

LEX VENDRIG

De vragenlijst arbeidsreïntegratie

SUMMARY

The present study describes the development of a new questionnaire in the fields of work, health and return-to-work; the Work Reintegration Questionnaire (WRQ). The WRQ consists of 72 items that are distributed over 7 scales: Depression, Fear-avoidance beliefs, Job strain, Low job satisfaction, Self-doubt, Perfectionism, and Stressful home situation. The aim of the WRQ is the screening of risk factors for prolonged disability. The assessed problems with the WRQ may be directive for return-to-work interventions. The validation research was conducted in a group of 322 persons that were on sick leave because of a variety of health problems. It is concluded that the WRQ has good psychometric properties. More research is needed to establish the crossvalidity of the WRQ. Whether the WRQ is indeed able to predict the length of sick leave will be seen in future research.

INLEIDING

De ontdekking midden jaren '80 van vliegtuigfabrikant Boeing dat er meer geld werd uitgegeven aan arbeidsverzuim door rugklachten dan aan staal, was de aanleiding een grootschalig onderzoek te starten naar de prognostische factoren van rugklachten. Een breed palet van biomechanische, medische, psychologische en sociale factoren werd in de studie betrokken. Arbeidssatisfactie en depressieklachten bleken de beste voorspellers te zijn van uitval door rugklachten (Bigos, Batié et al., 1991). Veel onderzoek heeft sindsdien bevestigd dat psychosociale factoren een belangrijke rol spelen bij het chronisch worden van acute rugklachten (en ook andere klachten) en het optreden van arbeidsverzuim als gevolg hiervan. Linton en Halldén (1998) hebben een screeningsvragenlijst ontwikkeld om patiënten

met acute rug-, nek- of schouderpijn die een verhoogd risico lopen chronische pijn te ontwikkelen, te kunnen identificeren. De vragenlijst voorziet echter niet in schalen die de psychosociale factoren die bijdragen aan dit 'verhoogde' risico meten. Een ander belangrijk nadeel is dat de vragen zich richten op pijnklachten, waardoor de vragenlijst niet geschikt is voor groepen patiënten met andere klachten zoals moeheid, depressie, of vage lichamelijke klachten, terwijl het aannemelijk is dat bij hen vergelijkbare processen een rol spelen bij het chronisch worden van de klachten en het optreden van verzuim. Bestaande vragenlijsten zoals depressielijsten en persoonlijkheidsvragenlijsten zijn qua lengte te uitgebreid en qua meetbereik juist te beperkt om te worden toegepast als screeningsinstrument bij arbeidsverzuim en werkgerelateerde problematiek.

Marhold, Linton et al (2002) hebben recentelijk een screeningsvragenlijst ontwikkeld, de Obstacles to Return-to-Work Questionnaire (ORQ), die zich richt op prognostische factoren en een breed meetbereik heeft. Echter, een belangrijke tekortkoming van de ORQ is dat de itempool niet evenredig is samengesteld op basis van theoretische concepten, met als gevolg tamelijk inconsistente en arbitraire factorschalen, en ook de ORQ richt zich uitsluitend op pijnpatiënten.

In Nederland wordt de 4DKL (Terluin, 1996) frequent ingezet in het kader van screening in de arbozorg. Een tekortkoming van de 4DKL is dat de 4DKL alleen klachten als risicofactor meet en de schalen extreem scheef zijn verdeeld. Kortom, op dit moment ontbreekt een instrument met een breed meetbereik dat is gebaseerd op de literatuur naar en theorievorming over prognostische factoren en dat kan worden ingezet in het kader van screening (triage) in de bedrijfsgezondheidszorg.

In dit artikel wordt de ontwikkeling, constructie en validering beschreven van de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR). Het uitgangspunt van de VAR is dat deze vragenlijst inzetbaar moet zijn bij een brede groep patiënten die om uiteenlopende redenen en klachten uitvallen op het werk. De VAR beoogt enkele belangrijke determinanten van langdurig verzuim te meten, waardoor niet alleen een risico-inschatting op langdurig verzuim kan worden gemaakt, maar waarbij de afzonderlijke schalen ook een indruk dienen te geven welke factoren hiertoe bijdragen, en aandacht behoeven in de begeleiding.

METHODE

Proefgroepen

De patiënten in dit onderzoek zijn afkomstig van een arbodienst en een medisch reïntegratiebedrijf met vestigingen verspreid over heel Nederland. Het inclusie-criterium voor de deelnemende patiënten

afkomstig van de arbodienst is een verzuimduur tussen de 2 en 6 weken. De reden hiervoor is dat deze groep patiënten gebruikt wordt om de prognostische waarde van de VAR te bepalen; is de VAR in staat te voorspellen welke patiënten langdurig gaan verzuimen? Het inclusie-criterium voor het deelnemende reïntegratiebedrijf is een verzuimduur tussen de 0 en 6 maanden. Combinatie van beide proefgroepen levert een brede, representatieve steekproef van patiënten die in de bedrijfsgezondheidszorg gezien worden.

Er werden verschillende proefgroepen gebruikt. In een voorstudie van de VAR werd gebruikgemaakt van een proefgroep van 182 personen. Het onderzoek met de definitieve versie van de VAR is gebaseerd op een proefgroep van 322 personen. Van deze groep zijn 134 personen afkomstig van de arbodienst en 188 van het reïntegratiebedrijf. Een gedeelte van deze proefgroep (N = 71) vulde de VAR tweemaal in ten behoeve van onderzoek naar de test-hertestbetrouwbaarheid. Een ander gedeelte van de proefgroep van 322 personen vulde ook andere vragenlijsten in (N = 84) ten behoeve van onderzoek naar de begripsvaliditeit.

