieën te verwerken. Uit deze studie blijkt dat het gebruik van interventies voor ontwikkelen van actieve coping strategieën beter is voor mensen met mentale gezondheidsproblemen ten opzichte van passieve behandelingen.

Kwantitatieve: Blonk et al. (2006) hebben de effectiviteit gemeten van een cognitieve gedragstherapie (CGT) en een gecombineerde interventie met technieken gericht op de werkplek en op het individu onder 122 zelfstandige werkers die met ziekteverlof waren (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld, & Houtman, 2006). De deelnemers werden beoordeeld vóór de interventie, 4 maanden en 10 maanden na de interventie. De uitkomst is gebaseerd op de duur van het ziekteverzuim en het terugkeren naar het werk en op de psychologische klachten. De gecombineerde interventie heeft significant voordelige effecten gehad op het volledig terugkeren naar werk, maar geen significant effect op gedeeltelijke terugkeer naar werk ($\chi^2 = 2.17$, N.S voor deels terugkeren naar werk en $\chi^2 = 9.64$, $p < 0.01$ voor volledig terugkeren naar werk). Een significant effect werd gevonden voor de afname van psychologische klachten over tijd ($F(6,78) = 8.90$, $p < 0.01$). Desalniettemin was er geen sprake van een significant effect voor specifieke interventies voor de reductie van psychologische klachten, zoals depressie, angst en stress. Met andere woorden, ongeacht de interventie, was er sprake van een reductie in klachten bij de patiënten na een periode van 10 maanden. De conclusie kan getrokken worden dat een gecombineerde interventie gebaseerd op CGT een positief effect heeft op het terugkeren naar werk bij zelfstandigen.

De studie van Lagerveld et al. (2012) had als doel om de effectiviteit te vergelijken van twee psychotherapieën op individueel niveau, namelijk behandeling zoals gebruikelijk (CGT) en CGT die zich richt op het werk (W-CGT), waarbij werkgerelateerde aspecten zijn geïntegreerd in de behandeling (Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij, & Schaufeli, 2012). Van de 168 participanten, zaten 89 deelnemers in de interventiegroep (W-CGT) en 79 in de CGT-groep. Ook hierin werden de duur van terugkeer naar werk, mentale gezondheidsproblemen en kosten voor de werkgever meegenomen als uitkomstmaat. Er is naar voren gekomen dat de interventie (W-CGT) een beduidend positief effect heeft op de duur van terugkeer naar werk. De deelnemers van de interventiegroep keerden 65 dagen eerder naar werk (complete terugkeer) in

vergelijking tot de CGT-groep en 12 dagen eerder bij gedeeltelijke terugkeer naar werk (HR= 1.56, p<0.05 en HR=1.59, p<0.05 respectievelijk). Ook was er sprake van een aanzienlijke vermindering in de mentale gezondheidsproblemen in beide groepen (p<0.05, z-waarden variërend tussen 4.87 en 10.5). Emotionele uitputting, stress en depressie hadden een z-waarde tussen de 3.0 en 7.3 (p<0.05), maar voor angststoornissen was er geen significant effect (z= 1.24, p=0.21). De totale kosten voor de werknemer was ruim \$5.000 dollar minder bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Hieruit volgt dat een vroegtijdige focus op het werk tijdens de interventie, het proces voor herstel en terugkeer naar werk kan versnellen.

Tabel 9 Beschrijving van CGT studies

Studie	Interventie	Angst specifiek?	Werk omgeving?	Steek Proef omvang	Doelgroep	Effect angst (+/0/-)	Effect op terug aan werk	Sterkte van bewijs
Joyce et al. (2016) Mackenzie, Harvey, Mewton, & Andrews (2014) Naidu, Gibling, Burke, & Madan, (2016) Razzouk & Pinheiro, (2014)	Algemene CGT	Ja	Nee	review	Werknemer	+	+	Hoog
Jansson, Perseius, Gunnarsson & Bjorklund (2014)	CGT en <i>Problem-based method</i>	Ja	Nee	16	Werknemer	+	+	Redelijk
Blonk et al. (2006)	Gecombineerde interventie met technieken gericht op de werkpleken op het individu	Nee	Nee	122	Werknemer	+	+	Hoog
Lagerveld et al. (2012)	CGT dat zich richt op het werk (W-CGT)	Nee	Nee	168	Werknemer	0	+	Redelijk
Reme et al. (2015)	CGT met focus op het werk en individuele werkondersteuning voor mensen die moeite hebben met arbeidsparticipatie	Nee	Nee	1193	Werknemer	+	Nvt	Redelijk

Reme et al. (2015) hebben een cognitieve gedragstherapie met focus op het werk (CBT) en individuele werkondersteuning voor mensen die moeite hebben met arbeidsparticipatie geëvalueerd om de effectiviteit van deze interventies te meten. Hiervoor is een RCT opgezet met 1.193 participanten die met ziekteverlof waren, risico liepen om met ziekteverlof te gaan of een ziekte-uitkering hadden. De interventie werd vergeleken met reguliere zorg met betrekking tot veranderingen na 12 maanden in de mentale gezondheid en gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven. In vergelijking met de controlegroep, was er sprake van een verhoogde arbeidsparticipatie bij de interventiegroep (37.2% vs. 44.2%, p=0.015). Het verschil was significant na 18 maanden met een verschil van 7.8% (p=0.018) en voor de ziekte-uitkeringsgroep was het verschil 12.2%

($p=0.007$). Ook is gevonden dat de interventie resulteerde in een vermindering van depressie ($t=3.23$, $p<0.001$) en symptomen met betrekking tot angststoornissen ($t=2.52$, $p=0.012$). Daarnaast had de interventie ook een positief effect op de kwaliteit van leven ($t=2.24$, $p=0.026$) ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Hiermee kan gezegd worden dat de interventie (CBT) en individuele ondersteuning een effectieve manier waren om werk participatie te behouden of te verbeteren bij patiënten met algemene geestelijke gezondheidsproblemen.

9.2.4. Werkplek interventies

Reviews: Een andere review die zich richtte op zeven werkinterventies, onderzoekt het effect van kennis van artsen op het gebruik van interventies voor de werkplek (Krupa, 2007). Hierin is naar voren gekomen dat meer kennis van de artsen omtrent arbeidsinterventies voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, de kans verhoogd dat zij deze interventies in de praktijk gebruiken.

Kwalitatieve: In een van de kwalitatieve studies zijn verschillende voorbeelden van interventies genoemd door de werknemer die participeerde in de studie (Haslam, Atkinson et al. 2005). Voorbeelden van interventies voor terugkeer naar het werk zijn: gefaseerde terugkeer-naar-werk, therapeutische werkuren gedurende 4 tot 6 weken met een minimale duur van 2 uur per dag, en frontline medewerkers meer op de achtergrond laten werken zoals bij klantcontact. Er werd echter continu benadrukt vanuit de werknemers dat een van de meest belangrijke factoren voor een succesvolle terugkeer-naar-werk een goede liaison zou zijn tussen werkgevers en bedrijfsartsen.

Kwantitatieve: Sun et al. (2013) hebben een werkplek-gebaseerde interventie onderzocht die de mentale gezondheid, de arbeidsgeschiktheid en de productiviteit beoogd te verbeteren. Deze prospectieve cohortstudie is zodanig opgezet dat de interventie 30 maanden heeft plaatsgevonden. Aan dit onderzoek hebben 9 bedrijven deelgenomen waarbij de onderzoekers gegevens hebben verzameld van 2.768 individuen voor de interventie en na de interventie. Hierbij ging het om de arbeidsstressoren, bestendigheid, arbeidsgeschiktheid, afwezigheid, depressie en werkprestatie van de werknemers. Een programma om de gezondheid te verbeteren op het werk werd uitgevoerd als interventie. Dit programma bestond uit beleid voor een gezonde werkomgeving, psychosociale interventies om mentale gezondheid te promoten, het aanbieden van gezondheidszorg voor mensen met mentale problemen, en professionele training om met stress om te kunnen gaan en meer weerstand op te bouwen. Er was sprake van een significant verschil tussen de pre- en postinterventie gegevens van de deelnemers in relatie tot vermindering in arbeidsstressoren, een verhoogde arbeidsgeschiktheid en een verbeterde werkprestatie. Ook heeft de interventie ertoe geleid dat de werknemers minder kans hebben op afwezigheid gerelateerd aan depressie en een reductie in werkgerelateerde stress. Al met al, kan gezegd worden dat de interventieprogramma's die individuele en organisatorische factoren hebben geïntegreerd, effectief waren.

Om de effectiviteit te bestuderen van een module voor de geestelijke gezondheid van gezondheidsmedewerkers (WHS), hebben Gärtner et al. (2011) een RCT-studie opgezet. Het doel was om te onderzoeken of WHS het hulpzoekgedrag van de participanten stimuleerde, of het functioneren op de werkvloer vooruit ging en of de mentale gezondheid verbeterd werd. Hierbij werden verpleegkundigen en paramedici binnen de gezondheidszorg willekeurig onderverdeeld in een interventiegroep of controlegroep. In de interventie zijn mentale klachten en screening van beperkingen binnen het functioneren op de werkvloer opgenomen. Aan het begin, na drie maanden en na 6 maanden werden uitkomstmaten gemeten voor onder andere het gedrag om hulp te zoeken, functioneren op het werk en de mentale gezondheid. De interventiegroep en controlegroep hadden respectievelijk 99 en 126 deelnemers. Hierbij is een significant verschil ($p=0.016$) gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep in relatie tot het zoeken naar hulp. Ook was er sprake van een significant effect op het functioneren op het werk ($p=0.04$) binnen de interventiegroep. Tot slot is een significant effect gevonden voor mentale gezondheidsklachten ($p<0.01$), maar geen beduidend verschil voor riskant drinkgedrag na 3 maanden ($p=0.08$) en na 6 maanden ($p=0.36$). Hiermee kan gezegd worden dat de interventie een positieve invloed heeft op het zoeken naar hulp van de deelnemers, veroorzaakt door regelmatig bezoek van bedrijfsartsen als interventiestrategie. Er was echter onvoldoende bewijs voor de reductie van geestelijke gezondheidsklachten.

Tabel 10 Beschrijving van studies naar werkplek interventies

Studie	Interventie	Angst specifiek?	Werk omgeving?	Steekproef omvang	Doelgroep	Effect angst (+/-)	Effect op terug aan werk/werkprestatie	Sterkte van bewijs
(Sun et al., 2013)	Werkplek-gebaseerde interventie onderzocht dat de mentale gezondheid, de arbeidsgeschiktheid en de productiviteit verbeterd	Nee	Ja	2768	Werknemer	nvt	+	Laag
(Gärtner et al., 2011)	Module voor de geestelijke gezondheid van gezondheidsmedewerkers (WHS)	Nee	Ja	225	Werknemer	+	+	Hoog

9.2.5. Andere interventies

Reviews: Een andere review onderzoekt het gebruik van geestelijke gezondheidsinterventies op het werk en hun effect op werkgerelateerde uitkomsten (Wagner et al., 2016). Deze review maakt geen onderscheid tussen angst en andere stoornissen. Er is matige kwaliteit van bewijs voor de effectiviteit van geestelijke gezondheidsinterventies in de werkomgeving. Een hogere effectiviteit is gevonden voor complexe, multi-niveau, multi-interventie programma's die gebruik maken van zowel geestelijke als fysieke gezondheidsinterventies.

Een van de reviews laat zien dat gebruik van fysieke activiteit als interventie op organisatieniveau een positieve invloed heeft op arbeidsparticipatie en leidt tot een verminderd absentisme (Bhui, Dinos, Stansfeld, & White, 2012).

Kwalitatieve studies: et al. (2015) onderzoeken een interventie voor terugkeer naar werk die gebaseerd is op elementen van het Sherbrooke-model, en het Stages-of-Change model. Het doel van deze interventie is om een snelle terugkeer naar werk te faciliteren en zowel het ziekteverzuim als de symptomen van mentale gezondheidsproblemen te verminderen. Hierbij gaat het om de volgende stappen: 1) een vroegtijdige signalering van participanten; 2) multidisciplinaire beoordeling; en 3) de coördinatie van de belanghebbenden. Hierbij observeren de auteurs de verscheidene manieren van implementatie in drie verschillende gemeenten in Denemarken.

Kwantitatieve studies: Een quasi-experimentele studie van Knekt et al. (2008) heeft de effectiviteit gemeten van psychoanalyse als onderdeel van psychotherapie door 71 therapeuten die een standaard training hadden gekregen. Hierbij werden de psychische symptomen, de mogelijkheid tot werken en het arbeidsvermogen onderzocht. In totaal hebben 326 patiënten met stemmingsstoornissen of angststoornissen deelgenomen aan deze studie. Gedurende vijf jaar is op 9 verschillende momenten beoordeeld wat het effect was, gebaseerd op vragenlijsten en in 4 interviews. Er was sprake van een significante vermindering van psychische klachten (tussen de 53 en 72%) en een verbetering in de mogelijkheid tot werken en functionele capaciteit op het werk (variërend tussen de 29 en 34%).

In een retrospectieve studie hebben Plat et al. (2011) onderzocht wat het effect was van een behandelingsprogramma in een polikliniek en welke factoren een invloed hebben gehad op de terugkeer naar werk. Het betreft personeel van de politie die is behandeld voor posttraumatische stress stoornis (PTSS) waarbij gebruik is gemaakt van een interview als onderdeel van de opname voor de PTSS-behandeling en een interview nadat een 16-weekse behandelprogramma was afgerond. In deze retrospectieve studie zijn 121 participanten geïncludeerd. Hierbij is naar voren gekomen dat het behandelingsprogramma ertoe heeft geleid

dat er vaker sprake was van terugkeer naar het werk (van 62 naar 108 werkende personeel) en dat minder mensen ziek bleven (59 bij opname werd gereduceerd naar 13 mensen met ziekteverzuim aan het eind van het behandelprogramma). In conclusie, de helft van de medewerkers was met ziekteverlof en bijna alle medewerkers waren weer aan het werk na de behandeling. Er zijn geen significante relaties gevonden tussen leeftijd, geslacht, psychologische comorbiditeit, of het aantal jaren werkzaam als politie en de werkstatus na de behandeling.

Bakker et al. (2007) hebben in hun studie 433 patiënten geïncludeerd waarbij de effectiviteit van “*Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave*” (MISS) werd gemeten ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Het doel van MISS is om ziekteverzuim te minderen en de chronische aard van symptomen te voorkomen. Hierbij werd als uitgangspunt genomen, de duur van ziekteverzuim en terugkeer naar het werk en zelf-gerapporteerde stress, depressie, angst en somatisatie. De resultaten waren niet significant verschillend (HR= 1.06, $p=0.562$) voor zowel de terugkeer naar werk als voor de zelf-gerapporteerde uitgangspunten. De gevonden P-waarden voor ANOVA varieerde tussen de 0.275 en 0.802, waardoor alle gevonden effecten niet significant waren.

Brouwers et al. (2007) hebben een RTC uitgevoerd waarbij ze een activerende interventie hebben uitgetest en bekeken of dit tot een reductie van ziekteverzuim zou leiden bij patiënten met emotionele onrust en psychische problemen. Aan dit onderzoek hebben 194 patiënten deelgenomen. De interventie was gericht op het begrijpen van de oorzaken, ontwikkelen en uitvoeren van oplossingen en stimuleren om eerder terug te keren naar het werk. De uitkomsten waren gebaseerd op het aantal dagen met ziekteverzuim en mentale en fysieke gezondheid (met behulp van vragenlijsten). Ook in dit onderzoek zijn geen verschillen waargenomen met betrekking tot de uitgangspunten tussen de interventiegroep en de controlegroep. Het enige verschil werd geobserveerd in de experimentele groep; zij scoorden hoger op tevredenheid met betrekking tot de interventie zelf.

Reagon (2011) heeft drie “*condition management programmes*” (CMPs) geëvalueerd en bepaald in hoeverre deze interventies leiden tot een betere gezondheidsbeheersing en terugkeer naar werk. Hiervoor zijn 244 patiënten geïncludeerd in de studie en 27 semigestructureerde interviews met personeel en cliënten. Hierbij heeft de onderzoeker, met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten, de kwaliteit van leven, zelfeffectiviteit, en angst en depressie van de deelnemers bestudeerd. Alle scores van de vragenlijsten waren significant verschillend ($P<0.001$) ten opzichte van de scores voorafgaand aan CMP, waarmee een verbetering in geestelijke- en lichamelijke gezondheid is geconstateerd. Patiënten met mentale gezondheidsproblemen hadden aanzienlijke verbeteringen in hun scores ($F(3,220)= 5.359$, $p=0.001$ voor kwaliteit van leven en $F(3,216)= 5.359$, $p=0.006$ voor HADS depressiescore). Tijdens de interviews werd duidelijk dat CMP niet altijd lichamelijke symptomen reduceerde, maar alle participanten spraken over een verbetering van zelfvertrouwen. Volgens de deelnemers was er twijfel over de effectiviteit van CMP voor terugkeer naar werk, waarbij barrières als lichamelijke pijn, geen vervoer en onvoldoende banen werden voorgedragen. Bijgevolg kan worden geconcludeerd dat CMPs een positief effect hebben op de mentale gezondheid, waarbij vooral het zelfvertrouwen werd vergroot.

Eilenberg et al. (2015) hebben de maatschappelijke kosten onderzocht als gevolg van angst in een RCT. Onbehandelde patiënten met angst ($n=126$) werden gekoppeld aan een groep van 12,600 gezonde mensen, waarbij het aantal weken met ziekteverzuim werd vergeleken. Daarnaast werd onderzocht of de “*Acceptance & Commitment Group Therapy*” (ACT-G) onder 63 deelnemers voor een reductie zorgde van het aantal weken van uitkering in vergelijking met een controlegroep van 63 patiënten die op de wachtlijst stonden. De bevindingen wezen uit dat angst resulteerde in het twee weken langer ontvangen van een uitkering via de ziektewet in vergelijking met de algemene populatie ($p<0.0001$). De interventie (ACT-G) had daarentegen geen significant verschil in relatie tot het verminderen van de aantal weken uitkering in het eerste jaar ($\chi^2= 1.34$, $p=0.246$). Verder zijn er geen verschillen gevonden tussen de ACT-G groep, de controlegroep en de gehele populatie in relatie tot veranderingen in het aantal weken dat een uitkering werd uitbetaald gedurende het eerste jaar van de studie ($\chi^2= 1.23$, $p=0.541$). Angst is geassocieerd met een significant verhoogd aantal dagen van uitkering, wat neerkomt op verhoogde maatschappelijke kosten, maar de interventie had geen voordelig effect op de aantal dagen van uitkering.

Ook Van der Feltz-Cornelis et al. (2010) onderzochten terugkeer naar het werk bij werknemers die met ziekteverzuim zijn ten gevolge van mentale problemen met behulp van een RCT. Het doel van dit onderzoek was het meten van de tijdsduur om terug te keren naar werk van de patiënten. De patiënten hadden een psychiatrische consultatie bij hun bedrijfsarts. De patiënten van de interventiegroep gingen naar een bedrijfsarts (n=12), die waren getraind om psychische klachten te herkennen en te behandelen, waaronder depressie, angststoornissen of somatoforme stoornissen. Dit werd vergeleken met de gebruikelijke zorg ("*care as usual*" [CAU]). De participanten werden willekeurig verdeeld in de interventiegroep of in de controlegroep (29 en 31 respectievelijk). Na drie maanden was 58% van de interventiegroep volledige teruggekeerd naar hun werk, terwijl 44% van de controlegroep naar hun werk waren teruggekeerd ($p=0.0093$). Na 6 maanden was dit 85% en 84% respectievelijk, waarmee er geen significant verschil meer was ($p=0.0574$). In totaal was er een verschil van 68 dagen voor ziekteverzuim met 190 dagen voor de controlegroep en 122 dagen voor de interventiegroep ($\chi^2=3.101$, $p=0.078$). Hiermee is duidelijk geworden dat er sprake is van terugkeer naar werk, maar dat de interventie ervoor zorgt dat dit proces versneld wordt in de eerste 3 maanden.

Om de effectiviteit te meten van 'zorg gebaseerd op richtlijnen' ("*guideline-based care*" [GBC]), hebben Rebergen et al. (2009) een RCT opgezet met 240 politieagenten met mentale gezondheidsproblemen. Deze interventie initieert terugkeer naar werk doormiddel van het trainen van bedrijfsartsen voor GBC, gebaseerd op een activerende benadering, procesevaluatie, en cognitieve principes voor gedrag. De controlegroep kreeg gebruikelijke zorg (CAU). Hierin zaten 115 deelnemers en in de interventiegroep 125 participanten. Bij terugkeer naar werk werd onderscheid gemaakt tussen een volledige terugkeer en een gedeeltelijke terugkeer op t1 (baseline), t2 (tijdens de behandeling) en t3 (1 jaar als nacontrole). Daarnaast hebben de onderzoekers de tevredenheid over de behandeling geïnventariseerd met behulp van een vragenlijst op t3 en prognostische meetwaarden zoals de "Depression Anxiety Stress Scales" (DASS) en HADS-score op t1. Met laatstgenoemde scores kunnen ernst van depressie, stress en angst gemeten worden. Aan de hand van aangepaste cox-regressie resultaten, is gebleken dat deze interventie niet voor een eerdere terugkeer naar werk heeft gezorgd (105 vs. 104 patiënten; HR=0.96, $p=0.78$). Ook bij gedeeltelijke terugkeer naar werk was er geen verschil, met 50 patiënten voor de interventiegroep en 47 patiënten voor de controlegroep (HR=0.99, $p=0.94$). Ook het aantal dagen dat het heeft geduurd om gedeeltelijke terugkeer naar werk te krijgen, was niet significant verschillend tussen de groepen (HR=1.21, $p=0.28$). Hiermee kan geconcludeerd worden dat de interventie geen invloed heeft op terugkeer naar het werk van patiënten die mentale gezondheidsklachten hebben.