De proefpersonen kwamen voor een medisch onderzoek of intakegesprek bij de deelnemende arbodienst of het deelnemende reïntegratiebedrijf. Aan het einde van dit onderzoek of gesprek werd hen gevraagd of ze een vragenlijst wilden invullen. Uitleg over de achtergrond van het onderzoek en toestemmingsverklaring werden meegegeven. Het responspercentage is 68%. De biografische kenmerken en enkele sociaal-medische gegevens van de uiteindelijke steekproef van 322 personen staan beschreven in tabel 1. Uit tabel 1 valt af te leiden dat de proefgroep heterogeen is met betrekking tot geslacht, opleiding en leeftijd. Het is moeilijk te zeggen in hoeverre de proefgroep representatief is voor de patiëntenpopulatie in de bedrijfsgezondheidszorg omdat zulke gegevens niet voorhanden zijn.

Tabel 1. Beschrijving van de steekproef

Totale steekproefomvang (aantal)	322
Gemiddelde leeftijd (jaren)	39,0 (SD = 10,7)
Geslacht (% vrouwen)	49,7
Burgerlijke staat (%)	
- gehuwd of samenwonend	68,9
- partner, niet-samenwonend	4,7
- alleenstaand	26,3
Allochtone achtergrond (%)	11,8
Opleiding (%)	
- lager beroepsonderwijs	17,4
- middelbaar beroepsonderwijs	57,1
- hoger beroepsonderwijs of universiteit	25,5
Arbeidscontract (uren/week)	32,9 (SD = 8,3)
Vast contract (% ja)	
Bedrijfstak (%)	
- handel en zakelijke dienstverlening	22,2
- openbaar bestuur en overheidsdienst	8,2
- bouwnijverheid	5,4
- vervoer	5,1
- onderwijs	2,8
- industrie	9,5
- bank- en verzekeringswezen	5,7
- landbouw en visserij	2,5
- gezondheidszorg en welzijn	14,9
- horeca	2,8
- overig	20,9
Verricht lichamelijk zwaar werk (% ja)	32,4
Arbeidsverzuim (% volledig verzuim)	57,1
Gemiddelde duur van het huidige arbeidsverzuim (weken)	10,3 (SD = 8,6)
Arbeidsverzuim afgelopen twee jaar (% > 3 maanden)	25,2
Diagnose (%)	
- rugklachten	29,5
- nek- en schouderklachten	13,9
- whiplash	11,6
- maag- en darmklachten	4,6
- chronische vermoeidheid	3,6
- stress, overspanning, burnout	10,9
- depressie	8,5
- overig	17,4
Duur huidige klachten (%)	
- 0 tot 4 weken	18,0
- 1 tot 3 maanden	28,7
- 3 tot 12 maanden	29,
- langer dan 1 jaar	23,7
In het verleden eerder last van huidige klachten (% ja)	51,6
Lijdt aan een chronische ziekte (%)	22,4

Instrumenten

Vragenlijst Arbeidsreïntegratie (VAR)

Op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek naar prognostische factoren van arbeidsverzuim en de ontwikkeling van acute naar chronische klachten zijn prototypische schalen van de VAR opgesteld. Het model waar de VAR op gebaseerd is, staat weergegeven in figuur 1. De literatuurlijst van het literatuuronderzoek naar de prognostische factoren is bij de auteur opvraagbaar.

De prototypische schalen zijn verdeeld over vijf domeinen van prognostische factoren. Deze zijn (met tussen haakjes de prototypische schalen): Klachten (depressie, moeheid, *distress*), Cognities over de klachten (*fear-avoidance beliefs*) (bewegingsangst, interferentie klachten en werk, eigen prognose), Werk (arbeidsatisfactie, regelmogelijkheden, werkdruk, sociale steun leidinggevende, sociale steun collega's), Persoonskenmerken (sociale angst, gedrevenheid, perfectionisme), Thuisituatie (belastende thuisituatie). Door de auteur zijn gedurende een jaar uitspraken van patiënten bijgehouden en deze zijn geformuleerd in korte, eenduidige items die passen bij de schalen. Verder zijn items ontleend aan soortgenotenvragenlijsten en geherformuleerd. Er is gestreefd naar een evenredige verdeling van items over de schalen. De eerste versie van de VAR had 160 items. De totstandkoming van de eerste versie naar de definitieve versie van de

VAR wordt beschreven onder Resultaten. De items van de VAR zijn verdeeld over vijf delen die corresponderen met de hiervoor genoemde vijf domeinen. Bij het gedeelte Klachten wordt gevraagd hoe vaak de klachten zich hebben voorgedaan in de afgelopen week. De antwoordcategorieën zijn: 'niet', 'soms', 'vaak', 'meestal'. De andere vier delen bestaan uit beweringen. De persoon wordt gevraagd aan te geven in welke mate de beweringen op hem van toepassing zijn. De antwoordcategorieën zijn: 'mee oneens', 'enigszins mee eens', 'nogal mee eens', 'helemaal mee eens'.