Knekt et al. (2008) hebben de verbeteringen omtrent arbeidsgeschiktheid vergeleken voor twee korte therapieën en 1 langdurige therapie, omdat hiervoor onvoldoende bewijs beschikbaar is. Hiervoor zijn 326 patiënten geïncludeerd die depressie of angststoornis hadden. Een willekeurige verdeling heeft plaatsgevonden voor de langdurige en de kortdurende therapieën voor psychodynamische psychotherapie en voor kortdurende oplossingsgerichte therapie. Deze therapieën zijn uitgebreid omschreven in het artikel. De patiënten werden 3 jaar lang gevolgd vanaf het begin van de therapie. De primaire onderzoeksuitkomsten waren gebaseerd op "*Work Ability Index*" (WAI), werk-schubschaal (SAS-Work), "*Perceived Psychological Functioning Scale*" (PPFS), de prevalentie van werkende of studerende patiënten en het aantal dagen van ziekteverlof. Volgens de WAI en SAS-Work resultaten was er sprake van een statistisch significante verbetering omtrent arbeidsgeschiktheid van de patiënten (15% en 17% respectievelijk, $p<0.001$). Ook de PPFS liet zien dat er een significantie verbetering was omtrent arbeidsgeschiktheid (21%, $p<0.001$) gedurende de 3-jarige follow-up. De twee kortdurende therapieën hadden geen significant verschil, maar de langdurende therapie was significant verschillend waarbij 5-12% vooruitgang was waargenomen voor de scores. De gevonden resultaten laten zien dat de kortdurende therapieën sneller leiden tot voordelige gevolgen, maar de langdurende therapie is op den duur effectiever.

Tabel 11 Beschrijving van studies naar andere interventies

Studie	Interventie	Angst specifiek?	Werk omgeving?	Steekproefomvang	Doelgroep	Effect angst (+/0/-)	Effect terug aan werk/werk prestatie	Sterkte van bewijs
(Martin, Moefelt et al., 2015)	Interventie voor terugkeer naar werk die gebaseerd is op elementen van het Sherbrooke-model, en het Stages-of-Change model	Ja	Ja	213	Werknemer	+	+	Redelijk
(Wagner et al., 2016)	Complexe, multi-niveau, multi-interventie programma's die gebruik maken van zowel geestelijke als fysieke gezondheidsinterventies	Ja	Ja	review	Werknemers en omgeving	+	+	Hoog
(Knekt et al., 2008)	Psychoanalyse als onderdeel van psychotherapie	Nee, stemming sstoornissen en of angststoornissen	Nee	326	Patiënten	+	+	Hoog
(Plat et al., 2013)	Poliklinisch behandelprogramma	PTSD	Nee	121	Werknemers	+	+	Laag
(Bakker et al., 2007)	"Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave" (MISS)	Nee	Nee	433	Patiënten	0	-	Redelijk
(Brouwers et al., 2006)	Activerende interventie	Nee	Nee	193	Werknemers	0	-	Hoog
(Reagon, 2011)	Drie "condition management programmes" (CMPs)	Nee	Nee	244	Werknemers	+	+/-	Laag
(Eilenberg et al., 2015)	"Acceptance & Commitment group Therapy" (ACT-G)	Ja	Nee	126	Patiënten	nvt	+	Hoog
(van der Feltz-Cornelis et al., 2010)	Bedrijfsartsen, die getraind werden om psychische klachten te herkennen en te behandelen	Nee	Ja	60	Werknemers	nvt	+	Redelijk
(Rebergen et al., 2009)	Guideline-based care, gebaseerd op een activerende benadering, procesevaluatie afhankelijk van tijd, en cognitieve principes voor gedrag	Nee	Ja	240	Werknemers	nvt	-	Hoog
(Knekt et al., 2008; Knekt et al., 2011)	Twee korte therapieën en 1 langdurige therapie	Nee	Ja	326	Werknemers	0/+	-/+	Hoog

Hoofdstuk 10. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit rapport was het creëren van inzicht en meer diepgang in de bestaande literatuur over angststoornissen en werk, en om dit te combineren met praktijkervaringen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. We hebben hiertoe een scoping review van de literatuur gedaan, met een systematische search. Daarnaast hebben we interviews, focusgroepen en een invitational conference gehouden om over de kennisbehoeften en tussentijdse resultaten in gesprek te gaan met het werkveld.

Een opvallende bevinding is dat we weinig wetenschappelijke literatuur gevonden hebben waarin het specifiek ging over angst (angstklachten of angststoornissen)⁷. De meeste artikelen richten zich op angst en depressie, of in het algemeen op psychische stoornissen, inclusief angst. Het is daarom lastig om op basis van de huidige literatuur aanbevelingen te doen over het begeleiden en beoordelen van mensen met angststoornissen in relatie tot arbeidsparticipatie. Het blijkt ook dat het in de bedrijfsgeneeskundige praktijk lastig is om angst te onderscheiden van andere psychische stoornissen. De vraag is dan ook of op dit moment een richtlijn specifiek voor angststoornissen mogelijk is en meerwaarde heeft voor de praktijk. Het heroverwegen hiervan in de richting van (het actualiseren van) een generieke richtlijn voor psychische stoornissen lijkt voor de hand te liggen.

Ondanks deze beperking, willen we hier een aantal bevindingen van het onderzoek nader bespreken. Opvallend veel artikelen richten zich op de vraag of angst een effect heeft op arbeidsparticipatie, en het weinig verrassende resultaat is dat dit inderdaad het geval is. Angst zelf (of een voorgeschiedenis van angst) is een risicofactor voor negatieve werkgerelateerde uitkomsten, al is *presenteism* van mensen met een angststoornis relatief hoger dan bij andere psychische stoornissen. Relevanter voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk zijn studies naar specifieke angststoornissen in relatie tot werkgerelateerde uitkomsten: niet elke angst is hetzelfde. Uit de interviews en literatuur kwam naar voren dat angst een groter effect heeft op werk als de angst zelf is gelinkt aan één van de omgevingen of taken tijdens het werk. Volgens de literatuur hebben generaliseerde angststoornissen of werkgerelateerde angst een grotere invloed op arbeidsparticipatie dan andere angst-gerelateerde stoornissen.

Verder zijn in de literatuur factoren gevonden die van invloed zijn op het ontwikkelen van angst bij werkenden. Er is bewijs dat het vrouwelijke geslacht, oudere leeftijd en een lager opleidingsniveau risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van angst en voor negatieve werkgerelateerde uitkomsten. Daarnaast zijn lange werkdagen, werkstress en weinig steun van de leidinggevende ook risicofactoren.

Er zijn ook factoren gevonden die een positieve invloed kunnen hebben op de angststoornis en op arbeidsparticipatie. Een positieve en ondersteunende werkomgeving heeft een positieve invloed op allebei. Ook begripvolle collega's en het hebben van een motiverende houding kunnen positieve effecten hebben op re-integratie. Daarnaast geven bedrijfs- en verzekeringsartsen aan dat goede coping mechanismen van de patiënt kunnen zorgen voor een voorspoedig re-integratieproces, net als behandelingen die zijn gericht op het bevorderen van actieve coping mechanismen van patiënten. Hetzelfde geldt voor een goed zelfbeeld, een positief wereldbeeld en een goed leervermogen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de interventie die de meest gebruikt wordt in de praktijk van angst en arbeidsparticipatie de cognitieve gedragstherapie (CGT) is. Gepubliceerde studies hebben gevonden dat in sommige situaties online therapie even effectief is als een face-to-face behandeling (Billings et al., 2008; Volker et al., 2015). De klinische effectiviteit en het positieve effect op de arbeidsparticipatie van een online interventie werd als een eye-opener gezien door deelnemers van de focusgroep. Men verwacht dat niet elke patiënt hier positief tegenover zal staan en denkt dat de internetbehandeling effectiever is wanneer er sprake is van een lichte vorm van begeleiding of als mogelijkheid wanneer er wachtlijsten zijn voor reguliere CGT.

⁷ Angst wordt in veel artikelen niet gespecificeerd – soms gaat het over angstklachten, soms over angststoornissen en soms over angst in het algemeen. We gebruiken daarom in dit rapport de term angst om al deze varianten aan te duiden.

Een andere eyeopener volgens deelnemers van de focusgroep was dat een combinatie van verschillende terugval-interventies, op individueel, groep en organisatorisch niveau, de geestelijke gezondheid van werknemers kan bevorderen. In de huidige praktijk wordt meestal gebruik gemaakt van CGT of exposure-therapie (door de behandelaar), en er is behoefte aan uitbreiding van het spectrum aan instrumenten voor gebruik in de specialistische en bedrijfsgeneeskundige praktijk. Uit ons literatuuronderzoek zijn geen artikelen gekomen die de effectiviteit van exposure therapie op arbeidsparticipatie onderzochten. De reden is dat deze therapie door specialisten wordt ingezet en niet specifiek gericht is op werkgerelateerde uitkomsten en daardoor niet naar boven kwamen in onze search. In de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap is opgenomen dat exposure-therapie een effectieve behandeling is voor klachten van verschillende soorten angst (NHG, 2012) en er zijn recentelijk nieuwe varianten ontwikkeld, zoals exposure-therapie met gebruik van virtual reality (Oprîş et al. 2012).

Ten slotte is uit de interviews en de groepsdiscussies naar voren gekomen dat het voor artsen vaak moeilijk is om psychische stoornissen in het algemeen, en angst in het bijzonder, te herkennen. Symptomen van psychische stoornissen lijken vaak op elkaar en de bestaande richtlijnen zijn onvoldoende specifiek om bedrijfs- en verzekeringsartsen hierbij te ondersteunen. Bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben behoefte aan zowel diagnostische als prognostische instrumenten voor het beoordelen van het functioneren van mensen met een angststoornis. In de literatuur zijn geen prognostische instrumenten gevonden die gericht zijn op de beoordeling van functioneren en arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis.

Aanbevelingen

- Omdat angststoornissen lastig te onderscheiden zijn van andere psychische problemen, sluit een *generieke* richtlijn voor psychische stoornissen wellicht beter aan bij de verzekerings- en bedrijfsgeneeskundige praktijk dan een richtlijn specifiek voor angststoornissen. Dit kan onderdeel uitmaken van het actualiseren van de richtlijn Psychische Problemen van de NVAB.
- Er is in de specialistische en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk behoefte aan meer onderzoek naar interventies om de arbeidsparticipatie van werknemers met angststoornissen te verhogen.
- Er is weinig bekend over het beoordelen van arbeidsvermogen van mensen met een angststoornis. Verkennend onderzoek hiernaar verdient aanbeveling, waarbij vooral de huidige ervaringskennis van artsen geïnventariseerd kan worden op basis waarvan best practices geïdentificeerd kunnen worden.
- Een uitdaging rondom de begeleiding van mensen met een angststoornis is het spanningsveld rondom werkvermijding versus exposure. Het verdient aanbeveling om ervaringskennis over het omgaan met deze spanning te ontsluiten. De beroepsgroepen zouden actief betrokken moeten worden bij deze verkenning (bijv. via het kennisplatform verzekeringsartsen, of het AIOs platform UWV). Verkennend, kwalitatief onderzoek kan leiden tot het formuleren van best practices en concrete handelingsperspectieven voor de praktijk, waarnaar vervolgonderzoek gedaan kan worden om bevindingen te valideren.
- Ten slotte is een aanbeveling voor beleid om middelen beschikbaar te maken voor onderzoek naar openstaande onderzoeksvragen, en voor het ontwikkelen van richtlijnen voor de begeleiding van mensen met psychische stoornis, en de beoordeling van hun arbeidsvermogen, voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk (al dan niet geïntegreerd).

Referenties

Hassink-Franke, L., Terluin, B., van Heest, F, Hekman, J, van Marwijk, H, van Avendonk, M. (2012) NHG-Standaard Angst. Utrecht, NHG.

Oprîş, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and anxiety*, 29(2), 85-93.

Van der Klink et al. (2007) *Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*, Utrecht, NVAB.

Bijlagen

Bijlage 1. Referenties geïnccludeerde studies

Geïnccludeerde review studies

- Abma, F. I., van der Klink, J. J. L., Terwee, C. B., Amick Iii, B. C., & Bültmann, U. (2012). Evaluation of the measurement properties of self-reported health-related work-functioning instruments among workers with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(1), 5-18.
- Bannai, A., & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health*, 40(1), 5-18. doi:10.5271/sjweh.338
- Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of environmental and public health*, 2012.
- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M., & Dewa, C. S. (2009). A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81-116.
- Cornelius, L., Klink, J., Groothoff, J., & Brouwer, S. (2011). Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 259-274 216p. doi:10.1007/s10926-010-9261-5
- Hergenrather, K. C., Zeglin, R. J., McGuire-Kuletz, M., & Rhodes, S. D. (2015). Employment as a Social Determinant of Health: A Review of Longitudinal Studies Exploring the Relationship Between Employment Status and Mental Health. *Rehabilitation Research, Policy & Education (Springer Publishing Company, Inc.)*, 29(3), 261-290 230p. doi:10.1891/2168-6653.29.3.261
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P., & Harvey, S. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 46(04), 683-697.
- Krupa, T. (2007). Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 339-345.
- Mackenzie, A., Harvey, S., Mewton, L., & Andrews, G. (2014). Occupational impact of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: reanalysis of data from five Australian randomised controlled trials. *Med J Aust*, 201(7), 417-419.
- Maimaris, W., Hogan, H., & Lock, K. (2011). The impact of working beyond traditional retirement ages on mental health: Implications for public health and welfare policy. *Public Health Reviews*, 33(2), 532-548.
- Naidu, V., Giblin, E., Burke, K., & Madan, I. (2016). Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occupational Medicine*, 66(2), 112-117.
- Nicolle-Mir, L. (2014). Effects of long working hours on health. *Environnement, Risques et Sante*, 13(4), 291-292.
- Nieuwenhuijsen, K., Franche, R. L., & Van Dijk, F. J. H. (2010). Work functioning measurement: Tools for occupational mental health research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(8), 778-790.
- Razzouk, D., & Pinheiro, M. (2014). Strategies And Interventions To Reduce The Socio Economic Impact Of Anxiety And Depression At The Workplace. *Value in Health*, 17(3), A136.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Wagner, S., Koehn, C., White, M., Harder, H., Schultz, I., Williams-Whitt, K., . . . Pasca, R. (2016). Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 7(1 January), 607-601-614.
- White, M., Wagner, S., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2013). Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 45(4), 1-12.

Geïnccludeerde kwantitatieve studies

- Bakker, I. M., Terluin, B., Van Marwijk, H. W., van der Windt, D. A. M., Rijmen, F., van Mechelen, W., & Stalman, W. A. (2007). A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLOS Clin Trial*, 2(6), e26.
- Banerjee, S., Chatterji, P., & Lahiri, K. (2014). Identifying the mechanisms for workplace burden of psychiatric illness. *Medical care*, 52(2), 112-120.
- Belleville, G., Marchand, A., St-Hilaire, M. H., Martin, M., & Silva, C. (2012). PTSD and depression following armed robbery: patterns of appearance and impact on absenteeism and use of health care services. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 465-468.
- Billings, D. W., Cook, R. F., Hendrickson, A., & Dove, D. C. (2008). A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 960.
- Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144.
- Bolier, L., Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Smeets, O., Gärtner, F. R., & Sluiter, J. K. (2014). Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. *Internet interventions*, 1(4), 196-204.
- Bouwmans, C., Vemer, P., van Straten, A., Tan, S. S., & Hakkaart-van Roijen, L. (2014). Health-related quality of life and productivity losses in patients with depression and anxiety disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(4), 420-424.
- Braam, C., Van Oostrom, S., Terluin, B., Vasse, R., De Vet, H., & Anema, J. (2009). Validation study of a distress screener. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(3), 231-237.
- Brouwers, E. P., Tiemens, B. G., Terluin, B., & Verhaak, P. F. (2006). Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General hospital psychiatry*, 28(3), 223-229.
- Buist-Bouwman, M., Graaf, R. d., Vollebergh, W., & Ormel, J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 436-443.
- Bystritsky, A., Kerwin, L., Niv, N., Natoli, J. L., Abrahami, N., Klap, R., . . . Young, A. S. (2010). Clinical and subthreshold panic disorder. *Depression and anxiety*, 27(4), 381-389.
- Carlier, I., Schulte-Van Maaren, Y., Wardenaar, K., Giltay, E., Van Noorden, M., Vergeer, P., & Zitman, F. (2012). Development and validation of the 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive, anxiety and somatoform disorders. *Psychiatry research*, 200(2), 904-910.
- Chakraborty, S., & Subramanya, A. H. (2013). Socio-demographic and clinical predictors of absenteeism-A cross-sectional study of urban industrial employees. *Industrial psychiatry journal*, 22(1), 17.
- D'Souza, R. M., Strazdins, L., Broom, D. H., Rodgers, B., & Berry, H. L. (2006). Work demands, job insecurity and sickness absence from work. How productive is the new, flexible labour force? *Australian and New Zealand journal of public health*, 30(3), 205-212.
- Diestel, S., & Schmidt, K. H. (2012). Lagged mediator effects of self-control demands on psychological strain and absenteeism. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(4), 556-578.
- Duijts, S. F., Kant, I., van den Brandt, P. A., & Swaen, G. M. (2008). Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 765-776.
- Eilenberg, T., Frostholm, L., Schröder, A., Jensen, J. S., & Fink, P. (2015). Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomised controlled trial. *Journal of anxiety*

- disorders*, 32, 95-102.
- el-Guebaly, N., Currie, S., Williams, J., Wang, J., Beck, C. A., Maxwell, C., & Patten, S. B. (2007). Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatric Services*, 58(5), 659-667.
- Erickson, S. R., Guthrie, S., Van Etten-Lee, M., Himle, J., Hoffman, J., Santos, S. F., . . . Abelson, J. L. (2009). Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 26(12), 1165-1171.
- Esposito, E., Wang, J. L., Williams, J. V., & Patten, S. B. (2007). Mood and anxiety disorders, the association with presenteeism in employed members of a general population sample. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 16(03), 231-237.
- Flach, P. A., Groothoff, J. W., Krol, B., & Bültmann, U. (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445.
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., & Skyberg, K. (2010). Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 698-705.
- Gärtner, F. R., Ketelaar, S. M., Smeets, O., Bolier, L., Fischer, E., van Dijk, F. J., . . . Sluiter, J. K. (2011). The Mental Vitality@ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health Hoog surveillance mental module for nurses and allied health professionals. *BMC Public Health*, 11(1), 290.
- Gjesdal, S., Ringdal, P. R., Haug, K., & Gunnar Mæland, J. (2008). Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *Nordic journal of psychiatry*, 62(4), 294-301.
- Godard, C., Chevalier, A., Lecrubier, Y., & Lahon, G. (2006). APRAND programme: an intervention to prevent relapses of anxiety and depressive disorders: first results of a medical health promotion intervention in a population of employees. *European psychiatry*, 21(7), 451-459.
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., . . . Beekman, A. T. (2015). Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 178, 121-130.
- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Sheridan, J., Cleary, C. M., Vecchio, N., & Whiteford, H. A. (2009). The association between mental disorders and productivity in treated and untreated employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 996-1003.
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., & Falkum, E. (2012). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and health*, 28(1), 1-10.
- Izutsu, T., Shibuya, M., Tsutsumi, A., Konishi, T., & Kawamura, N. (2008). The relationship between past traumatic experience and sickness absence. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 83-89.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A., & Group, H. P. S. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity—a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 107(1), 95-106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., . . . Group, H. P. S. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 132(1), 37-47.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220.
- LaMontagne, A. D., D'Souza, R., & Shann, C. (2012). Socio-demographic and work setting correlates of poor mental health in a population sample of working Victorians:

- application in evidence-based intervention priority setting. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(2), 109-122.
- Langerak, W., Langeland, W., van Balkom, A., Draisma, S., Terluin, B., & Draijer, N. (2012). A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in insurance medicine. *Work*, 43(3), 369-380.
- Matthews, L. R. (2005). Work potential of road accident survivors with post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 475-483.
- Matthews, L. R., Harris, L. M., & Cumming, S. (2009). Trauma-related appraisals and coping styles of injured adults with and without symptoms of PTSD and their relationship to work potential. *Disability and rehabilitation*, 31(19), 1577-1583.
- McCarthy, J. M., Trougakos, J. P., & Cheng, B. H. (2015). Are anxious workers less productive workers? It depends on the quality of social exchange.
- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Zins, M., & Goldberg, M. (2007). The mental health effects of multiple work and family demands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7), 573-582.
- Muñoz, M. d. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
- Muschalla, B. (2016). Different work capacity impairments in patients with different work-anxieties. *International archives of occupational and environmental health*, 89(4), 609-619.
- Muschalla, B., & Linden, M. (2012). Specific job anxiety in comparison to general psychosomatic symptoms at admission, discharge and six months after psychosomatic inpatient treatment. *Psychopathology*, 45(3), 167-173.
- Muschalla, B., & Linden, M. (2014). Workplace phobia, workplace problems, and work ability among primary care patients with chronic mental disorders. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(4), 486-494.
- Muschalla, B., Fay, D., & Linden, M. (2016). Self-reported workplace perception as indicators of work anxieties. *Occupational medicine*, 66(2), 168-170.
- Muschalla, B., Linden, M., & Olbrich, D. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety—A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Journal of anxiety disorders*, 24(3), 366-371.
- Nagashima, S., Suwazono, Y., Okubo, Y., Uetani, M., Kobayashi, E., Kido, T., & Nogawa, K. (2007). Working hours and mental and physical fatigue in Japanese workers. *Occupational medicine*, 57(6), 449-452.
- Nakamura, K., Seto, H., Okino, S., Ono, K., Ogasawara, M., Shibamoto, Y., . . . Nakayama, K. (2013). Which Stress Does Influence Returning to Work in Japan, Inside or Outside the Workplace? *Iranian journal of public health*, 42(11), 1207.
- Netterstrøm, B., Friebel, L., & Ladegaard, Y. (2013). Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(3), 177-186.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F. J., & van der Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- Plaisier, I., De Bruijn, J., Smit, J., De Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A., . . . Penninx, B. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105(1), 63-72.
- Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, 200(2), 382-388.
- Plat, M.-C. J., Westerveld, G. J., Hutter, R. C., Olf, M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2013). Return to work: Police personnel and PTSD. *Work*, 46(1), 107-111.
- Prang, K.-H., Bohensky, M., Smith, P., & Collie, A. (2016). Return to work outcomes for workers with mental health conditions: a retrospective cohort study. *Injury*, 47(1), 257-265.

- Reagon, C. (2011). Vocational rehabilitation in Wales: a mixed method evaluation of condition management programmes. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(1), 22-28.
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Van Mechelen, W. (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), 305-312.
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvrvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and environmental medicine*, 72(10), 745-752.
- Roelen, C. A., Hoedeman, R., van Rhenen, W., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J., & Bültmann, U. (2014). Mental health symptoms as prognostic risk markers of all-cause and psychiatric sickness absence in office workers. *The European Journal of Public Health*, 24(1), 101-105.
- Ruitenburt, M. M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 12(1), 1.
- Sanderson, K., Nicholson, J., Graves, N., Tilse, E., & Oldenburg, B. (2008). Mental health in the workplace: using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disability and rehabilitation*, 30(17), 1289-1297.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J. M., . . . Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Medical care*, 43(12), 1164-1170.
- Sudhir, P. M., Sharma, M. P., Mariamma, P., & Subbakrishna, D. (2012). Quality of life in anxiety disorders: Its relation to work and social functioning and dysfunctional cognitions: An exploratory study from India. *Asian journal of psychiatry*, 5(4), 309-314.
- Sun, J., Buys, N., & Wang, X. (2013). Effectiveness of a workplace-based intervention program to promote mental health among employees in privately owned enterprises in China. *Population health management*, 16(6), 406-414.
- Torske, M. O., Hilt, B., Bjørngaard, J. H., Glasscock, D., & Krokstad, S. (2015). Disability pension and symptoms of anxiety and depression: a prospective comparison of farmers and other occupational groups. The HUNT Study, Norway. *BMJ open*, 5(11), e009114.
- Torvik, F. A., Gjerde, L. C., Røysamb, E., Tambs, K., Kendler, K. S., Czajkowski, N. O., . . . Ørstavik, R. E. (2014). Genetic and environmental contributions to the relationship between internalizing disorders and sick leave granted for mental and somatic disorders. *Twin Research and Human Genetics*, 17(04), 225-235.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., de Jong, F. J., Meeuwissen, J. A., Drewes, H. W., van der Laan, N. C., & Adèr, H. J. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 6, 375.
- Virtanen, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Marmot, M. G., . . . Kivimäki, M. (2011). Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *Psychological medicine*, 41(12), 2485-2494.
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H., . . . van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: Results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5).
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 55-66.
- Waldenström, K., Ahlberg, G., Bergman, P. u., Forsell, Y., Stoetzer, U., Waldenström, M., & Lundberg, I. (2008). Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occupational and Environmental Medicine*,

65(2), 90-96.

- Wedegaertner, F., Arnhold-Kerri, S., Sittaro, N.-A., Bleich, S., Geyer, S., & Lee, W. E. (2013). Depression-and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 1.
- Zatzick, D., Jurkovich, G. J., Rivara, F. P., Wang, J., Fan, M.-Y., Joesch, J., & Mackenzie, E. (2008). A national US study of posttraumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic injury. *Annals of surgery*, 248(3), 429-437.

Geïnccludeerde kwalitatieve studies

- Bertilsson, M., Love, J., Ahlborg, G., Jr., & Hensing, G. (2015). Health care professionals' experience-based understanding of individuals' capacity to work while depressed and anxious. *Scand J Occup Ther*, 22(2), 126-136. doi:10.3109/11038128.2014.985607
- Bertilsson, M., Petersson, E. L., Ostlund, G., Waern, M., & Hensing, G. (2013). Capacity to work while depressed and anxious--a phenomenological study. *Disabil Rehabil*, 35(20), 1705-1711. doi:10.3109/09638288.2012.751135
- Cowls, J., & Galloway, E. (2009). Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: assisting clients' successful return to work. *Work*, 33(4), 401-411. doi:10.3233/wor-2009-0889
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S., & Haslam, R. A. (2005a). Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. *Occup Environ Med*, 62(8), 538-545. doi:10.1136/oem.2004.016196
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005b). Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *J Affect Disord*, 88(2), 209-215. doi:10.1016/j.jad.2005.07.009
- Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W. J., Bültmann, U., & Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS ONE*, 7(6).
- Jansson, I., Perseius, K. I., Gunnarsson, A. B., & Bjorklund, A. (2014). Work and everyday activities: experiences from two interventions addressing people with common mental disorders. *Scand J Occup Ther*, 21(4), 295-304. doi:10.3109/11038128.2014.894572
- Lemieux, P., Durand, M. J., & Hong, Q. N. (2011). Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil*, 21(3), 293-303. doi:10.1007/s10926-011-9316-2
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100-1106. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
- Nielsen, M. B., Rugulies, R., Hjortkjaer, C., Bültmann, U., & Christensen, U. (2013). Healing a vulnerable self: exploring return to work for women with mental health problems. *Qualitative health research*, 23(3), 302-312.
- Reavley, N. J., Ross, A., Killackey, E. J., & Jorm, A. F. (2012). Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related disorder: a Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. *BMC Psychiatry*, 12, 135. doi:10.1186/1471-244x-12-135
- Steingrimsdóttir, S. H., & Halldórsdóttir, S. (2015). Exacerbated vulnerability in existential changes: The essence of dealing with reduced working capacity. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*. doi:10.1007/s10775-015-9297-3

Bijlage 2. Zoektermen per database

Pubmed (14 March 2016)

Anxiety Disorders

"Anxiety"[Mesh:NoExp] OR "Performance Anxiety"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR anxiety[tiab] OR obsessive compulsive disorder*[tiab] OR panic disorder*[tiab] OR phobia*[tiab] OR phobic*[tiab] OR agoraphobia*[tiab] OR neurose[tiab] OR neuroses[tiab] OR neurosis[tiab] OR neurotic[tiab] OR stress disorder*[tiab]

Work-related Outcomes

"Convalescence"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "Return to Work"[Mesh] OR "Work Performance"[Mesh] OR convalescen*[tiab] OR absente*[tiab] OR work absence*[tiab] OR disability absence*[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence*[tiab] OR work absenteeism[tiab] OR work day loss*[tiab] OR work time loss*[tiab] OR medical leave*[tiab] OR sick leave*[tiab] OR disability leave*[tiab] OR return-to-work[tiab] OR back-to-work[tiab] OR reintegration[tiab] OR reemployment[tiab] OR job reentry[tiab] OR presenteeism[tiab] OR work productivit*[tiab] OR work function*[tiab] OR work participation[tiab] OR work performance*[tiab] OR performance at work[tiab] OR employment status[tiab] OR work status[tiab] OR work ability[tiab] OR work retention[tiab] OR workability[tiab] OR work sustainability[tiab] OR working hour*[tiab] OR working task*[tiab] OR task at work[tiab] OR tasks at work[tiab] OR ("Efficiency"[Mesh] AND (work*[tiab] OR job*[tiab])) OR "Work Capacity Evaluation"[Mesh] OR work capacit*[tiab] OR work disabilit*[tiab] OR work incapacity[tiab] OR work incapacities[tiab] OR work capabilit*[tiab] OR work incapabilit*[tiab] OR work inhibition*[tiab] OR work abilit*[tiab]

Embase (14 March 2016)

Anxiety Disorders

'anxiety'/exp OR 'anxiety disorder'/exp OR anxiety:ab,ti OR 'obsessive compulsive disorder*':ab,ti OR 'panic disorder*':ab,ti OR phobia*:ab,ti OR phobic*:ab,ti OR agoraphobia*:ab,ti OR neurose:ab,ti OR neuroses:ab,ti OR neurosis:ab,ti OR neurotic:ab,ti OR 'stress disorder*':ab,ti

Work-related Outcomes

'absenteeism'/exp OR 'convalescence'/exp OR 'medical leave'/exp OR 'return to work'/exp OR 'job performance'/exp OR 'work capacity'/exp OR 'work resumption'/exp OR convalescen*:ab,ti OR absente*:ab,ti OR 'work absence*':ab,ti OR 'disability absence*':ab,ti OR 'sick day*':ab,ti OR 'illness day*':ab,ti OR 'sickness absence*':ab,ti OR 'work absenteeism':ab,ti OR 'work day loss*':ab,ti OR 'work time loss*':ab,ti OR 'medical leave*':ab,ti OR 'sick leave*':ab,ti OR 'disability leave*':ab,ti OR 'return-to-work':ab,ti OR 'back- to-work':ab,ti OR reintegration:ab,ti OR reemployment:ab,ti OR 'job reentry':ab,ti OR presenteeism:ab,ti OR 'work productivit*':ab,ti OR 'work function*':ab,ti OR 'work participation':ab,ti OR 'work performance*':ab,ti OR 'performance at work':ab,ti OR 'employment

status':ab,ti OR 'work status':ab,ti OR 'work ability':ab,ti OR 'work retention':ab,ti OR workability:ab,ti OR 'work sustainability':ab,ti OR 'working hour*':ab,ti OR 'working task*':ab,ti OR 'task at work':ab,ti OR 'tasks at work':ab,ti OR ('productivity'/exp AND (work*:ab,ti OR job*:ab,ti)) OR 'work capacit*':ab,ti OR 'work disabilit*':ab,ti OR 'work incapacity':ab,ti OR 'work incapacities':ab,ti OR 'work capabilit*':ab,ti OR 'work incapabilit*':ab,ti OR 'work inhibition*':ab,ti OR 'work abilit*':ab,ti

PyscINFO (EBSCO) (March 14 2016)

Anxiety Disorders

(DE "Anxiety" OR DE "Performance Anxiety" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Generalized Anxiety Disorder" OR DE "Neurosis" OR DE "Panic" OR DE "Panic Attack" OR DE "Panic Disorder" OR DE "Phobias" OR DE "Post-Traumatic Stress" OR DE "Neurosis" OR DE "Occupational Neurosis" OR DE "Obsessive Compulsive Disorder" OR DE "Occupational Stress" OR DE "Occupational Neurosis" OR DE "Quality of Work Life" OR DE "Phobias" OR DE "Acrophobia" OR DE "Agoraphobia" OR DE "Claustrophobia" OR DE "Ophidiophobia" OR DE "School Phobia" OR DE "Social Phobia") OR TI (anxiety OR "obsessive compulsive disorder*" OR "panic disorder*" OR phobia* OR phobic* OR agoraphobia* OR neurose OR neuroses OR neurosis OR neurotic OR "stress disorder*") OR AB (anxiety OR "obsessive compulsive disorder*" OR "panic disorder*" OR phobia* OR phobic* OR agoraphobia* OR neurose OR neuroses OR neurosis OR neurotic OR "stress disorder*")

Work-related Outcomes

DE "Employee Absenteeism" OR DE "Employee Leave Benefits" OR DE "Reemployment" OR DE "Job Performance" OR DE "Employee Efficiency" OR DE "Employee Productivity" OR convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back- to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work" OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*")

(DE "Employee Absenteeism" OR DE "Employee Leave Benefits" OR DE "Reemployment" OR DE "Job Performance" OR DE "Employee Efficiency" OR DE "Employee Productivity") OR TI (convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back- to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work")

OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*") OR AB (convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back- to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work" OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*")

Cinahl (EBSCO) (March 14 2016)

Anxiety Disorders

(MH "Anxiety") OR (MH "Anxiety Disorders+")

OR TI ((anxiety OR "obsessive compulsive disorder*" OR "panic disorder*" OR phobia* OR phobic* OR agoraphobia* OR neurose OR neuroses OR neurosis OR neurotic OR "stress disorder*")) OR AB ((anxiety OR "obsessive compulsive disorder*" OR "panic disorder*" OR phobia* OR phobic* OR agoraphobia* OR neurose OR neuroses OR neurosis OR neurotic OR "stress disorder*"))

Work-related Outcomes

(MH "Recovery") OR (MH "Absenteeism") OR (MH "Sick Leave") OR (MH "Job Re-Entry") OR (MH "Employee Performance Appraisal+") OR (MH "Job Performance")

OR TI (convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back-to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work" OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*") OR AB (convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back-to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work" OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*")

Anxiety Disorders

anxiety OR "obsessive compulsive disorder*" OR "panic disorder*" OR phobia* OR phobic* OR agoraphobia* OR neurose OR neuroses OR neurosis OR neurotic OR "stress disorder"

Work-related Outcomes

convalescen* OR absente* OR "work absence*" OR "disability absence*" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence*" OR "work absenteeism" OR "work day loss*" OR "work time loss*" OR "medical leave*" OR "sick leave*" OR "disability leave*" OR "return-to-work" OR "back- to-work" OR reintegration OR reemployment OR "job re-entry" OR presenteeism OR "work productivit*" OR "work function*" OR "work participation" OR "work performance*" OR "performance at work" OR "employment status" OR "work status" OR "work ability" OR "work retention" OR workability OR "work sustainability" OR "working hour*" OR "working task*" OR "task at work" OR "tasks at work" OR "work capacit*" OR "work disabilit*" OR "work incapacity" OR "work incapacities" OR "work capabilit*" OR "work incapabilit*" OR "work inhibition*" OR "work abilit*" OR "job performance"

Bijlage 3. Exclusie en inclusie criteria voor de scoping review

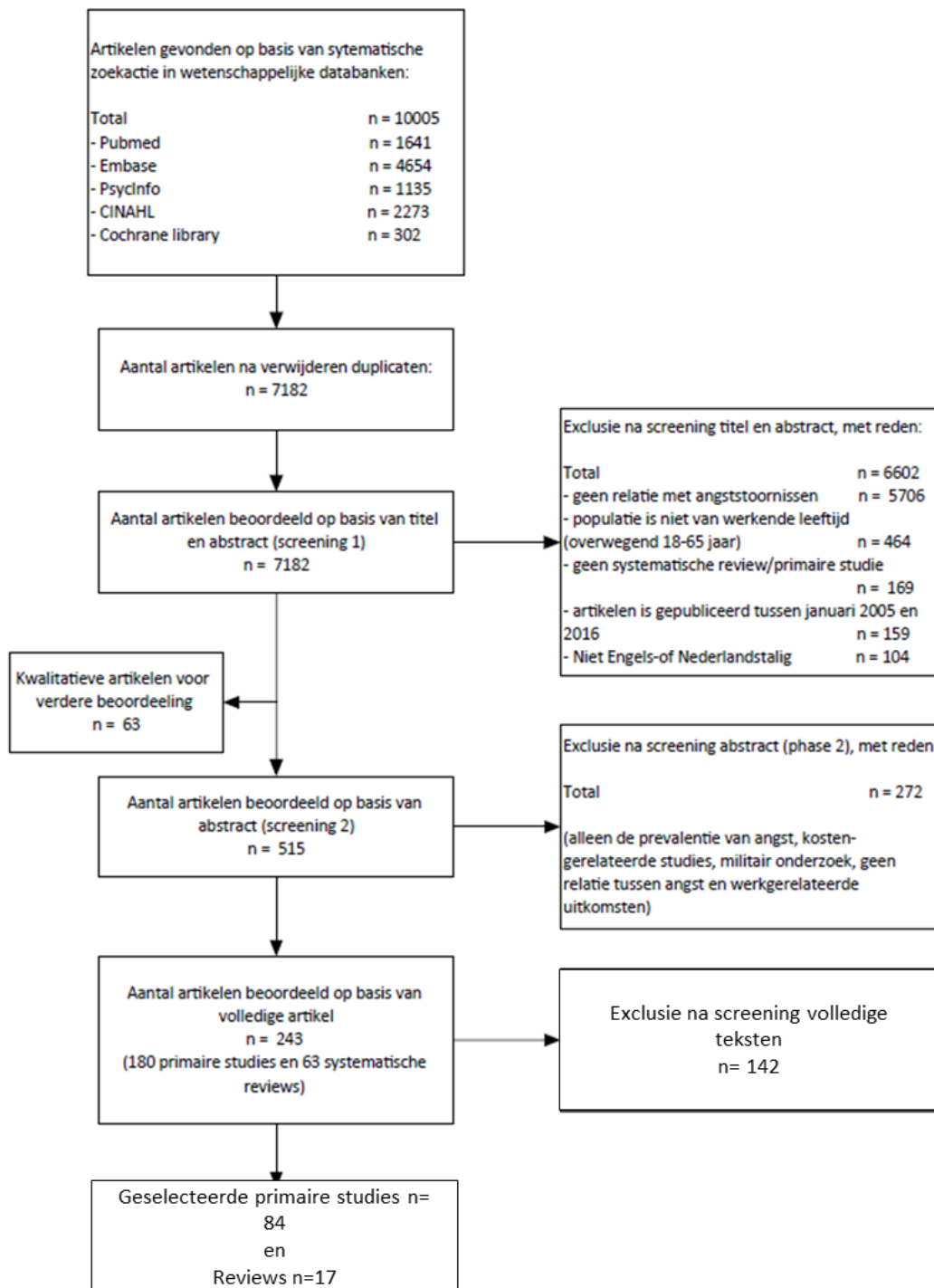
Inclusie criteria:

- o Uitkomstmaat is gerelateerd aan werk
- o Interventies vinden plaats in de werkomgeving
- o Populatie is gedefinieerd als werknemers met ziekteverzuim OF werknemers met angstklachten
- o Effecten van werkgerelateerde variabelen op geestelijke gezondheidsvariabelen
- o Effecten van geestelijke gezondheidsvariabele (met name angst) op werkgerelateerde uitkomsten
- o Expliciet genoemd: populatie van mensen met angst

Exclusie criteria

- o Artikel is niet Nederlands of Engelstalig
- o Enkel gericht op prevalentie van angst
- o Onderzoek in de militaire context met enkel oorlogsveteranen
- o Enkel beschrijvende statistiek (bijv. hoeveel dagen men ziek was)
- o Geen link met werkgerelateerde uitkomsten
- o Geen link met angst

Bijlage 4. Stroomdiagram selectieproces scoping review arbeidsparticipatie van mensen met angststoornissen



Bijlage 5. Operationalisering methodologische kwaliteit van bewijs primaire studies – Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields

Voor het bepalen van de methodologische kwaliteit van primaire studies zijn onderstaande beoordelingscriteria gebruikt. Voor de kwantitatieve studies zijn vraag 5, 6 en 7 niet van toepassing, daarom zijn deze buiten beschouwing gelaten. Voor de kwalitatieve studies zijn alle vragen meegenomen. Voor vraag 4 (*subject*) zijn de volgende karakteristieken gekozen: leeftijd participanten, aantal mannen in de sample, behandeling, jaar van diagnose. Vervolgens is de 'summary score' berekend en is op basis van deze score, hoewel gebaseerd op literatuur, een arbitraire beslissing over de methodologische kwaliteit van de studies.

<0,5	Laag
0,5-0,7	Voldoende
0,8-1	Hoog

Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields

1. Question or objective sufficiently described?

Yes: Is easily identified in the introductory section (or first paragraph of methods section). Specifies (where applicable, depending on study design) *all* of the following: purpose, subjects/target population, and the *specific* intervention(s) /association(s)/descriptive parameter(s) under investigation. A study purpose that only becomes apparent after studying other parts of the paper is *not* considered sufficiently described.

Partial: Vaguely/incompletely reported (e.g. "describe the effect of" or "examine the role of" or "assess opinion on many issues" or "explore the general attitudes"...); *or* some information has to be gathered from parts of the paper other than the introduction/background/objective section.

No: Question or objective is not reported, or is incomprehensible.

N/A: Should not be checked for this question.

2. Design evident and appropriate to answer study question?

(If the study question is not given, infer from the conclusions).

Yes: Design is easily identified and is appropriate to address the study question /objective.

Partial: Design and /or study question not clearly identified, but gross inappropriateness is not evident; *or* design is easily identified but only partially addresses the study question.

No: Design used does not answer study question (e.g., a comparison group is required to answer the study question, but none was used); *or* design cannot be identified.

N/A: Should not be checked for this question.

3. Method of subject selection (and comparison group selection, if applicable) or source of information/input variables (e.g., for decision analysis) is described and appropriate.

Yes: Described and appropriate. Selection strategy *designed* (i.e., consider sampling frame and strategy) to obtain an unbiased sample of the relevant target population or the entire target population of interest (e.g., consecutive patients for clinical trials, population-based random sample for case-control studies or surveys). Where applicable, inclusion/exclusion criteria are described and defined (e.g., "cancer" -- ICD code or equivalent should be provided). *Studies of volunteers:* methods and setting of recruitment reported. *Surveys:* sampling frame/ strategy clearly described and appropriate.

Partial: Selection methods (and inclusion/exclusion criteria, where applicable) are not completely described, but no obvious inappropriateness. Or selection strategy is not ideal (i.e., likely introduced bias) but did not likely seriously distort the results (e.g., telephone survey sampled from listed phone numbers only; hospital based case-control study identified all cases admitted during the study period, but recruited controls admitted during the day/evening only). Any study describing participants only as "volunteers" or "healthy volunteers".

Surveys: target population mentioned but sampling strategy unclear.

No: No information provided. *Or* obviously inappropriate selection procedures (e.g., inappropriate comparison group if intervention in women is compared to intervention in men). *Or* presence of selection bias which likely seriously distorted the results (e.g., obvious selection on “exposure” in a case-control study).

N/A: Descriptive case series/reports.

4. *Subject (and comparison group, if applicable) characteristics or invariables/information (e.g., for decision analyses) sufficiently described?*

Yes: Sufficient relevant baseline/demographic information clearly characterizing the participants is provided (or reference to previously published baseline data is provided). Where applicable, reproducible criteria used to describe/categorize the participants are clearly defined (e.g., ever-smokers, depression scores, systolic blood pressure > 140). If “healthy volunteers” are used, age and sex must be reported (at minimum). *Decision analyses:* baseline estimates for input variables are clearly specified.

Partial: Poorly defined criteria (e.g. “hypertension”, “healthy volunteers”, “smoking”). *Or* incomplete relevant baseline / demographic information (e.g., information on likely confounders not reported). *Decision analyses:* incomplete reporting of baseline estimates for input variables.

No: No baseline / demographic information provided. *Decision analyses:* baseline estimates of input variables not given.

N/A: Should not be checked for this question.

5. *If random allocation to treatment group was possible, is it described?*

Yes: True randomization done - requires a description of the method used (e.g., use of random numbers).

Partial: Randomization mentioned, but method is not (i.e. it may have been possible that randomization was not true).

No: Random allocation not mentioned although it would have been feasible and appropriate (and was possibly done).

N/A: Observational analytic studies. Uncontrolled experimental studies. Surveys. Descriptive case series / reports. Decision analyses.

6. *If interventional and blinding of investigators to intervention was possible, is it reported?*

Yes: Blinding reported.

Partial: Blinding reported but it is not clear who was blinded.

No: Blinding would have been possible (and was possibly done) but is not reported.

N/A: Observational analytic studies. Uncontrolled experimental studies. Surveys. Descriptive case series / reports. Decision analyses.

7. *If interventional and blinding of subjects to intervention was possible, is it reported?*

Yes: Blinding reported.

Partial: Blinding reported but it is not clear who was blinded.

No: Blinding would have been possible (and was possibly done) but is not reported.

N/A: Observational studies. Uncontrolled experimental studies. Surveys. Descriptive case series / reports.

8. *Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?*

Means of assessment reported?

Yes: Defined (or reference to complete definitions is provided) and measured according to reproducible, “objective” criteria (e.g., death, test completion – yes/no, clinical scores). Little or minimal potential for measurement / misclassification errors. *Surveys:* clear description (or reference to clear description) of questionnaire/interview content and response options. *Decision analyses:* sources of uncertainty are defined for all input variables.