OVERIGE INSTRUMENTEN

In verband met onderzoek naar de begripsvaliditeit van de VAR werden enkele andere vragenlijsten afgenomen die vergelijkbare of gerelateerde concepten meten. De gebruikte vragenlijsten zijn:

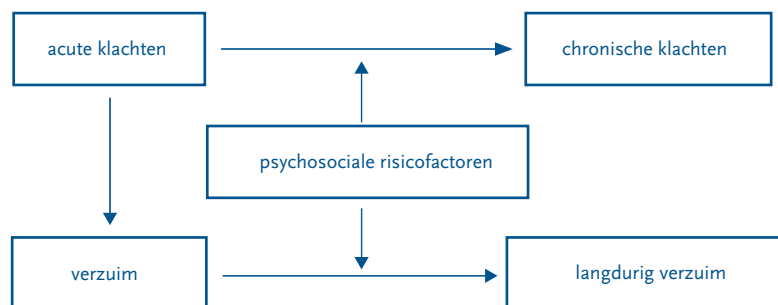
Short Form Health Survey (SF-36; Ware & Herbourne, 1992): De SF-36 is een 38-itemvragenlijst die de ervaren gezondheid in 8 dimensies (schalen) meet.

CES-D (Bouma, Ranchor et al., 1995): De CES-D telt 20 items en meet symptomen van depressie.

Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Willege et al., 1993): De UCL meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan. Alleen de schalen Actief aanpakken en Vermijden werden gebruikt in dit onderzoek.

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ; Waddell, Newton et al., 1993):

Figuur 1. Verondersteld verband tussen risicofactoren, klachten en verzuim



De Nederlandse vertaling van de FABQ werd gebruikt (Vendrig, Deutz et al., 1998). De FABQ meet twee factoren: fear-avoidance beliefs (pijnvermijdingsgedachten) ten aanzien van lichamelijke activiteit en pijnvermijdingsgedachten ten aanzien van werk.

Social Readjustment Rating Scale (SRRS; Holmes & Rahe, 1967): De SRRS inventariseert de aanwezigheid van veelvoorkomende stressoren die zich het afgelopen jaar in het leven van de desbetreffende persoon hebben voorgedaan. Aan iedere stressor wordt een bepaalde waarde toegekend. De totaalscore geeft een indicatie hoe belastend, in objectieve zin, het leven is geweest het afgelopen jaar.

RESULTATEN

Totstandkoming van de definitieve versie van de VAR

Met een combinatie van descriptieve en exploratieve statistische methoden en rationele analyse is onderzocht in hoeverre de prototypische schalen empirisch houdbaar zijn. Het principe van spaarzaamheid stond voorop. Er werd gestreefd naar zo breed mogelijke factoren zodat hogere-ordefactoren niet of beperkt mogelijk zijn. Het doel van screening is immers dat de belangrijkste 'risicodomeinen' in kaart worden gebracht. Bijvoorbeeld, in het kader van screening bij patiënten die uitvallen van het werk, is het belangrijk om te weten of de thuissituatie belastend is. Wat nu precies de oorzaak is van deze belasting (relatieproblematiek?, overlijden van familielid?, te druk?) komt aan de orde in de volgende stap van het diagnostisch proces (triage).

In de ontwikkeling van de VAR zijn de volgende methoden toegepast: (1) principale-componentenanalyse (PCA) met varimaxrotatie, (2) Multiple Group Method (MGM), (3) itemanalyse, en (4) rationele analyse. De PCA werd toegepast om de structuur van de data te exploreren. Op

gerandomiseerde splithalfgroepen werd MGM toegepast om te bepalen welke items instabiel zijn. Bij een itemanalyse worden items met een lage itemrestcorrelatie verwijderd uit de schaal. Bij het verwijderen van items werd als criterium een itemrestcorrelatie van minimaal .30 gehanteerd. Om itemredundantie te minimaliseren, werden van de itemparen met een inter-itemcorrelatie hoger dan .70 het item verwijderd met de laagste itemrestcorrelatie. De combinatie van PCA, MGM en itemanalyse werd in een aantal rondes toegepast. Verwijderde items uit de voorgaande stappen werden in een volgende stap opnieuw gecorreleerd met de nieuwe schalen om heropname in de itempool te overwegen. Toepassing van deze procedures resulteerde in een afname van 13 naar 7 schalen en een afname van 160 naar 72 items.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst deden zich enkele interessante observaties voor. De schalen binnen het domein Klachten correleerden dermate hoog, dat besloten werd één schaal binnen dit domein te construeren. Binnen het domein Werk bleek 'arbeidsatisfactie' sterk samen te hangen met 'sociale steun leidinggevende' en 'sociale steun collega's'. Bij rationele analyse werd duidelijk dat de gemeenschappelijke factor onvrede is met verschillende aspecten van het werk. Werkdruk bleef wel als afzonderlijke factor behouden. De definitieve schalen van de VAR met bijbehorende itemrestcorrelaties staan weergegeven in tabel 2. De score van de items van de schaal Lage arbeidssatisfactie met uitzondering van het laatste item van deze schaal dienen te worden omgedraaid. Een hogere score op iedere schaal van de VAR wijst op een verondersteld toenemend risico op langdurig of problematisch verzuim, dus meer 'pathologie'.

Tabel 2. Item-restcorrelaties van de VAR-schalen

<u>Depressie</u>	
Een onrustige of gestoorde slaap.	.56
Je neerslachtig of somber voelen.	.77
Je minder voelen dan anderen.	.57
Moeilijk op gang kunnen komen.	.62
Je gespannen voelen.	.69
Je nutteloos voelen.	.60
Nergens meer belangstelling in hebben.	.69
Piekeren.	.67
Snel geïrriteerd zijn.	.67
Een gebrek aan energie.	.64
's Morgens niet fris en uitgerust voelen.	.65
Weinig eetlust hebben.	.49
Het gevoel dat alles teveel is	.78
Cronbach's α	.92
<u>Klachteninterferentie</u>	
Mijn normale werk verergert de klachten.	.58
Ik word erg belemmerd door mijn klachten.	.71
Mijn klachten zijn vrijwel constant aanwezig.	.56
Het gaat lang duren voordat ik er weer helemaal bovenop ben.	.53
Bij het uitvoeren van mijn werk word ik belemmerd door mijn klachten.	.75
Door mijn klachten presteer ik minder goed op mijn werk.	.57
Rust is voor mij op dit moment een absolute noodzaak.	.44
Ik vind het onverantwoord om met mijn huidige klachten door te werken.	.60
Als ik nu mijn werk hervat (of meer ga werken) vrees ik dat mijn klachten verergeren	.66
Ik heb erg veel last van mijn klachten.	.63
Cronbach's α	.88
<u>Werkdruk.</u>	
Mijn werkdruk is hoog	.73
Ik moet te veel doen op mijn werk	.73
Ik werk onder grote tijdsdruk	.68
Ik werk onder grote spanning	.65
Door mijn werk blijft er weinig tijd over voor gezin of vrienden	.46
Om mijn dagtaak af te krijgen, moet ik heel hard werken	.70
Mijn werk vraagt veel van mij	.68
Cronbach's α	.88
<u>Lage arbeidssatisfactie</u>	
Ik voel me thuis op mijn werk	.67
Ik heb veel plezier in mijn werk	.58
Ik kan goed overweg met mijn leidinggevende	.53
Ik zou voor geen goud van baan willen veranderen	.54
Mijn leidinggevende heeft begrip voor mijn situatie	.51
Mijn baan is afwisselend en stimulerend	.56
Ik voel me gewaardeerd door mijn leidinggevende	.66
Mijn huidige baan biedt mij voldoende uitdagingen	.58

Ik krijg veel steun van mijn collega's	.57
Ik krijg veel steun van mijn collega's	.57
Ik ben tevreden met mijn arbeidsvoorwaarden	.48
Ik voel me gewaardeerd door mijn collega's	.59
Ik denk erover na ander werk te zoeken	.48
Cronbach's α	.87

Onzekerheid

Veranderingen vind ik lastig	.42
Ik kan moeilijk 'nee' zeggen tegen collega's als ik dat wil	.51
Ik neig ertoe gesprekken waar ik tegenop zie uit te stellen	.58
Ik heb het gevoel dat ik voortdurend beoordeeld word	.46
Ik vind het moeilijk om voor mijzelf op te komen	.55
Ik neig ertoe lastige problemen voor mij uit te schuiven	.59
Ik voel me onzeker in mijn werk	.49
Regelmatig stel ik werkzaamheden uit die ik vandaag had moeten doen	.35
Ik heb het gevoel dat ik me moet verantwoorden vanwege mijn klachten	.38
Ik wil graag aardig gevonden worden	.45
Ik heb moeite met het nemen van beslissingen	.46
Cronbach's α	.81

Perfectionisme

Ik doe vaak meer dan er van me gevraagd wordt	.51
In mijn werk stel ik hoge eisen aan mijzelf	.57
Ik vind het moeilijk om gas terug te nemen	.54
Ik neem zelden of nooit pauzes	.36
Ik neem het mezelf erg kwalijk als ik een fout maak	.44
Ik ben een echte doorzetter	.42
Als ik tijd over heb probeer ik iets nuttigs te doen	.45
Ik stoort me mateloos aan collega's die er de kantjes vanaf lopen	.37
In mijn werk bereid ik mij altijd goed voor	.33
Gewoonlijk merk ik pas achteraf dat ik veel te druk ben geweest	.38
In mijn werk zet ik me voor tweehonderd procent in	.56
In mijn werk ben ik prestatiegericht	.45
Cronbach's α	.80

Belastende thuissituatie

Het afgelopen jaar hebben zich ingrijpende veranderingen voorgedaan in mijn privé-leven	.69
Ik heb het afgelopen jaar veel tegenslag gehad	.70
Ik heb in mijn leven vervelende ervaringen meegemaakt die mij bezighouden	.61
De situatie thuis slokt me geheel op	.75
De problemen thuis kosten mij veel energie	.74
Ik heb het gevoel alsof ik thuis geleefd word	.60
Ik ben teleurgesteld door mensen in mijn omgeving	.50
Cronbach's α	.87

Factorstructuur

De 7 schalen in Tabel 1 zijn ontleend aan de definitieve factorstructuur van de VAR. De 7 schalen verklaren 49,1% van de variantie in de itempool. Als vervolgens op de 7 schalen een PCA wordt toegepast, dan kan met behulp van de Scree Test één hogere-ordefactor worden afgeleid die 39,3% van de variantie verklaart (Eigenvalue = 2,75). De factorladingen op deze hogere-ordefactor staan weergegeven in tabel 3. Het lijkt erop dat alle schalen iets van een gemeenschappelijk concept meten, maar dat daar

naast alle schalen elk een unieke bijdrage leveren. Immers, de factorstructuur van de VAR valt niet uiteen in twee of meer hogere-ordefactoren.