Partial: Definition of measures leaves room for subjectivity, *or* not sure (i.e., not reported in detail, but probably acceptable). *Or* precise definition(s) are missing, but no evidence or problems in the paper that would lead one to assume major problems. *Or* instrument/mode of assessment(s) not reported. *Or* misclassification errors may have occurred, but they did not likely seriously distort the results (e.g., slight difficulty with recall of long-ago events; exposure is measured only at baseline in a long cohort study). *Surveys:*

description of questionnaire/interview content incomplete; response options unclear. *Decision analyses*: sources of uncertainty are defined only for some input variables.

No: Measures not defined, or are inconsistent throughout the paper. *Or* measures employ only ill-defined, subjective assessments, e.g. “anxiety” or “pain.” *Or* obvious misclassification errors/measurement bias likely seriously distorted the results (e.g., a prospective cohort relies on self-reported outcomes among the “unexposed” but requires clinical assessment of the “exposed”). *Surveys*: no description of questionnaire/interview content or response options. *Decision analyses*: sources of uncertainty are not defined for input variables.

N/A: Descriptive case series / reports.

9. Sample size appropriate?

Yes: Seems reasonable with respect to the outcome under study and the study design. When statistically significant results are achieved for major outcomes, appropriate sample size can usually be assumed, unless large standard errors ($SE > 1/2$ effect size) and/or problems with multiple testing are evident. *Decision analyses*: size of modeled cohort / number of iterations specified and justified.

Partial: Insufficient data to assess sample size (e.g., sample seems “small” and there is no mention of power/sample size/effect size of interest and/or variance estimates aren’t provided). *Or* some statistically significant results with standard errors $> 1/2$ effect size (i.e., imprecise results). *Or* some statistically significant results in the absence of variance estimates. *Decision analyses*: incomplete description or justification of size of modeled cohort / number of iterations.

No: Obviously inadequate (e.g., statistically non-significant results and standard errors $> 1/2$ effect size; or standard deviations $> _$ of effect size; or statistically non-significant results with no variance estimates and obviously inadequate sample size). *Decision analyses*: size of modeled cohort / number of iterations not specified.

N/A: Most surveys (except surveys comparing responses between groups or change over time). Descriptive case series / reports.

10. Analysis described and appropriate?

Yes: Analytic methods are described (e.g. “chi square”/ “t-tests”/“Kaplan-Meier with log rank tests”, etc.) and appropriate.

Partial: Analytic methods are not reported and have to be guessed at, but are probably appropriate. *Or* minor flaws or some tests appropriate, some not (e.g., parametric tests used, but unsure whether appropriate; control group exists but is not used for statistical analysis). *Or* multiple testing problems not addressed.

No: Analysis methods not described and cannot be determined. *Or* obviously inappropriate analysis methods (e.g., chi-square tests for continuous data, SE given where normality is highly unlikely, etc.). *Or* a study with a descriptive goal / objective is over-analyzed.

N/A: Descriptive case series / reports.

11. Some estimate of variance (e.g., confidence intervals, standard errors) is reported for the main results/outcomes (i.e., those directly addressing the study question/ objective upon which the conclusions are based)?

Yes: Appropriate variances estimate(s) is/are provided (e.g., range, distribution, confidence intervals, etc.). *Decision analyses*: sensitivity analysis includes all variables in the model.

Partial: Undefined “+/-” expressions. *Or* no specific data given, but insufficient power acknowledged as a problem. *Or* variance estimates not provided for all main results/outcomes. *Or* inappropriate variance estimates (e.g., a study examining change over time provides a variance around the parameter of interest at “time 1” or “time 2”, but does not provide an estimate of the variance around the difference). *Decision analyses*: sensitivity analysis is limited, including only some variables in the model.

No: No information regarding uncertainty of the estimates. *Decision analyses*: No sensitivity analysis.

N/A: Descriptive case series / reports. Descriptive surveys collecting information using open-ended questions.

12. Controlled for confounding?

Yes: Randomized study, with comparability of baseline characteristics reported (or non-comparability controlled for in the analysis). *Or* appropriate control at the design or analysis stage (e.g., matching, subgroup analysis, multivariate models, etc). *Decision analyses*: dependencies between variables fully accounted for (e.g., joint variables are considered).

Partial: Incomplete control of confounding. *Or* control of confounding reportedly done but not completely described. *Or* randomized study without report of comparability of baseline characteristics. *Or* confounding not considered, but not likely to have seriously distorted the results. *Decision analyses:* incomplete consideration of dependencies between variables.

No: Confounding not considered, and may have seriously distorted the results. *Decision analyses:* dependencies between variables not considered.

N/A: Cross-sectional surveys of a single group (i.e., surveys examining change over time or surveys comparing different groups should address the potential for confounding). Descriptive studies. Studies explicitly stating the analysis is strictly descriptive/exploratory in nature.

13. Results reported in sufficient detail?

Yes: Results include major outcomes and all mentioned secondary outcomes.

Partial: Quantitative results reported only for some outcomes. *Or* difficult to assess as study question/objective not fully described (and is not made clear in the methods section), but results seem appropriate.

No: Quantitative results are reported for a subsample only, or “n” changes continually across the denominator (e.g., reported proportions do not account for the entire study sample, but are reported only for those with complete data -- i.e., the category of “unknown” is not used where needed). *Or* results for some major or mentioned secondary outcomes are only qualitatively reported when quantitative reporting would have been possible (e.g., results include vague comments such as “more likely” without quantitative report of actual numbers).

N/A: Should not be checked for this question.

14. Do the results support the conclusions?

Yes: All the conclusions are supported by the data (even if analysis was inappropriate). Conclusions are based on all results relevant to the study question, negative as well as positive ones (e.g., they aren’t based on the sole significant finding while ignoring the negative results). Part of the conclusions may expand beyond the results, if made *in addition to* rather than instead of those strictly supported by data, and if including indicators of their interpretative nature (e.g., “suggesting,” “possibly”).

Partial: Some of the major conclusions are supported by the data, some are not. *Or* speculative interpretations are not indicated as such. *Or* low (or unreported) response rates call into question the validity of generalizing the results to the target population of interest (i.e., the population defined by the sampling frame/strategy).

No: None or a very small minority of the major conclusions are supported by the data. *Or* negative findings clearly due to low power are reported as definitive evidence against the alternate hypothesis. *Or* conclusions are missing. *Or* extremely low response rates invalidate generalizing the results to the target population of interest (i.e., the population defined by the sampling frame/ strategy).

N/A: Should not be checked for this question.

Summary score

Total sum = (number of “yes” * 2) + (number of “partials” * 1)

Total possible sum = 28 – (number of “N/A” * 2)

Summary score: total sum / total possible sum

Bijlage 6. Extractie tabellen

6a Extractie tabel, reviews

#	Author	Year	Meta (Yes/No)	Systematic (Yes/No)	Methods clear (Yes/no)	# of papers	Aim	Anxiety specific (Y/N)	Results	AMSTAR assessment
1	Abma	2012	No	Yes	Yes	5	The objective of this study is to appraise critically and compare the measurement properties of self-reported health-related work-functioning instruments among workers with CMD.	No	Five different self-reported health-related work functioning instruments are included: (i) the Endicott Work Productivity Scale (EWPS) , (ii) the Work Limitations Questionnaire (WLQ) , (iii) the Stanford Presenteeism Scale (SPS) , (iv) the Work Performance Scale of the Functional Status Questionnaire (WPS) , and (v) the Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS) . The aim of all the instruments is to measure the degree to which health problems affect an individuals' work functioning. The EWPS and WLQ were developed for populations with a wide variety of both health conditions and jobs. The WPS and SPS were developed for working populations and the LEAPS was specially designed for a depressed (working) population. The WPS, SPS, and LEAPS are short questionnaires (between 6 and 7 items on work functioning) compared to the EWPS and WLQ (both 25 items).The available evidence on measurement properties is based on studies of poor-to-fair methodological quality. Information on a number of measurement properties, such as measurement error, content validity, and cross-cultural validity is still lacking. Therefore, no evidence-based decisions and recommendations can be made for the use of health-related work functioning instruments. Studies of high methodological quality are needed to properly assess the existing instruments' measurement properties.	Low quality review
2	Bannai	2014	No	Yes	Yes	17	The purpose of this paper was to clarify the epidemiological evidence regarding the association between long working hours and health from previous studies by excluding differences in the definition of long working hours and the detrimental effect of shift work.	No	Long working hours is associated with depressive state, anxiety, sleep condition, and CHD. Researchers were able to exclude differences in the definition of long working hours and the influence of shift work. Since both factors may influence the association between long working hours and health, further studies are necessary that deal with them appropriately	Moderate quality review

3	Bhui	2012	Yes	No	Yes	10	What is the effect of the stress managing interventions	No	cognitive-behavioural programmes produced larger effects at the individual level compared with other interventions. Some interventions appeared to lead to deterioration in mental health and absenteeism outcomes. Gaps in the literature include studies of organisational outcomes like absenteeism, the influence of specific occupations and size of organisations, and studies of the comparative effectiveness of primary, secondary and tertiary prevention. CONCLUSIONS: Individual interventions (like CBT) improve individuals' mental health. Physical activity as an organisational intervention reduces absenteeism. Research needs to target gaps in the evidence	Moderate quality review
4	Corbière	2009	No	Yes	Yes	24	1) Conduct a systematic review of the most recent literature, 2) describe the preventive psychological interventions for workers, 3) summarize the significant work- and health-related outcomes associated with these interventions, and 4) identify where the significant gaps still exist.	No	Eight studies were identified as primary interventions, 14 were identified as secondary interventions, and 2 included both. There was a predominance of studies utilizing skills training. One-third of studies used a combination of individual, group and organization level interventions, most often supported by psychosocial intervention or participatory research. These components brought positive and significant results with regard to work and mental health outcomes to workers	Moderate quality review
5	Cornelius	2011	No	Yes	Yes	7	What factors can link to long-term disability due to mental health disorders	No	Out of 796 studies, we included seven articles, all of high methodological quality describing a range of prognostic factors, according to the ICF-model categorized as health-related, personal and external factors. We found strong evidence that older age (>50 years) is associated with continuing disability and longer time to RTW. There is limited evidence for the association of other personal factors (gender, education, history of previous sickness absence, negative recovery expectation, socio-economic status), health related (stress-related and shoulder/back pain, depression/anxiety disorder) and external i.e., job-related factors (unemployment, quality and continuity of occupational care, supervisor behavior) with disability and RTW. We found limited evidence for the association of personal/external factors (education, sole breadwinner, partial/full RTW, changing work tasks) with symptom recovery	Moderate quality review

6	Hergenrather	2015	No	Yes	Yes	48	To explore employment as a social determinant of health through examining the relationship between employment status and mental health.	No	Five common trajectories were identified as employment, unemployment, job loss, reemployment, and retired. Employment and reemployment were associated with better mental health (e.g., lower psychological distress, lower depression, lower anxiety), whereas unemployment and job loss were correlated with poorer mental health (e.g., higher depression, higher psychological distress).	Moderate quality review
7	Joyce	2015	Yes	No	Yes	20	The present study aimed to carry out a systematic meta-review examining the effectiveness of workplace mental health interventions, defined as any intervention that a workplace may either initiate or facilitate that aims to prevent, treat or rehabilitate a worker with a diagnosis of depression, anxiety or both.	No	Moderate evidence was identified for two primary prevention interventions; enhancing employee control and promoting physical activity. Stronger evidence was found for CBT-based stress management although less evidence was found for other secondary prevention interventions, such as counselling. Strong evidence was also found against the routine use of debriefing following trauma. Tertiary interventions with a specific focus on work, such as exposure therapy and CBT-based and problem-focused return-to-work programmes, had a strong evidence base for improving symptomology and a moderate evidence base for improving occupational outcomes. Overall, these findings demonstrate there are empirically supported interventions that workplaces can utilize to aid in the prevention of common mental illness as well as facilitating the recovery of employees diagnosed with depression and/or anxiety.	Moderate quality review
8	Krupa	2007	No	No	Yes	7	To review employment interventions for individuals who experience mental illness.	No	Physicians who are knowledgeable about the nature and scope of employment interventions for individuals with mental illness are in a good position to effect positive change in the work lives of the individuals they serve.	Critically Low quality review
9	Mackenzie	2014	No	No	Yes	5	To determine whether internet-delivered cognitive behaviour therapy (iCBT) for depression and anxiety reduces self-reported absenteeism in employed individuals	No	We included 284 participants in our analysis. When data for the three disorders were combined, participants who received iCBT had significant reductions in self-reported absenteeism compared with those in the control groups (who were on a waitlist) ($P = 0.03$). When data for the three disorders were analysed separately, reductions in self-reported absenteeism for participants who received iCBT were not significantly different to those for participants in the control groups.	Moderate quality review

10	Maimaris	2011	No	Yes	Yes	10	Does working longer than retirement age has negative effects on anxiety (among others)	No	Working beyond retirement age can be beneficial for people	Moderate quality review
11	Naidu	2016	No	Yes	Yes	6	To establish the optimum method of delivering CBT to workers with common mental health problems.	No	We found six studies comparing methods of delivery of CBT for anxiety disorders but found no trials which compared methods of delivery for mild-to-moderate depression. All delivery methods led to an improvement in anxiety symptoms. Internet-delivered CBT with some input from a therapist was found to be as clinically effective as face-to-face CBT and more cost-effective. CONCLUSIONS: Internet CBT should be made available in workplaces for workers with anxiety disorders as part of a stepped care plan.	Moderate quality review
12	Nicolle-Mir	2014	No	No	Yes	19	Is working long hours related to anxiety	No	There is a significant association between working long hours and anxiety	Not a review (French summary of Bannai et al)
13	Nieuwenhuijsen	2010	No	Yes	Yes		Two systematic literature studies; the first to identify articles that measured work functioning in workers with CMDs, and the second to identify work functioning measurement instruments.	No	Work functioning is mostly studied in relation to clinical factors. Instruments with acceptable psychometric properties exist for measuring productivity and work role limitations. Conclusions: Further exploration of work-related determinants of work functioning is needed to develop more work-focused interventions. Existing instruments have to be tested in workers with CMDs. New work functioning instruments are needed to integrate the quality of work output and the effort required to remain productive.	Moderate quality review
14	Razzouk	2014	No	No	Yes	5	To identify the evidence-based interventions available to prevent and to treat anxiety and depression at the workplace and to explore in what extent these interventions have impact on reducing the socio economic effects of mental disorders.	No	Five main interventions were identified: workplace screening for anxiety and depression disorders and care management: interventions are usually delivered throughout cognitive behavioral therapy (CBT), offered by external psychological service providers; CBT through web-based program: it is offered a web-based program to selected employees. Benefits come out of tackling the disorder and increasing productivity levels due to the reduction of presenteeism; interventions promoting well-being in the workplace: it includes flexible time schedules, career growth opportunities and mental health risk factors recognition training program for managers; financial education: workshop for selected employees to advise them on how to better manage their debts, reducing financial burden and consequently, reducing mental	Abstract only

									health problems; antidepressant drugs for anxiety and depression: these medicines have a positive impact on the work performance and on the decrease of absenteeism rate.	
15	Sanderso n	2006	No	No	Yes	?	To review the recent descriptive and social epidemiology of common mental disorders in the workplace, including prevalence, participation, work disability, and impact of quality of work, as well as to discuss the implications for identifying targets for preventive interventions.	No	Depression and simple phobia were found to be the most prevalent disorders in the working population. The limited data on rates of participation suggested higher participation among people with depression, simple phobia, social phobia, and generalized anxiety disorder. Depression and anxiety were more consistently associated with "presenteeism" (that is, lost productivity while at work) than with absenteeism, whether this was measured by cutback days or by direct questionnaires. Seven longitudinal studies, with an average sample size of 6264, showed a strong association between aspects of low job quality and incident depression and anxiety. There was some evidence that atypical work was associated with poorer mental health, although the findings for fixed-term work were mixed.	Moderate quality review
16	Wagner	2016	No	Yes	Yes	14	To determine the level of evidence supporting mental health interventions as valuable to work outcomes.	No	There is moderate evidence for the effectiveness of workplace mental health interventions on improved workplace outcomes. Certain types of programs, such as those incorporating both mental and physical health interventions, multicomponent mental health and/or psychosocial interventions, and exposure in vivo containing interventions for particular anxiety disorders had a greater level of research evidence to support their effectiveness.	Moderate quality review
17	White	2013	No	Yes	Yes	27	To identify modifiable workplace disability risk and protective factors across common health conditions impacting work-related absence.	No	Modifiable work factors found to have consistent evidence across two or more health conditions included lack of social support, increased physical demands at work, job strain, lack of supervisory support, increased psychological demands, low job satisfaction, low worker control of job, and poor leadership quality. Conclusions: The active engagement of stakeholders led to greater understanding of relevance of the study findings for community stakeholders and appreciation of the mutual benefits of collaboration.	Moderate quality review

6b Eerste deel extractie tabel, kwantitatieve studies

#	First author	Year	Country	Aim/Goal	Type of anxiety	Variables assessed	Outcome tested	Findings
1	Aasvik	2015	Norway	The aim of this study was to identify symptoms associated with subjective memory complaints (SMCs) among subjects who are currently on sick leave due to symptoms of chronic pain, fatigue, depression, anxiety, and insomnia.	Not specified	Memory complaints, Chronic pain, Depression and Anxiety, Fatigue, Insomnia	Association between perceived/subjective memory failures and symptoms of chronic pain, fatigue, depression, anxiety, insomnia.	Subjective memory complaints should be recognized as part of the complex symptomatology among patients who report multiple symptoms, especially in cases of fatigue and anxiety. Self-report questionnaires measuring perceived memory failures may be a quick and easy way to incorporate and extend this knowledge into clinical practice.
2	Ahola	2011	Finland	We investigated the association between common mental disorders at baseline and register-based disability pensions during the seven-year follow-up. The diagnoses for depressive, anxiety, and alcohol use disorders at baseline were obtained by the standardized Composite International Diagnostic Interview (CIDI). In addition, we examined whether baseline clinical, sociodemographic, work-related, health behaviour, and treatment factors were related to the disability pension.	Anxiety all DSM 4	Physical illness, sociodemographic factors and Occupational grade (manual, non-manual), type of employment (permanent, time-limited, self-employed), approximate weekly working hours (below 35, 35–40, over 40), physical strain, job strain, team-climate, and job insecurity were assessed through the questionnaire.	Relation between anxiety and risk of disability pension	Comorbid mental disorders pose a high risk for disability pension. Depressive or anxiety disorders alone were related to subsequent disability pension but these associations failed to reach significance after adjustment for confounding factors. Other independent predictors of work disability include socio-demographic, clinical, work-related, and treatment factors, but not health behavior. More attention should be paid to work-related factors in order to prevent chronic work disability.
3	Bailey	2015	Canada	To profile the clinical symptoms, self-reported absenteeism and presenteeism and treatment response of workers with MH symptoms at the point of accessing MH care and compare the characteristics of patients referred with or without problems related to work.	Panic (18.4%), Other Anxiety (25.4%) in work group	clinical symptoms	Absenteeism and presenteeism (WHO DAS 2)	Patients in the work group were significantly more likely than patients in the non-work group to meet PHQ clinical thresholds for panic and other Anxiety (25.4% and 18.8%, $p < 0.01$, $d = 0.16$).

4	Bakker	2009	Netherlands	The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) can be seen as characteristic for successive refinements of criteria and structured interview techniques for diagnosing psychiatric disorders in primary care. It is one of the most widely used instruments, but there is no evidence to support its test–retest reliability. The present study was conducted to determine the test–retest reliability of the PRIME-MD.	Not specified	Various psychiatric disorders (mood, anxiety, alcohol, eating, somatoform)	Test–retest reliability of the PRIME-MD	PRIME-MD is one of the few instruments in PC that actually diagnoses specific mental disorders according to the DSM criteria. However, there was a failure to adequately classify sub-threshold disorders. Mental disorders, as seen in primary care, encompass important specific symptoms and clinical syndromes that vary in duration and severity over time, but they also encompass an admixture of somatic and psychological symptoms that do not match current diagnostic systems. This most likely resulted in methodological uncertainty about the level of agreement.
5	Bakker	2007	Netherlands	The aim of this study was to assess the effectiveness of our Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS) in primary care, which is intended to reduce sick leave and prevent chronicity of symptoms.	General anxiety symptoms	Number of sick days, self-reported symptoms of distress, depression, anxiety, and somatisation	Influence of intervention on duration of sick leave until lasting full return to work, levels of self-reported distress, depression, anxiety, and somatisation	We found no evidence that the MISS is more effective than UC in our study sample of distressed patients.
6	Banerjee	2014	USA	To identify the mechanisms, or most important symptoms, through which psychiatric disorders (depressive episode, panic attack, social phobia, and generalized anxiety disorder) affect labor market outcomes.	Panic attack, social phobia, and GAD	Latent variables for psychiatric disorders including panic attack, social phobia and GAD (based on DSM IV)	Labor market outcomes (labor force participation, number of work absences)	The length of a GAD episode is most detrimental aspect of GAD for labor market outcomes, followed by symptoms relating to difficulty controlling worry and symptoms of worry/anxiety/nervousness causing significant emotional distress for both men and women. As we did not find significant adverse impact of either panic attack or social phobia on any work outcome, we shall not discuss the results for indicators of these disorders.
7	Belleville	2012	Canada	The objectives of the study were to assess the occurrence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Major Depressive disorder (MDD) in victims of armed robbery, and to evaluate occupational functioning and use of health care services.	Posttraumatic stress disorder (PTSD)	PTSD, MDD, days of sick leave, Days of robbery-related absenteeism, days of other absenteeism, medical visits	Development of PTSD/MDD, occupational functioning and use of health care in victims of armed robbery	Both PTSD and MDD, either in isolation or in comorbidity, can develop in victims of armed robbery. comorbid PTSD–MDD is as frequent as or even more frequent than either disorder in isolation. The number of days of absenteeism related to the robbery and the number of medical visits was greater among individuals with PTSD (regardless of the presence of comorbid MDD). Clinicians and management

								resources personnel must be alert to the possibility that both PTSD and MDD, either alone or comorbid, can develop in victims of armed robbery.
8	Billings	2008	US	To evaluate the effectiveness of a web-based multimedia health promotion program for the workplace, designed to help reduce stress and to prevent depression, anxiety, and substance abuse.	Not specified	Knowledge, Attitude Towards Psychological Help, Mood Management Self-Efficacy, Mood Management Self-Efficacy, Stress, Mood, Depression, Anxiety, Negative coping, Binge drinking stage of change, Work productivity, Program usage, Program evaluation	Whether: 1) Intervention group would reduce stress and become more productive at work as compared to the control group. 2) Intervention group would increase their knowledge about anxiety and depression, develop skills to manage their mood, improve their treatment seeking attitudes for anxiety or depression	Relative to controls, the web-based group reduced their stress, increased their knowledge of depression and anxiety, developed more positive attitudes toward treatment, and adopted a more healthy approach to alcohol consumption. Therefore, a brief and easily adaptable web-based stress management program can simultaneously reduce worker stress and address stigmatized behavioral health problems by embedding this prevention material into a more positive stress management framework.
9	Blonk	2006	Netherlands	We investigated the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) and a combined intervention of workplace- and individual-focused techniques among self-employed people on sick leave owing to work-related psychological complaints (such as anxiety, depression, and burnout).	Not specified	Scales for psychological complaints, Return to work, Working conditions, Social support	Effectiveness of CBT and a combined intervention on the duration of sick leave until partial and full RTW and on psychological complaints (e.g. anxiety, depression)	Significant effects on partial and full return were found in favour of the combined intervention. For full return to work, the difference was approximately 200 days. A decrease in psychological complaints was present in each condition but we found no significant interaction effects. The results suggest that work resumption should be addressed earlier in individuals receiving CBT.
10	Bolier	2014	Netherlands	The objective of this study was to examine the effectiveness of a workers' health surveillance (WHS) module that offers screening, tailored feedback and online interventions targeting positive mental health and mental health complaints. WHS is a strategy at the workplace to implement preventive action by	Not specified	Positive mental health, Work engagement, Well-being, Depression and Anxiety symptoms	Effectiveness of WHS module on the well-being, work engagement and mental health of nurses and allied health professionals, compared to a waitlisted control	The WHS module effectively enhanced positive mental health, and in particular psychological well-being, in comparison to a waitlisted control group. For work engagement a small positive effect was found. No significant differences between groups were found for depression or anxiety. The effect should be considered with caution as there was a large attrition rate.

				identifying and treating health complaints.			group	
11	Bouwma ns,	2014	Nether- lands	To assess the explanatory power of disease severity and health- related quality of life (HRQOL) on absenteeism and presenteeism in a work- ing population suffering from depression and/or anxiety disorders.	Panic disorder with or without agoraphobia, social phobia, GAD	HRQoL, short term and long-term absence	Productivity loss (absenteeism and presenteeism)	Anxiety disease severity was significantly associated with the type of productivity loss ($\chi^2 = 17.4$; $P = 0.008$).
12	Braam	2009	Nether- lands	A 3-item screening instrument called the Distress Screener was developed for early identification of distress among employees on sick leave. The Distress Screener consists of three items obtained from the distress subscale of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). This study assessed an optimal cut- off point and validated the Distress Screener by relating it to the 4DSQ and to medical diagnoses.	Not specified	Distress, Depression, Anxiety, Somatisation	Assessing an optimal cut-off point and validating the Distress Screener by relating it to the 4DSQ and to medical diagnoses.	The Distress Screener is a valid instrument for use by the occupational physicians (OP) during consulting time as a quick scan for early identification of distress in employees on sick leave. The cut-off point ≥ 4 is useful for early identification of distress in employees on sick leave.
13	Brouwers	2007	Nether- lands	The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of an activating intervention designed to reduce sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders.	Anxiety by DSM4	Sick leave duration, mental health and physical health (questionnaires included the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Four-Dimensional Symptom Questionnaire and SF-36), all measured at baseline at and 3, 6 and 18 months later	Effect of intervention on sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders	Although the intervention has benefits, it was not successful at its primary goal (i.e., to reduce sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders).
14	Buist- Bouwma n	2005	Nether- lands	To examine the association between physical and mental disorders and the separate and joint effect of physical and mental disorders on work-loss.	Not specified	Work-loss days, mental health status	Effect of co-morbid mental health problem (incl. anxiety) on work-loss days	Both physical and mental disorders are related to work-loss both separately and as comorbid disorders; and iii) the increase in work-loss days due to PM comorbidity is roughly the sum of work-loss days associated with these mental and physical disorders, except for hypertension and chronic back trouble for which we found

								synergistic effects.
15	Bystritsky	2010	USA	The purpose of this study is to add to the accumulating evidence of significant comorbidity and disability associated with subthreshold PD.	Panic disorder	Work status, inability to work for health reasons (among respondents who worked fewer than 40 hr per week), self-reported disability status, working days missed in the past 30 days (among respondents who work for pay), and working days missed due to physical/mental health or substance abuse in the past 30 days (among respondents who work for pay).	Effects of presence of PD on work-related variables	Respondents with past-year PD reported a greater number of working days missed in the past 30 days and working days missed due to physical/mental health or substance abuse in the past 30 days. There was also a trend for individuals who had a panic attack in a nonlife-threatening situation to miss a greater number of working days in the past 30 days (P=.052).
16	Carlier	2012	Netherlands	We aimed to develop and validate a psychological distress instrument, including measures of vitality and work functioning	Suspected mood, anxiety and somatophorm disorders	Internal validity and consistency of the tool	Validity of the questionnaire as instrument for assessment of psychological distress	The results showed good internal consistency as well as good convergent and divergent validity. The SQ-48 is meant to be available in the public domain for Routine Outcome Monitoring(ROM) and can be used as a screening/monitoring tool in clinical settings, as a benchmark tool, or for research purposes.
17	Chakraborty	2013	India	To find an association between job stress and absenteeism in relation to socio-demographic and clinical profile.	Not specified	Socio-demographic variables, clinical variables (presenting complaints, problem in workplace, alcohol abuse/dependency, past history of psychiatric illness, family history of psychiatric illness, physical comorbidity attributed to stress)	Association between job stress and absenteeism in relation to socio-demographic and clinical profile	All subjects had significant job stress and absenteeism was found among 42% of the subjects. Absentees complained more about fatigue and poor interpersonal relationship with colleague than non-absentees. Many job-stressed employees were reluctant to go to workplace to avoid dealing with fear, anger, or other stresses associated with a co-worker. Stress occurred with colleagues and in superior-subordinate relationships. Co-morbid anxiety/depression was found in two-third of the employees in the absenteeism group and one-third of non-absentees. The presence of anxiety/depression is a significant predictor of absenteeism (P = 0.02) in our study, which is in

								concurrency with other studies.
18	Cornelius	2014	Netherlands	The aim of this study was to examine under-recognition, under-treatment and severity of under-treated mental disorders classified according to the DSM-IV among disability benefit claimants after two years of sickness absence.	PTSD, panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, social phobia, OCD, other anxiety disorder	ICD-10 classified disorders, DSM-IV classified disorders, Under-recognition, Under-treatment, Severity	Assess: 1) Levels of ICD-10/DSM-IV agreement; 2) Prevalence of recent DSM-IV mood and anxiety disorders in disability claimants; 3) Treatment and severity of undertreated DSM-IV mood and anxiety disorders among disability claimants	Serious mental disorders were found to be substantially underdiagnosed and under-treated among disability claimants. To optimize diagnosis and treatment of disabling mental disorder, medical professionals in insurance, occupational and in the health care sector should closely collaborate. For claimants with under-treated mental disorders, tailor-made multidisciplinary interventions are needed to promote return to work and to prevent permanent disability. These interventions should involve professionals in mental health care, occupational and revalidation medicine, and should be aimed at improvement of mental health, functioning and return-to-work.
19	D'Souza	2006	Australia	We investigate one aspect of productivity – sickness absence – and ask whether job insecurity and high work demands are associated with increased sickness absence and, if so, whether mental or physical health mediates this association. We further investigate if having control at work modifies these associations.	Not specified	Sickness absence, Work demands, Job control, Job insecurity, Physical and mental health problems, Demographic factors, Employment characteristics, Life event, Occupations, Sensitivity to negative stimuli,	1) Associations between job insecurity and job demands among those with no, short, or long-term sickness absence; 2) The effects of high job control on the associations between high demands and job insecurity, and sickness absence; 3) The effects of mental/physical health problems on the relationship between work conditions and sickness	Difficult working conditions may reduce productivity by contributing to longer absences from work: High job insecurity and high work demands were significantly associated with long-term, but not with short-term, sickness absence. These associations were unaffected by job control. Also, mental health is the main mechanism explaining the relationships between adverse work conditions and long-term sickness absence: Depression and anxiety explained 61% of the association between high work demands and long-term sickness absence and 30% of the association between job insecurity and long-term sickness absence.
20	Diestel	2012	Germany	We tested lagged mediational effects of self-control demands (SCDs) on emotional exhaustion, depersonalization, anxiety, and sum	Not specified	Job control, social support, workload, emotional dissonance, self-control demands,	SCDs mediate the longitudinal relations of workload to emotional exhaustion	In two different samples, analyses of cross-lagged panel SEM indeed revealed that SCDs exert mediator effects in the longitudinal relationship between workload and exhaustion,

				of days absent.		anxiety, absenteeism	(Hypothesis 1a), depersonalization (Hypothesis 1b), anxiety (Hypothesis 1c), and absenteeism (Hypothesis 1d)	anxiety, and sum of days absent after partialling biographical influences, outcome stability, and relevant job characteristics (emotional dissonance, social support, and job control).
21	Duijts	2008	Netherlands	To assess the effectiveness of a preventive coaching intervention on sickness absence due to psychosocial health complaints and on general well-being of employees	Anxious mood	Sickness absence due to psychosocial health complaints; secondary outcome measures are related to general well-being, such as psychological distress, fatigue, and coping.	Effect of coaching intervention on amount of sick days and general well-being	This study shows that the coaching intervention primarily has an effect on general well-being of employees.
22	Eilenberg	2015	Denmark	Based on complete register data, we (1) compared weeks on sickness-related benefits (SB) in untreated patients with severe HA (n = 126) with a matched population sample (n = 12,600); and (2) tested whether Acceptance & Commitment group Therapy (ACT-G) (n = 63) reduced weeks on SB during the first year after randomisation compared to a waitlist (n = 63).	Hypochondria	ACT-G psychotherapy program	Sickness-related benefits; unemployment benefits	Patients with severe HA had significantly more weeks on SB than matched individuals from the general population during the five-year period prior to entering the RCT. Secondly, we tested the effect of ACT-G on SB during the first year after randomisation and did not find a significant difference between ACT-G and the waitlist group.
23	El-Guebaly	2007	Canada	This study examined associations between mood disorders, anxiety disorders, substance dependence or harmful alcohol use, and occupational status and disability in a general population sample.	Anxiety by DSM4	Occupational status and disability assessment (occupational dysfunction) and diagnosis	Occupational status of people with mental health diagnosis	On a population level, mood and anxiety disorders and substance dependence were associated both with not working during the week preceding the interview as well as an increase in reported disability or bed days. The strength of association appears to be stronger for mood and anxiety disorders

24	Erickson	2009	US	<p>This study examined self-reported work-productivity in adult patients with anxiety disorders. Goal one was to examine the impact of anxiety severity on work-related outcomes.</p> <p>Goal two was to examine psychometric properties (sensitivity, internal reliability, construct validity) of four validated instruments and to assess their relative suitability for use in this population with the goal of improving measurement of work-related quality of life in this population.</p>	OCD, Panic w/agor, Social phobia, GAD, Anxiety DO NOS, Specific phobia, Hypochondriasis, Body dysmorphic dis, Trichotillomania, Panic w/o agor, MDD	Work measures, Anxiety severity and clinical change measures, Health-related quality of life, Role-functioning.	Associations between anxiety and work-related outcomes, both pretreatment links and the impact of anxiety change over 12 weeks of treatment on work outcomes.	Level of work performance was generally associated with severity of anxiety. Patients with greater anxiety generally showed lower work performance on all instruments. Job advancement was impaired for the moderate/severe group. Anxiety severity groups did not differ in job type, time on job, job satisfaction, or job choice. The multi-item performance scales (WLQ and WPAI) demonstrated better validity and internal consistency. The WLQ and the WPAI detected change with symptom improvement.
25	Esposito	2007	Canada	Describe impact of mood and anxiety disorders on presenteeism	Agoraphobia, social phobia, GAD	Symptoms of mood and anxiety disorders	Presenteeism	Among subjects with comorbid mood and anxiety disorders 75.0% reported interference with their work compared with only 13.3% of subjects without mood or anxiety disorders. Mood and anxiety disorders were associated with lower presenteeism ratings. Regression analysis uncovered a significant gender by anxiety disorder interaction, indicating that the effect of anxiety disorders was greater in men than women.
26	Flach	2011	Netherlands	Associations are examined between socio-demographic, medical, work-related and organizational factors and the moment of first return to work (RTW) (within or after 6 weeks of sick leave) and total sick leave duration in sick leave spells due to common mental disorders.	Not specified	anxiety disorder, history of sick leave for mental disorder, reason for sick leave, type of work, hours at work/week, gender, age	First RTW within/after 6 weeks; duration of sick leave until full RTW	Anxiety disorder associated with first RTW after 6 weeks When comparing the durations of 14–52 weeks with >52 weeks, the medical diagnoses of anxiety disorder were associated with a longer sick leave duration.

27	Foss	2010	Norway	To identify individual and work-related predictors of long-term (>8 weeks) sickness absence with psychiatric diagnoses (LSP). This study aimed at increasing understanding of the underlying causes of LSP.	Not specified	Sickness-absence, SEP, Occupational factors, Mental distress, Self-reported general health, Work-related health, Lifestyle, Education, Gender	Assess: 1) the impact of SEP, working conditions, and mental health on long-term (>8 weeks) sickness absence with psychiatric diagnoses (LSP). 2) the interrelationships between these factors.	Women had a higher risk of LSP than men. Low education and poor support from superior and mental distress were found to be determinants of LSP. The effect of support from superior was mediated through mental distress and not the other way around. Self-reported mental distress had a strong independent effect. Therefore, work environment can make people mentally distressed rather than that poor mental health leads to selection into jobs with poor work environment. Improving working conditions, such as social support, may be an important step toward reducing the burden of sickness absence due to mental conditions.
28	Gartner	2013	Netherlands	To investigate whether the mental module for WHS for nurses and allied health care professionals stimulates help-seeking behaviour and improves work functioning and mental health. The module includes on-line screening and an invitation for a face-to-face preventive consultation with an occupational physician for participants with impaired work functioning, mental health complaints, or both.	Anxiety and panic, PTSD	Depression, anxiety, PTSD symptoms, help-seeking behavior (seeing a occupational caregiver)	Impaired work functioning	In the WHS OP-care group, 151 workers (79%) were classified as having work functioning impairments, mental health complaints, or both compared with 161 (86%) in the control group. The hypothesized larger decrease of work functioning impairments in the WHS OP-care group was confirmed. The hypothesis of a reduction in mental health complaints in the WHS OP-care group could not be confirmed.
29	Gjesdal	2008	Norway	To investigate the incidence of long-term sickness absence (LTSA) with different psychiatric diagnoses, and tested predictors of the transition to permanent disability pension (DP). A special objective was to explore previously reported gender differences, using a population-based cohort study.	Not specified	Age, gender, income	Transition from sickness absence to disability pension	Previous research has found that increasing age and low income are general predictors of the transition from LTSA to DP. In the present study, the effect of increasing age was weaker than expected for men. Low income increased the risk of DP but not linearly.
30	Godard	2006	France	The study sought to determine whether an organized health promotion intervention during medical consultations improves the outcome for patients who meet the	ICD10 anxiety and depressive disorders	Assessed symptom severity (HAD scores) and outcome over one year, mini interview	Effect of intervention on reduction of symptoms	Combining detection with organized provision of information including printed material improves patients' outcome and physicians' diagnostic abilities

				ICD10 criteria for anxiety or depressive disorders		results		
31	Hendriks	2015	Netherlands	This longitudinal study aims to compare long-term work disability and absenteeism between anxiety and depressive disorders focusing on the effects of different course trajectories (remission, recurrence and chronic course) and specific symptom dimensions (anxiety arousal, avoidance behaviour and depressive mood).	Social anxiety disorder, panic disorder with or without agoraphobia, GAD	Psychiatric course trajectory (i.e. presence of anxiety over time; anxiety arousal (symptoms of anxiety))	Work disability (i.e. difficulties in day-to-day work, most important work tasks well, getting all the work done, and in getting work done quickly as needed.) Work absenteeism	Found that a history of anxiety and/or depressive disorders, and current anxiety disorders, depressive disorders and comorbid anxiety–depressive disorder were associated with work disability and absenteeism and that these effects remained over a period of 4 years, when compared to healthy controls. Long-term work disability and absenteeism were most prominent in subjects with comorbid anxiety–depressive disorders, followed by depressive disorders and lowest in anxiety disorders. Results showed differences between psychiatric course trajectories; long-term work disability and absenteeism were more prominent in subjects with a chronic course compared to subjects with remission or recurrence
32	Hilton	2009	Australia	In a large cross-sectional study, this article investigates associations between employee work productivity, psychological distress, and the treatment of mental disorders.	Psychological distress and mental health problems	Health and Work Performance Questionnaire and mental health status, employee productivity and presentism	Difference in work productivity for people with/without common mental health problems	Treatment of mental disorders resulting in normalization of symptoms is associated with employees' productivity returning to values approaching those of employees without a history of a mental disorder
33	Innstrand	2012	Norway	Examined the dynamic relationship between work engagement (vigour and dedication) and symptoms of anxiety and depression.	Not specified	Vigour and dedication levels (i.e. work engagement)	Symptoms of anxiety and depression	The hypothesized relationship between work engagement (vigour and dedication) and anxiety was partly supported. As hypothesized, vigour at T1 was negatively associated with anxiety at T2. Therefore, high level of vigour at T1 was associated with low levels of anxiety 2 years later. In contrast to what was hypothesized, dedication at T1 was positively associated with symptoms of anxiety 2 years later. Thus, being highly dedicated to work may produce more symptoms of anxiety and not less, as hypothesized.

34	Izutsu	2008	Japan	This study explores the relationship between sickness absence and past traumatic experience with regard to the amount of time lapsed after the experience, job strain and other mental health states such as depression and anxiety.	Not specified	Sickness absence, Past traumatic experience, Impact of Event, Depressive symptoms, Anxiety symptoms, Job Content (job stress, job demands, job control support levels of co-workers/supervisors)	Relationship between sickness absence and past traumatic experience with regard to the amount of time elapsed since the experience, job strain and other mental health states such as depression and anxiety.	Past traumatic events are related to sickness absence. People who experienced traumatic events had more anxiety symptoms regardless of the period of time that had elapsed from the time of the event. Traumatic events may influence sickness absence through the exacerbation of these problems associated with depression, anxiety and job strain.
35	Knekt	2011	Finland	To address whether psychoanalysis is more effective than less intensive psychotherapies in the treatment of patients suffering from mood or anxiety disorder we conducted a quasi-experimental clinical trial comparing the effectiveness of psychoanalysis with one long-term psychotherapy and two short-term therapies on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up.	Not specified	Depressive and Anxiety symptoms, Remission from depressive symptoms, Recovery from psychiatric diagnosis on axis I, Work ability, Functional capacity, Global Assessment of Functioning, Remission from work disability, Realization of work capacity	Effectiveness of short-term and long-term psychotherapies compared to psychoanalysis on depressive and anxiety symptoms, work ability and functional capacity	Psychotherapy gives faster benefits than psychoanalysis, but in the long run psychoanalysis seems to be more effective. A reduction in psychiatric symptoms and improvement in work ability and functional capacity was noted in all treatment groups. The short-term therapies were more effective than psychoanalysis during the first year, whereas the long-term therapy was more effective after 3 years of follow-up. Psychoanalysis was most effective at the 5-year follow-up.
36	Knekt	2008	Finland	The present study compares improvements in work ability in two short-term therapies and one long-term therapy	Anxiety or mood disorder according to DSM 4	Work Ability Index (WAI), the Work-subscale (SAS-Work) of the Social Adjustment Scale, Perceived Psychological Functioning Scale	Effect of different therapies on functioning	Short-term therapies give benefits more quickly than long-term therapy on work ability but in the long run long-term therapy is more effective than short-term therapies. More research is needed to confirm these findings.
37	Knudsen	2013	Norway	To examine and compare the prospective effect of the common mental disorders (CMD) anxiety and depression on duration and recurrence of sickness absence (SA), and to investigate whether the effect of CMD on SA is detectable over time.	General anxiety	Common mental disorders and sickness absence (duration and frequency)	Association between anxiety and frequency and duration of sickness absence	Common mental disorders are long-lasting predictors of onset, duration and recurrence of SA. Anxiety appears to be a more important contributor to long-term SA than previously described in the literature.