Intercorrelaties

Om de samenhang tussen de VAR-schalen te onderzoeken, werden de intercorrelaties tussen de VAR-schalen berekend (zie tabel 4). Linksonder in Tabel 5 staan de gewone intercorrelaties weergegeven en rechtsboven de partiële intercorrelaties. De partiële intercorrelatie tussen twee

Tabel 3. Factor ladingen op de hogere orde factor

Schaal	Factor lading
Depressie	.79
Onzekerheid	.74
Werkdruk	.67
Belastende thuissituatie	.60
Perfectionisme	.52
Klachteninterferentie	.52
Lage arbeidssatisfactie	.48

Tabel 4. Intercorrelaties tussen de schalen

	DEP	KLACHT	WERK	ARBEID	ONZEK	PERFECT	THUIS
Depressie (DEP)	-	.31	.10	.12	.23	.06	.37
Klachteninterferentie (KLACHT)	.39	-	.13	-.02	.01	.06	-.08
Werkdruk (WERK)	.38	.27	-	.28	.18	.32	-.11
Lage arbeidssatisfactie (ARBEID)	.28	.11	.28	-	.20	-.36	.15
Onzekerheid (ONZEK)	.48	.23	.44	.29	-	-.21	.08
Perfectionisme (PERFECT)	.27	.20	.37	-.18	-	.35	.17
Belastende thuissituatie (THUIS)	.48	.13	.18	.24	.33	.22	-

Noot: linksonder de intercorrelaties en rechtsboven de partiële intercorrelaties

Tabel 5. Psychometrische eigenschappen van de VAR-schalen

Schaal	Aantal items	Gemiddelde correlatie (r)	Standaard deviatie	Gemiddelde interitem	Uitersten itemrest
Depressie	13	25,2	8,4	.46	.44-.78
Klachteninterferentie	10	28,2	7,2	.42	.44-.75
Werkdruk	7	14,0	5,4	.50	.46-.73
Lage arbeidssatisfactie	12	23,7	7,9	.37	.48-.67
Onzekerheid	11	21,8	6,4	.28	.35-.59
Perfectionisme	12	34,3	6,4	.25	.33-.57
Belastende thuissituatie	7	12,8	5,5	.50	.50-.75

schalen geeft de 'unieke' samenhang weer tussen die twee schalen omdat gecontroleerd wordt voor de invloed van de resterende schalen. De meeste correlaties zijn laag tot matig, wat bevestigt dat de schalen relatief onafhankelijke factoren meten. Beoordeling van de verschillen tussen de 'gewone' intercorrelaties (linksonder) en partiële intercorrelaties laat enkele interessante verschillen zien. De schalen Belastende thuissituatie ($r = .48$) en Perfectionisme ($r = .27$) zijn beiden gecorreleerd met de schaal Depressie'. De partiële intercorrelatie tussen Depressie en Belastende thuissituatie blijft substantieel ($r = .37$), terwijl de partiële intercorrelatie tussen Depressie en Perfectionisme nihil is ($r = .06$). Dit betekent dat Belastende thuissituatie wel een unieke bijdrage heeft aan depressie, terwijl perfectionisme dat niet heeft. Interessante verschillen tussen de gewone en partiële intercorrelaties zijn zichtbaar voor de schaal Lage arbeidssatisfactie'. Uit de partiële intercorrelaties blijkt dat de schalen Werkdruk ($r = .28$), Onzekerheid ($r = .20$) en Perfectionisme ($r = -.36$) elk op unieke wijze bijdragen aan een lage arbeidssatisfactie. De schaal Depressie blijkt nauwelijks een unieke bijdrage te hebben aan een lage arbeidssatisfactie ($r = .12$), terwijl men uit de gewone intercorrelatie toch een zekere samenhang vermoed zou hebben ($r = .28$).

Interne consistentie

De psychometrische eigenschappen van de VAR staan weergegeven in tabel 5. In het algemeen wordt een scheefheid van tussen

de -1.0 en 1.0 als acceptabel beschouwd. Alle schalen van de VAR vallen tussen de -1.0 en 1.0. De schaal Belastende thuissituatie is de enige schaal die niet normaal verdeeld is ($p < .01$). De interne consistentie van de VAR-schalen kan zeer bevredigend worden genoemd. De laagste waarde wordt gevonden voor de schaal Perfectionisme (.80) en de hoogste voor de schaal Depressie (.92). De interne consistentie dient men altijd te beoordelen in samenhang met de schaallengte en de gemiddelde inter-itemcorrelatie. De gemiddelde inter-itemcorrelatie liggen idealiter tussen de .20 en .40 en mogen niet ver boven de .50 liggen (Briggs & Cheek, 1986). Tabel 5 laat zien dat er, gezien de beperkte schaallengte van de meeste schalen, een goed evenwicht is tussen de interne consistentie en de gemiddelde inter-itemcorrelatie.

Test-hertestbetrouwbaarheid

De temporele stabiliteit van de VAR, ofwel test-hertestbetrouwbaarheid, werd bepaald door een subgroep van 71 personen de vragenlijst na 2 weken nogmaals in te laten vullen. Tabel 5 laat zien dat de test-hertestbetrouwbaarheid van alle schalen goed kan worden genoemd.

Correlaties met biografische en sociaal-medische kenmerken

Correlaties zijn berekend tussen de VAR-schalen en enkele biografische en sociaal-medische variabelen (tabel 6). Uit de correlaties van tabel 6 blijkt dat er geen aparte normen nodig zijn voor geslacht, leeftijd

Test-hertest betrouwbaarheid	Cronbach's alpha	Scheefheid	KS-Z
.84	.92	0,59	1,51
.84	.88	-0,39	1,33
.92	.88	0,75	1,89
.91	.87	0,46	1,28
.85	.81	0,48	1,30
.83	.80	-0,30	1,46
.90	.87	0,90	2,71

Tabel 6. Correlaties tussen de VAR-schalen en enkele biografische en klinische variabelen

	Leeftijd	Geslacht	Opleiding	Zwaarte v/ h werk	Verzuim-duur	Klachten-duur	Chronische ziekte
Depressie	-.06	.10	.05	.13	.07	.11	.01
Klachteninterferentie	-.05	-.08	.14	.11	.13	.20	.10
Werkdruk	.01	-.03	.07	-.12	.08	.08	.06
Lage arbeidssatisfactie	-.12	-.15	-.08	-.06	.03	.14	.03
Onzekerheid	.01	-.01	.11	.06	.03	.05	.04
Perfectionisme	.09	-.02	-.03	-.04	-.08	-.03	.03
Belastende thuissituatie	-.04	.04	-.02	-.01	-.05	.01	-.04

of opleiding. Ook blijkt dat de VAR geen 'artefact' is van sociaal-medische variabelen die met de klachten samenhangen zoals de zwaarte van het werk, de verzuimduur of het hebben van een chronische ziekte. Een geringe correlatie (.20) tussen klachtenduur en de schaal Klachteninterferentie is in overeenstemming met het theoretische *fear-avoidance model* (Vlaeyen & Linton, 2000); er treedt een vicieuze cirkel op tussen vermijdende en catastroferende opvattingen en het aanhouden van de klachten.

Relatie met soortgenotenvragenlijsten

Om een verdere bijdrage te leveren aan de begripsvaliditeit van de VAR werden correlaties berekend tussen de VAR en enkele gerelateerde vragenlijsten, te weten de CES-D, SF-36, UCL, FABQ, en SRRS (zie Methode). De correlaties staan weergegeven in tabel 7. De hoge correlaties tussen Depressie en de CES-D en de SF-36 schalen Vitaliteit en Mentale gezondheid bevestigen de validiteit van deze schaal. Overeenkomstig de verwachting, correleert de FABQ het sterkst met Klachteninterferentie'. De SRRS blijkt niet uitsluitend hoog te correleren met Belastende thuissituatie'. Dit komt waarschijnlijk omdat Belastende thuissituatie breder meet dan de SRRS. Belastende thuissituatie meet namelijk behalve belastende gebeurtenissen in het recente verleden (zoals de SRRS doet), ook de ervaren stress in de huidige thuissituatie. De UCL vertoont de hoogste correlaties (hoewel deze correlaties in absolute grootte matig zijn), met Onzekerheid. Men kan

hieruit afleiden dat personen die hoog scoren op Onzekerheid meer geneigd zijn tot vermijdende gedragingen.

Criteriumvaliditeit

Hoewel de VAR niet beoogt om stoornissen te meten, maar juist factoren die samenhangen met mechanismen die bijdragen aan het aanhouden van de klachten en arbeidsverzuim, los van het type klacht, mag men van sommige schalen toch wel enige verschillen verwachten tussen patiëntengroepen met verschillende stoornissen. Bijvoorbeeld dat patiënten met een vastgestelde depressie als groep het hoogst scoren op de schaal Depressie en patiënten met stress en overspanning relatief hoog scoren op de schalen Werkdruk en Lage arbeidssatisfactie. Drie groepen patiënten zijn met elkaar vergeleken; rugklachten, depressie, en stress/overspanning/burn-out (zie tabel 8). Zowel de depressieve patiënten als patiënten met stress en overspanning scoren hoger op alle schalen in vergelijking met patiënten met rugpijn (F [multivariaat] = 3,5; $p < .001$). Depressieve patiënten scoren in vergelijking met de groep 'stress/overspanning/burn-out' hoger op de schalen Depressie ($F = 2,7$; $p < .05$) en Belastende thuissituatie ($F = 2,3$; $p < .05$). Hieruit zou men kunnen afleiden dat de combinatie van problemen thuis én problemen op het werk een risico vormen tot het ontwikkelen van een depressie. In ieder geval lijken de resultaten van tabel 7 een beginnend bewijs voor de criteriumvaliditeit van de VAR.

Tabel 7. Correlaties tussen de VAR-schalen en gerelateerde vragenlijsten

	DEP	KLACHT	WERK	ARBEID	ONZEK	PERFECT	THUIS
CES-D	.74	.61	.24	.16	-.43	.40	.40
SF-36							
- lichamelijke functioneren	-.33	-.25	-.04	-.02	-.10	-.18	-.18
- rolbeperking							
(lichamelijk probleem)	-.18	-.21	-.02	-.05	-.03	-.09	-.16
- pijn	-.22	-.20	-.01	-.01	-.02	-.19	-.14
- algemene gezondheidsbeleving	-.33	-.27	-.25	-.26	-.24	-.01	-.25
- vitaliteit	-.62	-.19	-.19	-.29	-.20	-.11	-.36
- sociaal functioneren	-.38	-.09	-.12	-.06	-.09	-.09	-.52
- rolbeperking							
(emotioneel probleem)	-.29	-.10	-.21	-.00	-.12	-.16	-.37
- mentale gezondheid	-.61	-.37	-.32	-.35	-.31	-.14	-.40
UCL							
- actief aanpakken	-.27	-.15	-.09	-.01	-.32	-.10	-.08
- vermijden	.09	.07	-.28	.04	.35	-.05	.16
FABQ							
- lichamelijke activiteit	.24	.61	.29	-.17	.27	.30	.17
- werk	.21	.56	.15	-.03	.34	.18	.15
SRRS	.51	.37	-.14	.28	.24	.20	.45