38	Lagerveld	2012	Netherlands	The aim of this study was to compare the effectiveness of two individual-level psychotherapy interventions: (a) treatment as usual consisting of cognitive– behavioural therapy (CBT) and (b) work-focused CBT (W-CBT) that integrated work aspects early into the treatment.	Not specified	Duration until Return to work, Mental health problems (Stress, Depression and Anxiety, Emotional exhaustion) Costs to employer.	The Effectiveness of Work-focused cognitive– behavioral therapy (W-CBT) compared to regular psychotherapy (CBT) on RTW, improving mental health, reducing employer costs	Through focusing more and earlier on work-related aspects and RTW, functional recovery in work can be substantially speeded up within a regular psychotherapeutic setting. Both full and partial RTW occurred significantly earlier in the W-CBT group (65 resp 12 days earlier). A significant decrease in mental health problems was equally present in both intervention groups. These results were achieved without negative side effects on psychological complaints over the course of 1 year. Integrating work-related aspects into CBT is, therefore, a fruitful approach with benefits for employees and employers alike.
39	Lamontagne	2012	Australia	The objective of this study was to identify socio-demographic and work setting correlates of poor mental health to consider alongside other evidence in priority setting for workplace mental health promotion (MHP).	Not specified	Poor mental health, Socio-demographic factors (gender, age, education, marital status, occupational skill level), Employment factors (workplace size and type, industrial sector, employment arrangement, working hours)	Assess the probability of poor mental health in relation to socio-demographic and employment factors.	Poor mental health was higher in working females than in males and decreased with increasing age. It was prevalent at some level across the full range of worker socio-demographics as well as work settings. There was a higher prevalence of poor mental health among younger adults, separated/divorced/single adults and people working long hours. There was also a high prevalence of poor mental health among workers in non-traditional gender roles. However, long working hours was the only measured employment factor that remained significantly associated with poor mental health after adjustment for socio-demographic factors.
40	Langerak a	2012	Netherlands	This study aimed to evaluate the criterion validity and the diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) regarding the identification of depressive and anxiety disorders in an insurance medicine setting.	Not specified	Depressive and anxiety disorders, Internal consistency, Criterion validity, Diagnostic accuracy	Assess to what extent the 4DSQ scales are able to detect specific clinical diagnoses (depressive/ anxiety disorders)	The 4DSQ performed well in the sample of individuals presenting for a work disability assessment due to psychological/psychiatric complaints. It showed good internal consistency, acceptable to good diagnostic values of the 4DSQ scales and good diagnostic accuracy in detecting depressive and anxiety disorders. However, the feasibility of the 4DSQ as a screening measure for depressive and anxiety disorders in a population of recognized mental problems in insurance medicine is

								limited due to the high prevalence of depressive and anxiety disorders.
41	Lee	2014	Australia	This research was conducted in order to explore the experience of care and outcomes for people entering a bed-based step-up/step-down Prevention and Recovery Centre (PARC)	Not specified	Demographic measures (age, gender, and marital, housing, employment and education/training status), Clinical measures (length of stay, entry and exit outcome measures, psychiatric hospital use)	Whether a PARC stay influences measures of symptom, social and behavioral difficulty, by assessing changes in clinical measures and by exploring with participants what contributed to outcomes.	A step-up/step-down PARC can facilitate recovery for people with mental illness through promoting independence and illness self-management. At PARC exit, participants reported fewer difficulties with relating to self/others, daily living/role functioning and depression/anxiety and were observed by clinicians to experience fewer symptom, behavioral and social difficulties. In the six months after, participants also spent less time in hospital psychiatry care. Qualitative data identified that promotion of independence and illness self-management, regular staff support and assistance to address potential stressors were benefits of PARC, and may have contributed to improved outcomes. Other positive aspects of PARC included: supportive and caring staff; help with practical issues or community access; therapeutic activities and learning about health; and socialization opportunities.
42	Linden	2007	Germany	Investigate the relationship between anxiety disorders in general and anxiety exhibited in the workplace in particular	General anxiety and work-related anxiety	Mini International Psychiatric Interview MINI and MINI work anxiety interview (different types of work-related anxieties and phobias)	Relation between general anxieties and work-related anxieties	There are various types of workplace-related anxieties. They are partly independent clinical phenomena deserving special diagnostic and therapeutic attention
43	Matthews	2005	Australia	The present study investigated the components of work potential in people with PTSD with view to providing empirical data to both inform the conceptual development of work functioning in people with PTSD and to steer the development of appropriate early vocational interventions for this population.	Post-traumatic stress disorder (PTSD)	General demographic and accident factors, PTSD, Subjective distress, Work potential, 'Recovered' physical functioning and body pain, Injury severity	Assess the components of work potential in people with PTSD.	Road-accident survivors with PTSD had significantly less work potential post-accident than survivors without PTSD. Specific barriers to employability for survivors with PTSD included high levels of depression, reduced time-management ability, and an overconcern or anxiety with physical injuries. Respondents with PTSD, however, reported significantly greater extrinsic motivation to work than those without PTSD. Early intervention and referral to

								occupational rehabilitation programs that: (1) help address these barriers to employability and stimulate the existing motivation to return to work, and (2) work alongside clinical treatment programs, may assist in the reduction of poor work outcomes that people with PTSD following road accidents often experience.
44	Matthews	2009	Australia	This study aimed to document the self-reported trauma-related appraisals and coping strategies of injured workers with and without symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and to explore relationships between these cognitive variables and work potential.	PTSD	Posttraumatic stress, Trauma-related appraisals, Coping strategies, Work potential, Return to work	Relationships between PTSD symptom severity, trauma-related appraisals, coping strategies and work potential of trauma-exposed injured workers (to identify predictors of work potential)	Trauma-related appraisals and coping strategies are associated with work potential following accidental injury. Respondents with significant symptoms of PTSD reported significantly higher scores for negative appraisals about the self and of the world several months post-accident, and adopted more avoidant coping strategies. This is important for rehabilitation professionals because it identifies a cognitive style that may be associated with poor adjustment and therefore a potential barrier to RTW in survivors of accidental injury. The work potential in respondents with symptoms of a PTSD diagnosis was significantly poorer than in those without symptoms of a PTSD diagnosis and fewer people with significant symptoms of PTSD returned to work following their accident.
45	McCarthy	2016	Canada	we draw from Conservation of Resources Theory to advance and test a framework which predicts that emotional exhaustion plays an explanatory role underlying the relation between workplace anxiety and job performance. Further, we draw from social exchange theories to predict that leader-member exchange and co-worker exchange will mitigate the harmful effects of anxiety on job performance.	Job-related anxiety	Workplace anxiety, Emotional exhaustion, Cognitive interference, Supervisor-rated LMX, Peer-rated CWX, Supervisor-rated job performance	Relation between Work anxiety and work performance	found support for emotional exhaustion as a new theoretical link between workplace anxiety and job performance, even while controlling for a previously hypothesized mechanism, cognitive interference. insight into social exchange as an antidote to the effects of workplace anxiety on job performance

46	Melchior	2007	France	To study the association between multiple work and family demands and sickness absence due to non-psychotic psychiatric disorders	ICD 9 diagnoses - phobic anxiety disorders, other anxiety disorders, other neurotic stress-related disorders	work stress, family demands	Sickness absence due to non-psychotic psychiatric disorders (including anxiety disorders)	Individuals exposed to multiple work and family demands were especially likely to experience sickness absence days due to depression (age-adjusted Rate Ratios in the group exposed to multiple work and family demands were 4.70, 95% CI 1.96–11.24 in men and 8.57, 95% CI 4.26–17.22 in women; fully-adjusted RRs were 3.55, 95% CI 1.62–7.77 in men and 6.58, 95% CI 3.46–12.50 in women)
47	Min	2013	South Korea	The purpose of this study was to investigate the effect of subcontracting on self-reported health problems and absences due to occupational accidents and sickness.	Not specified	Work-related health problems, Absenteeism, Personal and occupational characteristics, Job aspects, Working hazards	Effect of subcontracting on self-reported health problems and absence due to occupational accidents and sickness	Subcontractor employees were significantly more likely to experience health problems than the employee at parent firms. In particular, subcontractors' risk of injuries and anxiety/depression increased twofold and threefold respectively. In addition, subcontractor employees were three times more likely than employees at parent firms to miss work due to illness. Working conditions, especially those related to job aspects and workplace exposures, attenuated these risks.
48	Muñoz	2007	Mexico	To assess the disability burden associated with depression, mania, agoraphobia, social phobia, general anxiety, panic disorder, and post-traumatic stress disorder (PTSD) according to the Mexican Psychiatric Survey and to compare results with the disability produced by some chronic non-psychiatric conditions.	Agoraphobia, Social phobia, General anxiety, Panic disorder, and Post-traumatic stress disorder (PTSD)	Disability, Anxiety and depressive disorders, Non-psychiatric chronic conditions(diabetes, arthritis, hypertension, backache, and other chronic conditions)	Association of disability with common mental disorders	Mental disorders are associated with deficits in functioning and result in the loss of work days. Anxiety disorders that cause the greatest loss of work days are, panic, and agoraphobia, whereas the highest levels of disability are produced by post-traumatic stress disorder, depression and social phobia. Persons with common mental disorders have, on average, higher levels of disability than those observed among persons with a wide range of chronic physical conditions. This is the first study to demonstrate the impact of mental disorders in Latin America, but the results are consistent with prior studies in North America and Europe that have found that persons with common mental disorders experience substantial disability in social role functioning.

49	Muschalla	2014	Germany	Work-related anxieties are frequent and have a negative effect on the occupational performance of patients and absence due to sickness. Most important is workplace phobia, that is, panic when approaching or even thinking of the workplace. This study is the first to estimate the prevalence of workplace phobia among primary care patients suffering from chronic mental disorders and to describe which illness-related or workplace-specific context factors are associated with workplace phobia.	Work-related anxieties	Mental disorders, Workplace problems, Capacity and Participation restrictions, Illness severity, Sick leave.	Assess which illness-related or workplace-specific context factors are associated with workplace phobia.	Workplace phobia seems to be a frequent problem in primary care. Patients with workplace phobia had longer durations of sick leave than patients without workplace phobia and were impaired to a higher degree in work-relevant capacities. They also had a higher degree of restrictions in participation in other areas of life. It may behoove primary care clinicians to consider workplace-related anxiety, including phobia, particularly when patients ask for a work excuse for nonspecific somatic complaints.
50	Muschalla	2010	Germany	Job-related anxiety, in contrast to general trait-anxiety, is by its very nature associated with problems of participation at work. The aim of this study is to investigate the relation between general trait-anxiety and specific job-related anxiety and to examine whether job-anxiety and trait-anxiety are differently associated with sick leave.	Job-related anxiety	Perceived job-anxiety, General anxiety, Sociodemographic and Work-related variables (age, gender, current duration of sick leave, employment status, duration of unemployment, workplace position)	Relation between general trait-anxiety and specific job-anxiety and whether job-anxiety and trait-anxiety are differently associated with sick leave.	Job-anxiety, in contrast to trait-anxiety, was significantly related to duration of sick leave. Women showed higher scores for trait-anxiety but not for job-anxiety. It can be concluded that job-anxiety is related to but not identical with trait-anxiety. Job-anxiety is important to understand sick leave and appears as a multidimensional and clinically important phenomenon.
51	Muschalla	2009	Germany	Workplace phobia is investigated concerning its specific clinical characteristics. (1) The first aim is to investigate 'workplace phobic anxiety' concerning its relatedness with 'established anxiety disorders' and perceived general psychosomatic symptom load, including general (not-work-related) anxiety. (2) Secondly, work-participation problems are regarded: sick leave measures will be used as objective criteria of workplace absence. (3) Thirdly, in respect to treatment, frequencies of participation in work-directed	Workplace phobia	Workplace phobia, Other anxiety disorders, General and workplace phobic symptom load, Subjectively perceived work load, sick leave, and therapy participation.	Assess 'workplace phobic anxiety' and work-participation problems associated with it, compared to 'established anxiety disorders'.	Participants with workplace phobia reached significantly higher scores in workplace phobia self-rating than participants with established anxiety disorders. Workplace phobics were more often on sick leave than patients with established anxiety disorders. In sum, Workplace phobia can occur as an alone standing anxiety disorder. It has an own clinical value due to its specific consequences for work participation. Workplace phobia requires special therapeutic attention and treatment instead of purely 'sick leave' certification

				therapy units in a psychosomatic rehabilitation program are investigated.				
52	Muschalla	2012	Germany	<p>Job anxiety is a severe problem in many patients with chronic mental disorders, as it usually results in specific participation problems in the workplace and long-term sick leave. The aim of this study was to explore the development of sick leave in dependence on general psychosomatic complaints and job anxiety from admission to a psychosomatic inpatient treatment until 6 months after discharge.</p>	Job anxiety	Job anxiety, General psychosomatic symptom load, Sick leave, Employment, Sociodemographics	Assess whether job anxiety and general psychosomatic complaints are similarly or differently associated with sick leave status over the course of time.	General psychosomatic symptom load and job anxiety show a different course during treatment and are differently related to sick leave. General psychosomatic symptom load can be understood as a measure of the degree of the chronic illness status, whereas job anxiety reflects specific additional context-related problems, i.e. problems with work. A core finding is that job anxiety is related to work avoidance, but work exposure may reduce job anxiety. This has direct consequences for putting patients on sick leave or not.
53	Muschalla	2016	Germany	<p>Work anxiety is a potentially disabling mental health problem, which can cause (long-term) sickness absence. The aim of this study was to investigate the relation between subjective work description and work anxiety.</p>	Work anxiety	Mental disorders and work anxieties, Subjective perception and evaluation of workplace conditions	Relationship between work anxiety and negative work perception	Patients with work anxiety described their workplace significantly more negatively than patients without work anxiety and employees in the general population, with no differences in workplace descriptions between psychosomatic patients without work anxiety and the general population sample. The type of complaint about work conditions was related to the specific type of work anxiety. Therefore, reports about workplace burdens can be indicative of work anxiety and should prompt further-in-depth assessments. The content of complaints about work conditions may point to the type of underlying work anxiety.

54	Muschalla	2015	Germany	This is the first study to investigate work capacity impairment in risk patients with different work-anxieties.	Work anxiety	Type of anxiety, work ability impairment (Mini-ICF-APP.) Mini-ICF-APP covers 13 dimensions of psychological capacities which are often impaired due to mental disorders: adherence to regulations, planning and structuring of tasks, flexibility, applying expertise, capacity to judge and decide, endurance, assertiveness, contacts with others, teamwork capacity, self-care, mobility and the non-work domains of non-work recreational activities, familiar and intimate relationships	Relation between different types of anxiety and 13 dimensions of psychological capacities	Patients with different work-anxieties were impaired in different capacity dimensions: Work-related social anxiety went along with clinically relevant impairment in capacity of assertiveness (M = 2.40), anxiety of insufficiency went along with impaired capacity of endurance (M = 2.20), and work-related generalized worrying was accompanied by impairment in the capacity for decision making (M = 1.82). Specific capacity impairment dimensions were related to sick leave duration, while a global work ability prognosis was not.
55	Muschella	2013	Germany	To investigate job-anxiety in employees not undergoing treatment for mental health illness, firstly by assessing the level of job-anxiety and work-related avoidance tendencies in a working sample, and secondly by testing whether job-anxiety is distinguishable from trait-anxiety.	Job-anxiety	Trait-anxiety, Job (state) anxiety, Demographics	Testing whether job-anxiety is distinguishable from trait-anxiety.	In this study self-reported job-anxiety appeared as a specific type of anxiety as opposed to trait-anxiety. In the workplace job-anxiety can present as job-avoidance and sickness absence and should be distinguished from trait-anxiety. Avoidance was most often accompanied by the comorbid job-anxieties 'job-related social anxiety', 'fear of changes at work' and 'fears of existence', 'anticipatory' and 'conditioned' job-anxiety and 'panic symptoms'. In practice, employers and occupational health practitioners should be aware of those employees prone to sickness absence.
56	Nagashima	2007	Japan	To clarify the influence of working hours on both mental and physical symptoms of fatigue and use the data obtained to determine permissible working hours.	Not specified	Mental and physical fatigue symptoms, Working hours, Lifestyle variables (marital status, smoking, drinking,	Assess the influence of working hours on mental and physical symptoms of fatigue.	In the group working 260–279 h/month, the odds for depression and 'irritability', 'anxiety' and 'chronic tiredness' were significantly increased. In the group working ≥280 h/month, the odds for 'general fatigue', 'physical

						exercise habits), Clinical and Psychological symptoms.		disorders', 'anxiety' and 'chronic tiredness' were likewise significantly increased. The present results clarified that working hours should be <260 h/month in order to minimize fatigue symptoms in male day workers.
57	Nakamura	2013	Japan	we investigated the background factors promoting and inhibiting a return to work after long-term absence from work due to sickness among psychiatric outpatients.	Not specified	Age, Gender, Presence of a spouse/children, Scheduled and excess working hours, Global Assessment of the Functioning (GAF) at the baseline. Any psychological stress-related experiences within the last six months, Degree of work satisfaction, Actual support from any environment, Relationship with superiors, colleagues, and subordinates, and other.	Assess background factors promoting and inhibiting a return to work after long-term absence from work due to mental illness.	POAWs left from work by the result of psychiatric problems like depression, anxiety and so on. These were the result of their background factors, their characteristics, and psychological stress in/outside the workplace. After two-year psychiatric treatment, their psychological stress outside the workplace remained as an essential matter. These were inescapable because they were set in private place, while stress at the workplace could be left at the work place.
58	Netterstrøm	2013	Denmark	To evaluate the efficacy of a multidisciplinary stress treatment programme.	Anxiety as symptom	Return to work, psychological symptoms, working ability and degree of stress	Effect of intervention on anxiety and phobic symptoms	The stress treatment programme – a combination of work place-focused psychotherapy and MBSR – significantly reduced stress symptom levels and increased RTW rates compared with the WLCG and TAUCG.
59	Nieuwenhuijsen	2013	Netherlands	Return to work (RTW) perceptions have been found to predict actual RTW of workers with common mental disorders. This study aims to (1) assess the relative value of RTW self-efficacy (RTW-SE) and RTW expectation in predicting actual RTW and (2) explore the role of mental health symptoms, work characteristics and their interaction as determinants of these RTW perceptions at baseline and over	Not specified	Worker Characteristics, Diagnosis, Fatigue, Distress, Depressive and Anxiety Symptoms, RTW self-efficacy (RTW-SE), RTW expectation, Time to Full RTW.	Assess: 1) the relative value of RTW self-efficacy (RTW-SE) and RTW expectation in predicting actual RTW, and (2) the role of mental health symptoms, work characteristics and their interaction as determinants of these	Compared to RTW expectation, differences in RTW-SE were more predictive of actual RTW. At baseline, lower fatigue, depressive symptoms, and work pace- and load were associated with higher RTW-SE. Decreasing levels of fatigue and depressive symptoms over time were associated with parallel improvements in RTW-SE. Workers with high work pace and workload at baseline showed lower levels of RTW-SE at all time points. It is therefore recommend to use the RTW-SE scale to detect workers with common mental disorders at risk of a late RTW.

				time.			RTW perceptions.	Work characteristics and changes in mental health symptoms were associated with RTW-SE over time.
60	Plaisier	2008	Netherlands	This study examined the associations of (combinations of) social roles (employee, partner and parent) with the prevalence of anxiety and depressive disorders and whether social roles contribute to the explanation of the female preponderance in these disorders.	Not specified	Depression and anxiety disorders, Work-role variables, Family-role variables, Social roles, Covariates (age, level of education, number of chronic diseases)	Associations of work and family roles with depression and anxiety disorders among men and women in the age of 25 through 55 years.	Among both genders, the partner role was associated with decreased risks of depression and anxiety and the parent role was not. The work role was a significant protective factor of depression and anxiety for men but not for women. The effect of the work role was positive among women without children, but not among those with children. The gender risk for depression and anxiety decreased significantly by adding the work role variables into the model. Particularly the amount of working hours were associated to the prevalence of depression and anxiety disorders among men, but not among women. FT work had a strong advantage for men concerning their mental health, and having no job or a part-time job was strongly associated to poor mental health conditions among men, but not implicitly among women. Working women had a better mental health compared to women without jobs, unless they had children.
61	Plaisier	2010	Netherlands	To examine and compare psychopathological characteristics of depressive and anxiety disorders in their effect on work functioning.	Not specified	Work functioning, Depression and anxiety diagnoses, Covariates (sex, age, education, number of working hours a week, number of somatic conditions consisting of a count of reported heart diseases, diabetes, stroke, arthritis, cancer, hypertension, intestinal problems, liver disease, epilepsy, chronic lung problems, allergy and injuries)	Examine the association of detailed characteristics of depressive and anxiety disorders with work functioning (both absenteeism and decreased work performance)	Anxiety disorders have significant negative impact on work functioning, although smaller than the effect of depressive disorders. Comorbidity, severity, type and duration of the disorder, differentiate the risk of poor work functioning. Persons with current anxiety disorders had 1.84 and 2.13 greater odds for the risk of >2 weeks absence and impaired work performance, respectively. Even when persons recovered from depressive and anxiety disorders, they still had a higher risk of poor work functioning. Persons with comorbidity, chronic depressive disorder, a generalized anxiety disorder, and more severity of both anxiety and depressive disorder had higher odds for the risk of absenteeism and decreased work

								performance.
62	Plaisier	2012	Netherlands	This study examines the importance of job characteristics on absence and on-the-job performance in a large group of employees with diagnosed depressive and anxiety disorders.	Anxiety general	Working hours, psychosocial working conditions and occupational status and work functioning (absenteeism and work performance)	Effect of any of the job characteristics on the absenteeism and job performance	As expected, depressed and anxious patients were at significantly elevated risk for absenteeism and poor work performance. In analyses adjusted for psychopathology, absenteeism and poor performance were significantly lower among persons reporting high job support, high job control, less working hours, self-employed and high skilled jobs. Associations were comparable between persons with and without psychopathology. High job support, high job control and reduced working hours were partially related to work functioning in both workers with- and without-psychopathology.
63	Plat	2013	Netherlands	This study 1) describes the number of police personnel with PTSD who are working and those who are on sickleave before and after an out-patient-clinic treatment program and 2) examines which factors are related to return to work.	PTSD	Personal characteristics (age and sex), Complaints (PTSD symptoms and psychological comorbidity), Work related factors (working or not, percentage of work time, performing own job, years of work experience and number of traumatic experiences)	Evaluate differences between working police personnel and police personnel on sick leave at intake and outtake & whether the intake data were related to returning to work at outtake.	The majority of police officers returned to work after the treatment program. At the start of the treatment half of the police personnel were on sick leave and at outtake 48 participants who were not working at intake had returned to work. None of the variables at intake contributed significantly to return to work at outtake. We recommend that attention be paid to successful return to work as part of the treatment program, therefore the occupational health professional and employer should be involved.

64	Prang	2016	Australia	The aims of this study were to describe predictors of sustained return to work (RTW) among a cohort of workers with compensated work-related mental health conditions (MHCs); and to examine predictors of subsequent absences due to the same condition.	Not specified	Time until a first sustained RTW, Number of attempts at RTW during follow-up, Utilisation of mental health services, History of work related claims, Demographic and occupation factors (gender, age, nature of claim, injury mechanism, industry group, workplace size, occupational skill level, and residential remoteness index)	Examine factors associated with time until the first sustained RTW after sickness absence due to a MHC.	This study identified a number of risk factors associated with a delayed RTW and multiple attempts at RTW. Older age, being from a small organisation, working in some specific industry segments, consulting a psychiatrist or psychologist, using medications, and having a previous claim were all associated with a delayed RTW. Workers experiencing work pressure, assault/workplace violence or other mental stress factors, working in the public administration and safety industry and having a medical incapacity certification between 3–4 days and 5–7 days had a higher rate of multiple RTW attempts. Predictors may help identify high-risk groups and facilitate the RTW process of workers with MHCs.
65	Raegan	2011	Wales	Condition management programmes (CMPs) are vocational rehabilitation schemes, which aim to address the needs of disability-related benefit claimants in the UK. The aim of this evaluation was to investigate the extent to which three CMPs in Wales enable individuals to manage health conditions and move closer towards work.	Not specified	Preintervention and postintervention outcome measure scores, Demographics (age, sex and primary health condition recorded upon referral)	To investigate the extent to which CMPs enable claimants to manage their health conditions better and move closer towards work or work-related activity.	Statistically significant changes were observed in all outcome measure scores between start and end of intervention. Benefits of engaging in CMPs included increased confidence and activity, improved ability to manage health conditions and reduction in pain. The results suggest that CMPs may be particularly effective for those with mental health conditions and support a model of vocational rehabilitation that focuses upon concepts such as fulfilment and a positive sense of identity.
66	Rebergen	2009	Netherlands	To evaluate the effectiveness of guideline-based care (GBC) of workers with mental health problems, which promotes counselling by the occupational physician (OP) facilitating return to work (RTW).	Not specified	personal, treatment and work characteristics, severity of depression and anxiety (Depression Anxiety Stress Scales DASS-42 and Hospital Anxiety Depression Scale HADS)	Productivity loss (first RTW, full RTW, and total productivity loss)	Counseling of common mental health problems by OPs using a guideline after a 3-day training course did not clearly differ in reducing productivity loss and treatment satisfaction compared with UC. However, workers with minor stress-related disorders may benefit from GBC. Results of this study contribute to the further development of effective evidence-based guidelines and collaborative occupational health care for workers with common mental disorders.