Tabel 8. Gemiddelde en standaard deviatie van de VAR-schalen bij rugklachten, depressie en burnout

	Rugklachten (N = 88)		Depressie (N = 27)		Stress, overspanning, burnout (N = 35)	
	M	(SD)	M	SD	M	SD
Depressie	23,6	(7,8)	37,7	(9,7)	32,1	(6,7)
Klachteninterferentie	29,4	(7,7)	32,3	(4,0)	32,9	(6,8)
Werkdruk	13,3	(4,9)	16,2	(7,8)	17,8	(5,7)
Lage arbeidssatisfactie	23,7	(8,0)	27,5	(7,7)	27,7	(7,4)
Onzekerheid	21,9	(5,9)	26,8	(7,0)	26,3	(7,4)
Perfectionisme	33,8	(6,0)	36,7	(8,4)	35,0	(6,5)
Belastende thuissituatie	13,4	(5,4)	20,0	(6,0)	15,6	(6,6)

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was de ontwikkeling van een nieuwe vragenlijst op het snijvlak van arbeid, gezondheid en reïntegratie; de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR). De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat deze opzet geslaagd is. Op basis van theorievorming, literatuuronderzoek en voorstudies in de klinische praktijk, is een solide instrument ontwikkeld met goede psychometrische eigenschappen. De vragenlijst pretendeert de belangrijkste psychosociale factoren te

meten die een potentiële bijdrage leveren aan het instandhouden van klachten en een risico vormen voor langdurig arbeidsverzuim. Bij mensen die kortdurend verzuimen, ongeacht de aard van de klacht, zou de VAR ingezet kunnen worden bij de screening van psychosociale risicofactoren op langdurig verzuim, anders geformuleerd, waar zitten de knelpunten bij deze persoon? Bij personen die langer verzuimen kan de VAR gebruikt worden als hulpmiddel bij de reïntegratiebegeleiding.

Vanuit de arbeids- en organisatiepsychologie zou men kritiek kunnen geven op de schaal Lage arbeidssatisfactie omdat deze schaal de verschillende factoren die in dit veld gehanteerd worden zoals 'sociale steun leidinggevende', 'sociale steun collega's', 'verloopintentie' en 'arbeidssatisfactie' samenvoegt. Echter, hier laat het empirisch onderzoek van zich spreken. Met factoranalyse hielden deze begrippen geen stand als afzonderlijke factoren. Met betrekking tot de doelstelling van screening kan men zich afvragen of dit überhaupt wenselijk is. In eerste instantie zou men willen weten of er 'iets' speelt met betrekking tot onvrede op het werk bij een persoon die verzuimt vanwege ziekte of klachten. De precieze aard van deze onvrede kan men vervolgens uitvragen in een gesprek met de persoon.

De schaal Klachteninterferentie komt voort uit de klinische ervaring dat de mate van beperkingen en verzuim niet bepaald worden door de aanwezigheid van de klachten zelf, maar door de mate waarin iemand zich in beslag laat nemen door de klacht, zeg maar de mate waarin de klacht ingrijpt (interfereert) in iemands dagelijks leven. Een algemene copinglijst zoals de UCL is te globaal om dit specifieke construct te meten (en zoals blijkt uit de lage correlaties tussen Klachteninterferentie en de UCL). Er bestaan natuurlijk wel vragenlijsten die specifieke cognitieve constructen meten zoals 'catastroferen' of 'fear-avoidance beliefs', maar deze kunnen alleen ingezet worden bij specifieke populaties zoals pijnpatiënten. Met de schaal Klachteninterferentie hopen we een specifiek copingconstruct te hebben geformuleerd dat anderzijds niet stoornisspecifiek is.

Het is interessant om te zien dat Belastende thuissituatie een tamelijk hoge interne consistentie heeft, terwijl de items qua inhoud uiteenlopen; stress in de huidige thuissituatie, recente negatieve gebeurtenissen en negatieve gebeurtenissen uit het verleden. Anderzijds komen de items overeen in de zin dat het gaat om de hoeveelheid ervaren stress ten gevolge van erva-

ringen, anders dan ervaringen die gerelateerd zijn aan het werk. In dat opzicht is deze schaal anders dan vragenlijsten zoals de SRRS of de Survey of Recent Life Experiences (SRLE; Kohn & MacDonald, 1992), die veeleer trachten een objectieve taxatie te geven van de hoeveelheid stressors. Voor screening in het kader van begeleiding is het veel zinvoller om te weten in welke mate men (nog) problemen heeft met bepaalde gebeurtenissen of huidige condities waarin men leeft, dan te weten 'wat' en 'hoeveel' deze condities objectief gezien zijn. In dat opzicht biedt de hoge correlatie tussen Belastende thuissituatie en Depressie steun voor de begripsvaliditeit van Belastende thuissituatie. Men mag immers veronderstellen dat een hoge ervaren belasting gepaard gaat met depressiviteit.

Ofschoon de resultaten van dit onderzoek bemoedigend zijn, is meer onderzoek nodig naar de repliceerbaarheid van de dimensionale structuur van de VAR (kruisvaliditeit), om de vragenlijst een nog steviger fundament te geven. Ook zijn niet alle schalen van de VAR in dit onderzoek gecorreleerd met soortgenotenvragenlijsten. Het is wenselijk om vast te stellen hoe bijvoorbeeld de schalen Onzekerheid en Perfectionisme zich verhouden tot bestaande persoonlijkheidsvragenlijsten. Ook de schalen Werkdruk en Lage arbeidssatisfactie dienen nog beoordeeld te worden op hun samenhang met gerelateerde lijsten.