67	Reme	2015	Norway	The aim of this study was to evaluate the effectiveness of work-focused cognitive behavioural therapy (CBT) and individual job support for people struggling with work participation due to Common mental disorders (CMDs).	Not specified	Work participation at 12 months follow-up, Changes in mental health, Health-related quality of life	Examine 1) the main effect of an integrated model (work-focused CBT and individual job support) AWaC (At Work and Coping) on work participation at 12 months follow-up; 2) changes in mental health and health-related quality of life at 12 months follow-up; 3) effect differences in subgroups defined by gender, age, baseline work status, health variables and time of inclusion.	A work-focused CBT and individual job support was more effective than usual care in increasing or maintaining work participation for people with CMDs. The effects were profound for people on long-term benefits. The intervention also reduced depression and anxiety symptoms and increased health related quality of life more than usual care. This is the first large-scale RCT to demonstrate an effect of a behavioural intervention on work participation for the large group of workers with CMDs.
68	Roelen	2014	Netherlands	To investigate mental health symptoms as prognostic risk markers of all-cause and psychiatric sickness absence (SA)	Panic attacks, phobic anxiety, free-floating anxiety and avoidance behaviour	Mental health symptoms (Including anxiety)	Sickness absence	Distress, depression, anxiety and somatization scores at baseline were prospectively associated with both high all-cause SA and psychiatric SA in the following year.
69	Rollman	2005	US	To examine whether telephone-based collaborative care for panic and generalized anxiety disorders improves clinical and functional outcomes more than the usual care provided by primary care physicians.	General anxiety	Self-reported sociodemographic status; the mental and physical component summary scores of the 12-item Medical Outcomes Study Short Form (SF-12 MCS and SF-12 PCS), the PRIME-MD and the 17-item HRS-D	Effect of the use of the telephone care on reduction of anxiety and depression symptoms	Telephone-based collaborative care for panic disorder and generalized anxiety disorder is more effective than usual care at improving anxiety symptoms, health related quality of life, and work-related outcomes. At 12-month follow-up, intervention patients reported reduced anxiety and depressive symptoms; improved mental health-related quality of life; and larger improvements relative to baseline in hours worked per week and fewer workdays absent in the past month than usual care patients. If working at baseline, more intervention patients than usual care patients remained working at 12-month follow-up.

70	Ruitenb rg	2012	Netherla nds	To investigate the prevalence of six common mental disorders among one population of Dutch hospital physicians (i.e. work-related fatigue, stress, depression, anxiety, burnout and posttraumatic stress disorder) and to investigate whether the presence of a mental disorder is associated with the way physicians perceive their own work ability.	PTSD	PTSD, depression, anxiety (Brief symptom inventory checklist)	Work ability (WAI)	Analyses showed that physicians with scores indicative of mental health disorders were 5.6-fold for PTSD and 7.1-fold for anxiety more likely to report their work ability as insufficient than those without scores indicative of mental health disorders.
71	Sanderso n	2008	Australia	To use the framework of ICF components to investigate the magnitude and direction of association between body functions (depression/anxiety symptoms), activity (limitations in work activities), participation (sickness sense), and environment (psychosocial aspects) in the workplace setting.	Specified by PHQ screening instrument for DSM-IV	health conditions, body functions (depression and anxiety symptoms), activities, work participation (assessed by sickness absence days), work environment/perceived effort put into job	Workplace mental health and functioning	Application of the ICF to understanding mental health conditions and functioning in the workplace over time revealed which components were associated, and in what direction. Depression/anxiety symptoms were more likely to be an outcome of other ICF components, rather than a risk factor. Sickness absence, limitations in work activities, and work environment all conferred a greater than two-fold risk of depression/anxiety symptoms 6 months later.
72	Stein	2005	U.S.	The objective of this study was to examine the relative impact of anxiety disorders and major depression on functional status and health-related quality of life of primary care outpatients.	Panic disorder with or without agoraphobia, social phobia, PTSD, GAD	Physical health functioning (PCS-12), Mental health functioning (MCS-12), disability (WHO-5), health utility (SF-12)	Functional status, sick days from work, and health-related quality of life	Adjusting for age, sex, and number of chronic medical conditions PD and PTSD contributed independently and relatively equally to the prediction of poor functioning, reduced health-related quality of life, and more sick days from work. In contrast, GAD had relatively little impact on these indices when the effects of comorbid major depression were considered. Overall, these observations leave no doubt that anxiety disorders carry with them a profound burden of disability for patients in the primary care setting. Importantly, the impact of anxiety disorders was substantial even among patients with chronic medical illness, consistent with observations that much of the disability and work loss associated with physical illness seen in the community is, in fact, attributable to comorbid mental disorders.

73	Sudhir	2012	India	The aim of the study was to examine quality of life, functioning, disability, work and social adjustment, depression, anxiety and dysfunctional cognitions in patients with anxiety disorders.	Not specified	Quality of Life, Functioning, Work and Social Adjustment, Disability, Depression, Anxiety Stress, Dysfunctional Attitude	Examine QoL in patients with anxiety disorders and its relationship with functioning, work and social adjustment, depression, anxiety, stress and dysfunctional beliefs.	Patients with anxiety disorders reported significantly lower quality of life than the community sample. A shorter duration of illness was associated with lower quality of life. QoL was significantly correlated with severity of anxiety, depression and stress as well as with measures of disability and adjustment. Partial correlations indicated that depression did not significantly impact the relationship between work and social adjustment and QoL. Work and social adjustment, depression and dysfunctional cognitions emerged as significant predictors of QoL. An important observation was the considerable dissatisfaction in work and overall social adjustment and family roles reported by patients with anxiety disorders.
74	Sun	2013	China	To examine the effectiveness of a workplace-based intervention program to improve mental health, work ability, and work productivity in privately owned enterprises in China	General	General Health Questionnaire (GHQ30) for depression and anxiety, work-related stressors, work ability/job control, absenteeism, work performance/productivity,	Effect of intervention on anxiety and depressive symptoms	The results suggest that the intervention program was effective at improving participants' ability to work, their sense of control over their jobs, and, in particular, their ability to meet the mental demands of work. The intervention program also reduced participants' job stress levels and reduced the probability of absenteeism related to depression.
75	Torske	2015	Norway	We investigated the risk of work disability in Norwegian farmers compared with other occupational groups, as well as the associations between symptoms of anxiety and depression and future disability pension.	General anxiety symptoms	Symptoms of anxiety and disability pension	Investigate the associations between symptoms of anxiety and depression caseness at baseline (score on the anxiety or depression subscales of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ≥ 8) and disability pension	Farmers had a twofold increased risk of disability pension (age-adjusted and sex-adjusted HR 2.07, 95% CI 1.80 to 2.38) compared with higher grade professionals. Farmers with symptoms of depression caseness had a 53% increased risk of disability pension (HR 1.53, 95% CI 1.25 to 1.87) compared with farmers below the cut-off point of depression caseness symptoms, whereas farmers with symptoms of anxiety caseness had a 51% increased risk (HR 1.51, 95% CI 1.23 to 1.86).

76	Torvik	2014	Norway	This study investigates the degree to which internalizing disorders (anxiety and mood disorders) are prospectively associated with sick leave granted for mental and somatic disorders, and the extent to which common genetic and environmental risk factors influence these relationships.	GAD, social phobia, panic disorder, agoraphobia	Symptoms of psychological distress (anxiety and depression)	Sick leave (% of days lost due to being sick)	Logistic regression analyses (Table 2)showed that individuals who screened positive on the SCL (psychological distress) or had any lifetime internalizing disorder were more likely to be in the group with the highest level of sick leave granted for mental disorders, with sex- and age-adjusted odds ratios (ORs) 4.00 and 6.43 respectively. Individuals who screened positive on SCL or had any lifetime internalizing disorder were also more likely to have higher rates of sick leave granted for somatic disorders, with ORs of 1.76 and 1.73 respectively.
77	Van der Feltz-Cornelis	2010	Netherlands	This article aims to assess time to RTW after a psychiatric consultation providing treatment advice to the occupational physician (OP) for employees on sick leave for common mental disorders in the occupational health (OH) setting, compared to care as usual (CAU).	GAD, Panic disorder	Participation in psychiatric consultation intervention, quality of life, severity of symptoms	Time to RTW (primary)	A higher proportion of workers had achieved RTW by three months in the psychiatric consultation group, namely 58% versus 44% in the care as usual (CAU) group. At six months follow up there was no difference between the intervention and control groups in the proportion of workers who had achieved RTW. At that time, in the CAU group, referral to mental health specialists had occurred and 85% had returned to work in both groups, likely reflecting a ceiling effect. The survival analysis showed that RTW was 68 days faster in the psychiatric consultation group (P = 0.078).
78	Virtanen	2011	UK	We examined the association between long working hours and the onset of depressive and anxiety symptoms in middle-aged employees.	Not specified	Working hours	Anxiety symptoms	Results suggests an association of long working hours with subsequent depressive and anxiety symptoms, particularly among women. If these associations are causal, the findings of the present study suggest that long of working hours should be recognized as a potential risk factor for the development of anxiety and depression in women

79	Volker	2015	Netherlands	This study evaluated the effect of a blended eHealth intervention (ECO) versus care as usual on time to RTW of sick-listed employees with common mental disorders	Common mental disorders incl. Anxiety	The primary outcome measures were time to first RTW (partial or full) and time to full RTW. Secondary outcomes were response and remission of the common mental disorder symptoms (self-assessed).	Effect of intervention on the common mental health disorders	The results of this study showed that in a group of sick-listed employees with common mental disorders, applying the blended eHealth ECO intervention led to faster first RTW and more remission of common mental disorder symptoms than CAU.
80	Waghorn	2005	Australia	To ascertain at a population level, patterns of disability, labour force participation, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders in comparison to people without disability or long-term health conditions.	Not specified	Reduced labor force participation, degraded employment trajectories and impaired work performance compared to people without disabilities or long-term health conditions.	Effect of anxiety on activities of daily living	People with anxiety disorders may need more effective treatments and assistance with completing education and training, joining and rejoining the workforce, developing career pathways, remaining in the workforce and sustaining work performance. A whole-of-government approach appears needed to reduce the burden of disease and increase community labor resources.
81	Waldenström	2008	Sweden	Interpretations of relationships between work characteristics and psychiatric disorders may be biased by over-reporting of unfavourable work characteristics among those with psychiatric disorders. This study attempts to account for this bias by using external assessments of work characteristics.	Agoraphobia, social phobia, specific phobia, panic syndrome, GAD	Work characteristics (imbalance of cognitive requirements, possibility of influencing one's work characteristics, required conformance to schedule, time pressure, hindrances, support from colleagues and supervisors)	Anxiety syndromes according to DSM-IV	Externally assessed work characteristics, in terms of hindrances for instrumental support from colleagues and supervisors, and deterioration in psychosocial work characteristics were associated with increased odds ratios for diagnoses of depression. Findings for anxiety were similar but not statistically significant.
82	Wedegartner	2013	Germany	We addressed whether sick leave due to anxiety, depression or comorbid anxiety and depression was associated with increased risk of retirement due to permanent disability and increased mortality in a cohort of German workers	Anxiety	Retirement before age 58, 2.) death from any cause	Effect of anxiety diagnosis on the increase risk of disability pension and mortality	Outpatient-managed depression/anxiety-related sick leave was significantly associated with higher permanent disability (hazard ratio (95% confidence interval)) 1.48 (1.30, 1.69) for depression, 1.25 (1.07, 1.45) for anxiety, 1.91 (1.56, 2.35) for both). Among outpatients, comorbidly ill men (2.59 (1.97,3.41)) were more likely to retire early than women (1.42 (1.04,1.93)). Anxiety (0.53 (0.38, 0.73)) and female outpatients with depression (0.61 (0.38, 0.97)) had reduced mortality compared to

										controls. Depression/anxiety diagnoses increase the risk of early retirement; comorbidity and severity further increase that risk, depression more strikingly than anxiety. Sickness-absence diagnoses of anxiety/depression identified a population at high risk of retiring early due to ill health, suggesting a target group for the development of interventions.
83	Zatzick	2008	USA	To ascertain the extent to which injured patients with PTSD and depression were experiencing functional impairments 12 months after injury hospitalization. Hypothesized strong statistically significant associations between PTSD and depression and functional impairments after injury. Also hypothesized that the associations between PTSD, depression, and functional impairments would persist even in the most conservative models that comprehensively adjusted for injury, clinical, and demographic characteristics.	PTSD	PTSD	Functional, work and productivity outcomes, productive activity and work	Twelve months after injury, PTSD and depression were associated with impairments in activities of daily living, physical and mental health status, and not returning to usual major activity and work.		

6b Tweede deel extractie tabel, kwantitatieve studies

#	Target population	Sample size	% Women	Mean age+ CI	% employed	Type job/education	Design	Data collection method	Methodological quality	Level of Evidence
1	Employees on sick leave due to symptoms of chronic pain, fatigue, depression, anxiety, and insomnia.	167	78.3%	41	100%	Not specified	Cross-sectional	Survey	0.909	C

2	General population	3164	51	Not specified	100%	Equal distribution between manual and non-manual labour	Cross sectional, two-stage stratified cluster sample	Survey and health interview	0.955	C
3	Not specified	4240	70.60%	38.11	18.50%	Not specified	Cohort	Patient health questionnaire	0.909	B
4	GP population of distressed patients on sick leave	100	68%	40.4	100%	Low (23%), Medium (48%), High (29%)	Test-retest reliability study	Computerized PRIME-MD telephone interview, with retest interview after 1 week	0.909	A2
5	General population on sick leave	433	67 and 65	41,9 (8.8) and 39,5 (9.6)	Not specified	Mostly intermediate level (42% and 50%)	Cluster-randomised controlled educational trial	Questionnaires	1.000	A2
6	Not specified	7566	56%	men: 42.78, women 43.40	89% of men, 69% of women	30.4%/28.54% (M/F) have 12 yrs of education, 26.83%/29.89% (M/F) have 13-15yrs, 27.65%/28.61% have >16 yrs	Longitudinal	Survey	0.773	A2
7	Convenience store employees, victims of armed robbery	86	53%	21.82	100%	< High school (24%), Completed high school(75%)	Longitudinal study	Validated diagnostic interview (SCID-I)	0.864	A2
8	Employees of a major technology company	309	70.6%	Unspecified (young people)	100%	Less than a 4 yr degree (14.9%), 4 yr college degree (43.4%), Some graduate school (10.7%), Graduate degree (31.1%)	Randomized controlled trial	Pre- and post-intervention questionnaire	0.958	A2

9	Self-employed people who had applied for sickness benefit from an insurance company	122	19%	42	100%	Agricultural (39%), Service (18%), Construction (12%), Health care (8%), Trade(8%), and Other(15%)	Randomized controlled trial	Pre-/post-/follow-up intervention questionnaire	0.958	A2
10	Nurses and allied health professionals, such as physiotherapists and radiotherapists	366	79.8%	40	100%	Nurses (71.9%), Surgery assistant (1.4%), Nurse practitioners (9.0%), Allied health professionals (17.8%)	Cluster-randomized controlled trial	Online self-assessments at baseline, and after three and six months	1.000	A2
11	Not specified	425 (anxiety n=48)	58.40%	35.2 (SD 9.4)	100% employed	primary education (30.4%), secondary education (39.6%), high education (30.0%)	RCT	questionnaire	1.000	A2
12	Sick-listed employees	171	24.6%	50	100%	Steel company (78%), Academic hospital (17%), University (5%)	Validation Study	Distress Screener, four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ), Employees' medical files (OPs diagnoses)	0.958	A2
13	Patients with minor mental disorders	194	58,2 and 60,4	39,4 (9,1) and 40,1 (9.3)	100	69 and 61 % Middle	1.5-year randomized controlled trial	Questionnaires	1.000	A2
14	General population	7076	Not specified	Not specified	Not specified	Not specified	Cross-sectional	Data was derived from the Netherlands Mental Health Survey and	1.000	C

								Incidence Study.		
15	General population	9.585	42.7	46	95.7	Fifteen percent of participants had not completed high school, 34% had completed high school, and 51% had at least some college education	Cross-sectional	Healthcare for Communities (HCC), a national household telephone survey	0.955	C
16	Psychiatric outpatients and healthy controls	242 psychiatric outpatients and 516 controls	61.2% and 67.2%	38.8	44% and 80%	Not specified	Case-control	Self-report questionnaire and psychiatric evaluation	1.000	B
17	Urban aeronautical industry employees (officers and workmen)	43	6.90%	Unspecified (<30 yrs: 16; 30-45 yrs:20; >45yrs: 7)	100%	Undergraduate (43.8%), Graduate (51.1%), Post-graduate (13.9%)	Cross-sectional	Semi-structured questionnaires	0.773	C
18	Dutch disability claimants	346	50.3%	49.8	100%	Low (17.6%), Intermediate (67.9%), High (12.4%)	Cross-sectional	ICD-10 registry codes, Interviews (CIDI)	0.864	C

19	Employees from two south-east Australian cities	2248	49.60%	40-44	78%	Professional(52.8%), White collar(37.7%), Blue collar(9.5%) / Tertiary education (41.6%), Diploma, undergraduate or trade certificate (35.5%), School (some primary or secondary education) (22.9%)	Cross-sectional	Survey	1.000	C
20	Not specified	225	54%	41.51 (SD 9.12)	89.3%	Not specified	Cross-sectional	Questionnaires	0.909	C
21	Employees at risk for sickness absence were identified and randomized.	151	80% and 84%	43 and 42,3	100	Not specified	RCT	Survey	0.958	A2
22	Not specified	126 (63 intervention, 63 control)	Intervention 73%; Control 68%	Intervention 37 (SD 9.9); Control 35.5 (SD 7.6)	35%/19% (intervention/control) on sickness benefits, 6%/5% unemployed	Basic school 27%/33%; further education 71%/67%	RCT	Questionnaires	0.864	A2
23	general population	27.332	Not specified	Not specified	Not specified	Not specified	Cross-sectional	Canadian Community Health Survey Cycle 1.2–Mental Health and Well-Being (CCHS-1.2)	1.000	C

24	Anxiety disorders clinic population	81	61.20%	35.8	100%	Secretarial (8.6%), Agricultural (1.2%), Skilled trades (6.2%) Management (10%) Sales (7.4%) Professional (40%) Other (26%)	Repeated measures cross-sectional (pre-post treatment)	Four work-productivity questionnaires, medical records.	0.864	C
25	Not specified	3345 (8% (287) with anxiety disorders)	59.8%	Not specified	89.3% of total n. Of anxiety n, 88.5% in the workforce, 68% had worked in the last month	Not specified	Cross sectional	Mini Neuropsychiatric Interview	0.773	C
26	Dutch employees with a mental disorder under the care of OHP	982 (n = 46 anxiety)	54%	42.2	100%	Profit sector, education, civil service, health care)	Cross-sectional	Data collected through patient assessment by OHP	0.909	C

27	Subjects at risk for long-term sickness absence with psychiatric diagnoses (LSP)	8333	53%	♀ Age (yr): 30 (40.1%), 40 (31.1%), 45 (28.8%); ♂ Age (yr): 30 (40.9%), 40 (30.9%), 45 (28.1%);	100%	Prim education/lower sec (5.7%), Upper sec education, basic, upper secondary (15.3%), Final year/post sec, non tertiary education (22%), First stage of tertiary education, undergraduate level (35.6%), First stage of tertiary education, graduate level/postgraduate education (18.4%), Missing (3%)	Longitudinal population-based cohort study	Survey, Data from Historical Event Database in Statistics Norway (FD-Trygd)	0.955	B
28	Nurses and allied health professionals	1731 (561 control, 591 intervention)	82% intervention, 77% control	43 (SD 11) intervention, 42 (SD 11) control	100%	Nurse/allied health professionals	RCT	Questionnaire	1.000	A2
29	People on sick leave for >8 weeks with psychiatric diagnosis	517 (anxiety n = 65 or 12.5%)	60.7%	16-39 yrs n = 223 40-49 yrs n = 139 50-62 yrs n = 152	100% (presumed as on sick leave)	Non specified	Population-based cohort	Norwegian disability pension register	0.818	B

30	Employees on sick leave	843	53.1	44.3 (7.1)	100%	45.8% were operating employees, 43.9% supervisors and 10.3% managers	21 centers, centers were randomised, patients not	Tests, interview, assessments	0.727	A2
31	Not specified	1632 (n=287, 17.6% anxiety)	64.5%	40.7	(For anxiety) 58.2% part-time, 41.8% full-time	Not specified	Cohort	Survey	1.000	B
32	Employed people	60556	57.6	25-55 years old mostly	100		Cross-sectional	Survey	1.000	C
33	Not-specified	3475	ns	42	100%	Lawyers, physicians, nurses, teachers, church ministers, bus drivers, people working in advertising and people working in information technology	Longitudinal	Questionnaire	0.955	A2
34	Workers at a suburban Japanese industrial company	3238	8.60%	38.2	100%	Industrial workers (100%)	Cross-sectional	Survey	1.000	C

35	Psychiatric outpatients with mood or anxiety disorder & patients suitable for psychoanalysis	367	76.00%	32.3	80.70%	Academic education (25.8%), Employed or student (80.7%)	Quasi-experimental clinical trial	Self-reported questionnaires, interviews	0.958	A2
36	Outpatients from psychiatric services	326	75% (depending on the group)	32 (depending on the groups)	75-85%	55-71% white collar	Randomised control trial	Self-evaluative questionnaires	1.000	A2
37	General population	13 436	Not specified	Not specified	Not specified	Not specified	Cross sectional cohort	existing data of survey was linked to medical records	0.955	C
38	Employees on sick leave due to common mental disorders (depression, anxiety, or adjustment disorder)	168	60%	40.7	100%	Lower vocational/general secondary education (37%), Intermediate vocational education (31%), Higher education (31%); administrative jobs (13%), commercial service jobs (19%), health care (20%), education (6%), trade (6%), construction (5%), civil services (5%), and transport (3%)	Quasi-experimental clinical trial	Questionnaires (1, 3, 6, 9, 12 months after baseline)	0.917	A2

39	Working Victorians	1087	52.2%	< 30 years (23.6%), 30–40 years (29.4%), 41–50 years (25.7%), ≥ 51 years (21.3%)	100%	Postgraduate (9.5%), Undergraduate (31.8%), Vocational qualifications (18.7%), High school (18.6%), Primary or secondary (21.3%)	Secondary survey data analysis	Survey	0.727	C
40	Individuals who applied for a work disability benefit due to mental health problems.	230	67.8%	43.5	34.3%	Missing	Cross-sectional validation study	Self-report questionnaires (4DSQ), Diagnostic interviews (CIDI)	0.864	C
41	PARC participants	118	48.3%	40.7	11.1%	Commenced high school(46.9%), Completed high school (25.5%), Completed vocational training (10.2%), Completed tertiary degree/certificate (15.3%), Completed post-graduate studies (2.0%)	Mixed-method	Audit of participant files, Feedback groups	0.682	B
42	People with one of the anxiety disorders from inpatient psychosomatic rehabilitation center	132	80%	45.8	68%	70% white collar, 26% university degree	Cross-sectional	Interview	0.545	C

43	Adult survivors of road accidents with and without PTSD	41	44%	36.88	100%	Missing	Cross-sectional	Mail survey, hospital records	0.591	C
44	Patients hospitalised following road accidents, high falls and serious sporting injuries.	69	45%	36.88	100%	Missing	Cross-sectional	Questionnaires	0.773	C
45	Police workers, their supervisors and peers	267	22%	41	100%	College diploma or university degree (80%)	Repeated measures cross-sectional	Survey	1.000	C
46	Not specified	11,183 men, 4,095 women	36.6%	NS, all men ages 46-55	100%	Managers, Associate professionals/technicians, clerks/manual workers	Cohort	Yearly survey	0.909	B
47	Parent firm employees and subcontractor employees.	4100	41.7%		100%	Middle school (15.3%), High school (43.6%), College or more (38.8%)	Cross-sectional	Survey	1.000	C

48	Mexican adults living in urban areas	2362	54%	Missing (40% were in age group 18-29 yrs)	58%	Largely Missing (primary school/6th grade (68%), University (12%))	Cross-sectional	Survey	0.864	C
49	Primary care patients with chronic mental disorders	288	70.4%	43.3	100%	Missing	Cross-sectional	Questionnaires, Standardized diagnostic interviews	0.864	C
50	Inpatients of a psychosomatic and orthopaedic rehabilitation center with mental and somatic disorders	190	72%	49	82%	Missing	Cross-sectional	Self-report questionnaires, structured interviews	0.909	C
51	Psychosomatic rehabilitation inpatients	230	71%	46.9	75%	Technological professions (38%), Office jobs/public service (30%), health care professions (18%)	Cross-sectional explorative study	Interviews, Self-rating questionnaires	0.818	C

52	Patients suffering from multiple mental disorders	91	74.4%	46.8	69.3%	No school leaving certificate() 10–13 classes/high school() University()	Cross-sectional explorative study	Self-rating questionnaires, Diagnostic and clinical intake interviews	0.909	C
53	Employed patients with mental disorders (and general population controls)	148 (+ 8015 controls)	70%	47	100%	Technical/product ion (18%), Health care, social and educational services(26%), Restaurants, hotels and sales services(31%), Office and administration (25%)	Comparative cross-sectional	Structured interviews	0.727	C
54	Patients in beginning of inpatient rehabilitation that fulfilled working anxiety criteria	244	53.3	50.23 (SD = 27.9)	84.4	73.6 % had a completed apprenticeship, 20.7 % had a university diploma, 2.6 % had a master craftsman's certificate, 2.2 % had no completed professional education, and 0.9 % were still in education	Cross sectional	Interviews and questionnaires	0.909	C

55	Employees from different professional settings	188	62%	37.97	100%	Gastronomy/Tourism/IT/Media(9%) Production/Technology/Manufacturing/Traffic/Logistics/ Natural Sciences (19%), Security/Public/Law/Economy/Finances(21%), Social services/Health/Education(42%), Other(9%)	Cross-sectional	Survey	0.909	C
56	Male day-shift workers at a chemical factory.	715	0%	44.1	100%	Factory workers (100%)	Cross-sectional	Survey/self-administered questionnaires	0.864	C
57	Psychiatric outpatients who were absent from work for a long time (POAWs)	42	31%	40	100%	Clerical staff/Executive officer Planner Sales representative Technician/Researcher Store personnel/Service business Specialist Financial worker Creative field IT-related worker Others	Cohort	Survey	0.864	B
58	Employees on sick leave is stress-related complaints	198	75-84,4%	42,2-44,8	100%	Medium education or workers (mostly), minority of academics	RCT	Questionnaires with regular follow-ups	1.000	A2

59	Workers with common mental disorders	179	49%	45	100%	Low education, 14%) Middle education,(24%) High education, (64%)	Longitudinal explorative	Questionnaires, Telephone diagnostic interviews	0.917	C
60	Respondents aged 25–55 of NEMESIS study	3857	50%	38.8	80.8%	Low (3.8%) Lower intermediate (36.8%) Higher intermediate (29.1%) High (30.4%)	Epidemiological study	Interviews (CIDI), questionnaires	1.000	C
61	Persons with a current diagnosis of depression and/or anxiety disorder, persons with lifetime diagnosis or at risk of a family history or subthreshold depressive or anxiety symptoms, and healthy controls.	1876	65.6%	41.3	100%	Missing	Naturalistic cohort study	Interviews (CIDI), questionnaires	1.000	B
62	Employees with depressive or anxiety disorders	1522	59.8-68.5%	41-43.3	100	Not specified	Cross-sectional	Questionnaire	1.000	C

63	Police personnel treated for PTSD	121	30.6%	38.4	100%	Missing	Retrospective analysis study	Interviews (pre- and post 16-weeks treatment for PTSD)	0.955	B
64	Workers with a wage replacement compensation claim due to a work-related MHC	8358	56%	44	100%	Community and personal service workers 28.2% Professionals 22.8% Managers 11.5% Clerical and administrative workers 10.8% Labourers 8.2% Machinery operators and drivers 7.7% Technicians and trade workers 6.1% Sales workers 4.8%	Retrospective cohort	Compensation claims data	1.000	B
65	Disability-related benefit claimants	244	55.3%	36-55	Missing	Missing	Mixed-method	Outcome measurements, Semi structured interviews	0.955	B

66	Dutch police force	240	48.8% (GBC) 60% (UC)	38.8 (SD 8.4) GBC 40 (SD 9.5) UC	100%	Not specified	RCT	Questionnaires (DASS/HADS)	1.000	A2
67	Participants who were on sick leave, at risk of going on sick leave or on long-term benefits attributable to common mental disorders	1193	69.37%		71.77%	Primary 7.78 % Senior 31.11% high University/college 56.03 % Other 4.76% Missing data 0.32%	Randomised controlled multi centre trial	Questionnaires	1.000	A2
68	Not specified	633	38%	ns (all <35)	100%	Office workers	Longitudinal	Occupational health check-up (including questionnaire)	0.955	A2
69									1.000	
70	Physicians	405 (anxiety 24% of n, PTSD 15%)	52.6%	41 (SD 10.1)	100%	Medical doctors and medical residents	Cross-sectional	Questionnaire	0.818	C

71	Not specified	204	76%	42 (range 18-63)	100%	Not specified	Cohort	Questionnaire	0.864	B
72	Primary care outpatients	480	63%	21.5% aged 18-29; 36% aged 30-45; 35.4% aged 46-59; 7.1% aged 60-70	59% (working FT or PT outside the home)	High school or less (23.4%); Some college or more (76.6%)	cross-sectional	Diagnostic interviews	1.000	C
73	Patients with anxiety disorders and non-clinical participants	198	18%	27.66	57%	Home-makers 8% Student 23% Employed 57% Unemployed 12%	Cross-sectional explorative study	Interviews, Questionnaires	0.955	C
74	Employees of large retail enterprise	1652	79%	18-35 years old mostly	100%	53% middle school, 31% college, 9,4% university	Prospective cohort intervention study	Survey	1.000	B
75	Farmers and others	29016	25,7-80%	43	100	3495 were farmers and 25 521 had other occupations	Cohort study	Existing data of population survey	1.000	B
76	Not specified	7698 twins	57.90%	26.5 (at start of follow-up)	Not specified	Not specified	Cohort	Diagnostic interviews	0.864	B

77	Not specified	60 (63% GAD and panic disorder)	58%	42 (range 24-59)	100%	Low (12%), middle (47%), high (38%)	Two-armed cluster-randomized pragmatic clinical trial	Self-report on RTW, sickness report from OHPs	0.958	A2
78	Not specified	2960	22%	52.3 (SD 4.3)	100%	Occupational grade: 1 (highest)=11%; 2 = 25%; 3=15%, 4=17%; 5=11%; 6=10%	Cohort	Survey	1.000	B
79	Employees sick-listed between 4 and 26 weeks with common mental disorder symptoms	220: 131 employees in the intervention condition and 89 employees in the control condition	53-77	43-45	100	Mostly lower or middle	2-armed cluster randomized controlled trial	Questionnaires	1.000	A2
80	General population	General population sample	53%	45-64	Varying per group	Government, high (24,6%) and low school (38,3%) or unknown (58,4%)	Cross-sectional	Extractions from interviews according to ICD-10	1.000	C
81	Various occupations	672 (103 anxiety)	64%	Not specified	all	Not specified	Cross-sectional (adjusted for symptoms of mental illness at baseline)	Questionnaires	0.909	C

82	Workers with statutory health insurance	128001	33.2	Not specified	100	40.8% secondary school	Cohort (retrospective)	Data from the Mettmann Regional Office of the AOK Rheinland (a German public health insurance company).	0.773	B
80	Injured persons	n = 2707	32.6%	41.8 (SD 33)	Not specified	15.6% college degree, 26.6% some college, 31.9% high school, 25.9% less than high school	Prospective cohort	Medical records, telephone interview	1.000	B

6c Extractie tabel kwalitatieve studies

#	First author	Year	Country	Aim/Goal	Target population	Sample size	Data collection method	Variables assessed	Summary of results	Total conclusion
1	Bertilsson	2015	Sweden	The aim of this study was to explore and describe health care professionals' experience-based understanding of capacity to work in individuals with depression and/or anxiety disorders.	Professionals	21	Four focus groups were conducted with 21 professionals from psychiatric, occupational, and primary health care. Data were analysed using inductive content analysis.	Capacity to work in individuals with anxiety or depression disorders	Capacity to work while depressed and anxious was understood as a change from the familiar to a no longer recognizable performance at work. Managing time, daily work demands, and emotions was described as difficult for the patients, and capacity to work could be fragmented by anxiety attacks. Patients were perceived as continuing to work while life outside work crumbled. Capacity to work was described as part of a greater whole, the work community, and the patient's participation in the work community was considered problematic.	The findings provide a deeper understanding of the reduced capacity to work compared with theoretical or medico-administrative descriptions. Applied to patient encounters it could promote fitness-for-work dialogues, rehabilitation, and tailor-made work interventions.

2	Bertilsson	2013	Sweden	The aim was to explore experiences of capacity to work in persons working while depressed and anxious in order to identify the essence of the phenomenon capacity to work	People with depression or anxiety	17	FGDs	Capacity to work in individuals with anxiety or depression disorders	The phenomenon of capacity to work was distinguished by nine constituents related to task, time, context and social interactions. The phenomenon encompassed a lost familiarity with one's ordinary work performance, the use of a working facade and adoption of new time-consuming work practices. Feelings of exposure in interpersonal encounters, disruption of work place order, lost "refueling" and a trade-off of between work capacity and leisure-time activities was also identified. The reduced capacity was pointed out as invisible, this invisibility was considered troublesome.	A complex and comprehensive concept emerged, not earlier described in work capacity studies. Rehabilitation processes would benefit from deeper knowledge of the individual's capacity to work in order to make efficient adjustments at work. Results can have particular relevance both in clinical and occupational health practice, as well as in the workplaces, in supporting re-entering workers after sickness absence. The reduced capacity to work due to depression and anxiety is not always understandable or observable for others, the rehabilitation process would benefit from increased knowledge and understanding of the difficulties experienced at work. Identifying tasks that contribute to "refueling" at work might enhance the success. Rehabilitation programs could be tailored to address the inabilities that impact on the capacity to work
3	Cowls	2009	Canada	This research aims to understand how past traumatic experiences influence career choice and workplace behaviour and, given this understanding, consider how occupational therapists can facilitate change towards a successful return to work.	clients with PTSD/depression/anxiety	25	Semi-structured interviews were used to gather information from twenty-five clients experiencing depression, anxiety or post-traumatic stress disorder. Clients were followed for six months following their planned return to work date.	The interview questions explored how experiences of past trauma or negative life experiences influenced their work, and what if any occupational therapy interventions were valued in regards to returning to work.	Participants identified re-enacting unhealthy past experiences at work through: focusing on the needs of others, seeking acceptance and avoidance. Healthy change was created through engaging in coping strategies and partnering with the occupational therapist and workplace stakeholders on return to work planning	To facilitate a successful return to work, clients must become aware of how their traumatic histories play a role in their current career choices and workplace behavior. With this awareness, occupational therapists and clients may work together towards creating healthy change in the present.

4	Haslam	2005	UK	The aim of this study was to explore the effects of anxiety and depression and the treatment for these conditions on performance and safety in the workplace.	Employees with depression and anxiety, occupational health and HR	74	Nine focus groups were conducted with employees who had suffered anxiety and depression. A further 3 groups comprised staff from human resources and occupational health. The sample comprised 74 individuals aged 18-60 years, from a range of occupations. Results were presented to a panel of experts to consider the clinical implications.	Participants opinions on effects of anxiety and depression and the treatment for these conditions on performance and safety in the workplace	Workers reported that the symptoms and medication impaired work performance, describing accidents which they attributed to their condition/medication. Respondents were largely unprepared for the fact that the medication might make them feel worse initially. Employees were reluctant to disclose their condition to colleagues due to the stigma attached to mental illness.	Anxiety and depression were associated with impaired work performance and safety. The authors consider the implications for health care and the management of mental health problems at work.
5	Hees	2012	Netherlands	To examine the perspectives of key stakeholders involved in the return-to-work (RTW) process regarding the definition of successful RTW outcome after sickness absence related to common mental disorders (CMD's)	Varied key stakeholders	57 interviews and 178 questionnaire	First, we used qualitative methods (focus groups, interviews) to identify a broad range of criteria important for the definition of successful RTW (N = 57). Criteria were grouped into content-related clusters. Second, we used a quantitative approach (online questionnaire) to identify, among a larger stakeholder sample (N = 178), the clusters and criteria most important for successful RTW.	Criteria most important for a successful return to work	A total of 11 clusters, consisting of 52 unique criteria, were identified. In defining successful RTW, supervisors and occupational physicians regarded "Sustainability" and "At-work functioning" most important, while employees regarded "Sustainability," "Job satisfaction," "Work-home balance," and "Mental Functioning" most important. Despite agreement on the importance of certain criteria, considerable differences among stakeholders were observed.	Key stakeholders vary in the aspects and criteria they regard as important when defining successful RTW after CMD-related sickness absence. Current definitions of RTW outcomes used in scientific research may not accurately reflect these key stakeholder perspectives. Future studies should be more aware of the perspective from which they aim to evaluate the effectiveness of a RTW intervention, and define their RTW outcomes accordingly

6	Jansson	2014	Sweden	This study aimed to describe how individuals experienced interventions and the impact the interventions had on the individuals' ability to work and perform other everyday activities.	Employees with CMD	14	interviews	The questions focused on (a) their experiences from the intervention, (b) if and how the intervention had affected their ability to work, and (c) if and how the intervention had affected their ability to perform other everyday activities.	The analysis revealed one overarching theme: "Reaching safe ground or continuing to seek help". Four categories were identified: "From being passive to making one's own efforts in the rehabilitation process", "Being stuck on a treadmill or daring to change", "Evolving from routine to more aware behaviour", and "Fitting in or not fitting in with workplace situations".	According to the participants, experiences from both PBM and CBT had a positive impact on their ability to work and perform other everyday activities in a more sustainable way. Reflecting on behaviour and achieving limiting strategies were perceived as helpful in both interventions, although varying abilities to incorporate strategies were described. In general, the results support the use of active coping-developing interventions rather than passive treatments.
7	Lemieux	2011	Canada	This study aimed to investigate the perception held by supervisors involved in work disability management, of the factors facilitating or hindering the return to work of workers with common mental disorders	Supervisors / employers	11	Semi-structured interviews were conducted of supervisors. All subjects had experience with the return to work of at least one worker who had been off work due to a common mental disorder (i.e., anxiety, mood or adjustment disorder). Content analysis of the transcripts was performed.	Factors affecting return to work	A total of 11 supervisors from large and medium-sized companies participated in the project. Twenty-four factors that could hinder or facilitate the return-to-work process were found and classified into three main categories: factors related to the worker, work context, and return-to-work process.	This study brought to light several factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. Most of the supervisors interviewed were very open to finding ways to facilitate the return to work of these workers, but felt that the interventions used should take both their perspective and the constraints they face in the workplace into account.

8	Martin	2015	Denmark	The aim of this paper is to identify barriers and facilitators for the implementation of a coordinated and tailored RTW-intervention implemented at three different sites.	People on sick leave in municipalities	213	Individual and group interviews, observations, national registers, and documents from the intervention	Barriers and facilitators of a RTW intervention	The quality of the implementation varied greatly across the three settings. Barriers included lack of skills to assess MHPs according to the inclusion criteria, different interpretations of sickness absence legislation among stakeholders, competing rehabilitation alternatives, and lack of managerial support for the intervention. An important facilitator was the motivation and availability of resources to solve disagreements through extensive communication.	The different settings presented various barriers and facilitators, which resulted in different versions of the intervention. A higher degree of user involvement in the design and development phase is likely to improve the implementation quality of future interventions
9	Nielsen,	2012	Denmark	Explore how women with MHPs experience sickness absence and subsequent return to work	Women with MHD	16	interviews	Open ended interviews about key events and interactions with HCWs, family, friends, supervisors, social insurance providers and colleagues	outlook on a future work life was affected by their perceived work ability, possibilities on the labor market, and wishes for a future work life. While struggling at work, the women thought that their colleagues and supervisors interpreted RTW as a “return to a normal everyday life” Despite the potential healing process, RTW constituted a dilemma, because the women feared relapses, especially when returning to working conditions that they thought were detrimental to their health. Moreover, even though sickness absence negatively affected their self-esteem, resuming work did not automatically lead to an improved self-image or self-esteem.	The core of the experience was not the return to work but a process of healing a vulnerable self—the ability both to refocus attention from symptoms to other life goals and to maintain or reconstruct a positive self-image. Supportive health care and acknowledgment from others facilitated the healing process.

10	Noordik	2011	Netherlands	Objectives were to describe the barriers to a full return to work, solutions, communicating to the working environment and the aim of a full return to work, all as perceived by the workers	Workers who had partially returned to work and were partially on long-term sick leave due to a stress-related, anxiety or depressive disorder	14	Interviews	Barriers to full return to work, solutions to these barriers, communication with working environment, and aim of full return to work	The perceived main barriers were: inability to set limits, recognise exhaustion and to control cognitions and behaviour such as perfectionism. A general pattern in the process was that all workers perceived barriers to a full return to work; most workers were able to mention solutions; all workers aimed for a full return to work, and after some time all workers were met with sufficient understanding and social support from their supervisor and health care professional. However, hardly any worker intended to implement or utilise the solutions at the workplace, except the structural adaptations of the work demands.	The pattern we found suggests a critical intention-behaviour gap between solutions and intentions for a full return to work and its implementation at work. This implies that we should develop new interventions that focus on helping workers and their environment to bridge this gap.
----	---------	------	-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11	Reavley	2012	Australia	The scientific evidence for how organisations should best support those returning to work after common mental disorders is relatively limited	Three panels of Australian experts (66 health professionals, 30 employers and 80 consumers) were recruited and independently rated the items over three rounds, with strategies reaching consensus on importance written into the guidelines	66 health professionals, 30 employers and 80 consumers	3 rounds of rankings from an expert panel	Rankings by expert panel of statements about supporting those returning to work	Guidelines can be found in a separate file	The guidelines outline strategies for organisations supporting those returning to work after common mental disorders. It is hoped that they may be used to inform policy and practice in a variety of workplaces.
----	---------	------	-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12	Steingrímsson	2015	Germany	The purpose of this phenomenological study was to explore people's experience of reduced working capacity and their encounters with professionals in that life situation	Individuals with reduced work capacity	8	In-depth interviews	Client's perspective on career counselling services following RTW	All the participants had been ill or had experienced an accident that took them from their daily activities without warning. They all needed to give up working for a period of time because of their health problems. On the participants' proverbial roller-coaster ride from sickness or accident to recovery, they experienced uncertainty, depression and anxiety as well as how damaging undesired social isolation could be. They also experienced fear and stress when they had to deal with reduced working capacity. Their loss of important roles and social relationships exacerbated their vulnerability. When the interviews took place, more than 2 years had passed since they had fallen ill. T	The main finding of the current research is how illness and accident impairing work capacity exacerbate vulnerability during the recovery process as people experienced uncertainty, depression, anxiety, social isolation, fear and stress. We conclude that counseling and support from respectful, professional, caring and human professionals is extremely valuable in such a context.
----	---------------	------	---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---	---------------------	-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13	Stjernswar d	2013	Sweden	The aim of this study was to explore a supportive program's meaning for women with anxiety/stress/depression problems that are unemployed and/or on a sick leave, and for the personnel involved.	Women with mental health problems and therapists and coaches	8+5	interviews and content analysis	Women's opinions on program aimed at helping them through the rehabilitation process	initiative aimed at young women with health and occupational issues appeared to be meaningful for all parties involved	The program appeared to provide participants with tools to handle their physical and mental health, and occupational support, improving their social situation. Collaboration between organizations appears to be beneficial for all parties involved.
----	-----------------	------	--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