Bij verdere ontwikkeling van de toepassingsmogelijkheden van de VAR kan gedacht worden aan de formulering van multifactoriële profielen aan de hand van clusteranalyse, mogelijk gekoppeld aan risicovariabelen (zoals verzuimduur), zodat risicoprofielen ontstaan. Men kan veronderstellen dat een profiel dat gekenmerkt wordt door relatieve scores op bijvoorbeeld Depressie en Klachteninterferentie een geheel andere begeleiding vraagt, dan een profiel dat gekenmerkt wordt door relatief hoge scores op Werkdruk en Perfectionisme.

De ultieme toets van de waarde van de VAR is natuurlijk de verzuimvoorspelling. Is de

VAR inderdaad in staat te voorspellen wie kort en wie lang gaat verzuimen? Tot op heden is alleen op populatieniveau onderzocht welke variabelen samenhangen met langdurig verzuim. Het gaat dan meestal om variabelen die weinig aanknopingspunten voor individuele begeleiding bieden, zoals bedrijfstak en geslacht. De VAR is thans uitgezet bij een groep mensen die is uitgevallen vanwege uiteenlopende klachten. Binnen afzienbare tijd verwachten we te kunnen bepalen of de VAR inderdaad de pretentie kan waarmaken.

AUTEURS

Lex Vendrig, Gezondheidscentrum Vledder, Pastorieweg 16, 8381 AX Vledder, E-mail: lexvendrig@zonnet.nl

SAMENVATTING

In dit onderzoek wordt de ontwikkeling beschreven van een nieuwe vragenlijst op het snijvlak van arbeid, gezondheid en reïntegratie; de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR). De VAR telt 72 items verdeeld over 7 schalen: Depressie, Klachteninterferentie, Werkdruk, Lage arbeidsatisfactie, Onzekerheid, Perfectionisme en Belastende thuissituatie. Het doel van de VAR is de screening van risicofactoren voor langdurig verzuim. De gesignaleerde risicofactoren kunnen richting geven aan de reïntegratiebegeleiding. Het valideringsonderzoek werd uitgevoerd bij een proefgroep van 322 personen die vanwege uiteenlopende klachten waren uitgevallen op het werk. Op basis van het uitgevoerde onderzoek kan worden geconcludeerd dat de VAR over goede psychometrische eigenschappen bezit. Meer onderzoek is nodig naar de kruisvaliditeit van de VAR. Toekomstig onderzoek zal moeten uitmaken of de pretentie van de VAR om de verzuimduur te kunnen inschatten, kan worden waargemaakt.

LITERATUUR

Bigos, S.J., Battié, M.C., Spengler, D.M., Fischer, W.E., Hansson, T.H., Nachemson, A.L., & Wortley, M.D.

(1991). A prospective study of work perceptions and psychological factors affecting the report of back injury. *Spine*, 16, 1-6.

Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., & Sonderen, E. (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

Briggs, S.R. & Cheek, J.M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Linton, S.J., & Halldén, K. (1998). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and sub-acute back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 209-215.

Kohn, P.M. & MacDonald, J.E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for adults. *Journal of Behavioural Medicine*, 15, 221-228.

Marhold, C., Linton, S.J., & Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12, 65-75.

Schreurs, P.J.G., Willege, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Terluin, B. (1996). De Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.

Vendrig, A.A., Deutz, P., & Vink, I. (1998). Nederlandse vertaling en bewerking van de Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. *Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding*, 18, 11-14.

Vlaeyen, J.W. & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30, 473-483.

NIEUW!

SOCIALE PSYCHIATRIE

Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie



*Kees Onderwater, Ivonne van der Padt,
Marius Romme, Ben Venneman,
Frans Verberk (redactie)*

ISBN 90 5931 334 8
272 blz. / 2005
€ 34,50

Dit boek is een hedendaags studieboek over de sociale psychiatrie waarin uitgangspunten en werkwijze voor de komende jaren staan beschreven. Het onderbouwt de sociale psychiatrie met de huidige kennis van theorie, praktijk en wetenschap. De praktijk van het handelen staat daarbij voorop. Het boek is primair bestemd voor studenten en werkers in de sociale psychiatrie en alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

Verkoop en informatie
t +31(0)30 219 20 75
f +31(0)30 219 24a 96
e infodesk@lemma.nl
i www.lemma.nl

Voor meer informatie over TPE kunt u
kijken op onze website op www.lemma.nl

LEMMA

NIEUW!

DWANG EN DRANG IN DE PSYCHIATRIE

Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies



Verkoop en informatie
t +31(0)30 219 20 75
f +31(0)30 219 24 96
e infodesk@lemma.nl
i www.lemma.nl

Voor meer informatie over TPE kunt u
kijken op onze website op www.lemma.nl

*Tineke Abma, Guy Widdershoven,
Bert Lendemeijer (redactie)*

ISBN 90 5931 330 5
282 blz. / 2005
€ 35,-

Dit boek belicht de kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies. Aan bod komen het professionele, ethische en cliëntenperspectief. Met een beschrijving hoe binnen een tiental instellingen is gewerkt aan alternatieven, preventie en vergroting van zorgvuldigheid en leefbaarheid tijdens dwang en drang. Geschikt voor verpleegkundigen (in opleiding) maar ook voor managers, beleidsmakers en cliëntenraden in de psychiatrie.



LEMMA

