

# De bruikbaarheid van de DASS voor evaluatie van de behandeling van arbeidsgerelateerde psychische klachten

Edwin de Beurs, Sonja van Zweden, Carolien Hamming

Psychische klachten vormen een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim. Dergelijke klachten variëren van arbeidsgerelateerde stressklachten tot volledige klinische beelden zoals stemmingsstoornissen en angststoornissen. Voor de klinische praktijk van alledag is men op zoek naar handzame meetinstrumenten ten behoeve van

1. screening of ter indicatiestelling voor behandeling;
2. voor het tussentijds verloop van de behandeling (monitoring);
3. voor het vaststellen van het uiteindelijke effect van de behandeling.

Naast eisen met betrekking tot de betrouwbaarheid en de validiteit van deze meetinstrumenten gelden ook praktische overwegingen: bij voorkeur is een instrument kort, breed inzetbaar, voor meerdere doeleinden geschikt en is het goedkoop in het gebruik.

De Depressie Angst en Stress Schaal van Lovibond en Lovibond,<sup>1,2</sup> in het Nederlands vertaald door De Beurs et al.,<sup>3</sup> voldoet aan de bovenstaan-

## SAMENVATTING

In eerder onderzoek is aangetoond dat de Depressie Angst Stress Schaal (DASS) een nuttig hulpmiddel kan zijn bij de indicatiestelling voor behandeling van arbeidsgerelateerde klachten. Zo heeft het instrument voldoende sensitiviteit en specificiteit om patiënten met een stemmingsstoornis of angststoornis te onderscheiden van patiënten met (arbeidsgerelateerde) psychische klachten zonder deze diagnose(s). Doel van het onderhavige onderzoek is om de bruikbaarheid van de DASS als meetinstrument voor de uitkomst van behandeling te evalueren. Daartoe werd het verschil in score op de DASS bij een groep patiënten voor en na de behandeling onderzocht. De gevoeligheid van de DASS werd vergeleken met de Checklist Individuele Spankracht (CIS) en er werd nagegaan in hoeverre klinisch relevante verandering volgens beide meetinstrumenten overeenstemde met een derde uitkomstmaat: werkhervatting. De resultaten wezen uit dat de DASS de meest gevoelige maat is voor verandering in klachten na behandeling. Het gevonden behandelingseffect overtrof wat in de onderzoeksliteratuur op basis van gecontroleerde studies voor de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten wordt gerapporteerd. Deze resultaten worden van enige kritische kanttekeningen voorzien en de bruikbaarheid van de DASS voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt besproken.

Dr. E. de Beurs is GZ-psycholoog en werkzaam als hoofd van het Bureau Onderzoek en Ontwikkeling van het Nederlands Instituut voor de Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en inhoudelijk directeur van het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN).

Drs. S. van Zweden is klinisch psycholoog en psychotherapeut en grondlegger van de CSR-methode.

Drs. C. Hamming is directeur van CSR Centrum en deskundige op het gebied van stressgerelateerde problematiek.

### CORRESPONDENTIEADRES:

Dr. E. de Beurs, KZN, Postbus 281, 3720 AG Bilthoven.  
E-mail: edwin.debeurs@kznbenchmarking.nl

de kwalificaties. Zoals in de naam van het instrument is vervat, is het instrument geschikt om stemmingsklachten, angstklachten en stressklachten te meten. Vooral het laatste concept is relevant bij de evaluatie van behandeling voor arbeidsgerelateerde klachten. Het instrument bestaat in een versie met 42 items en een versie met 21 items. In vergelijking met de volledige versie boet de korte variant iets in aan psychometrische kwaliteiten, maar is voor de meeste doeleinden nog steeds geschikt. De DASS wordt door de eerste auteur kosteloos ter beschikking gesteld.

Overbelasting op de werkplek uit zich in symptomen van stress en is nog steeds een van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim in ons land. Verzuim door psychische klachten maakt het grootste deel uit van het totaal aantal verzuimdagen, namelijk 19%. De gemiddelde verzuimduur vanwege overspanning/burn-out is 60 dagen.<sup>4</sup> Bovendien is het vaak een hardnekkig probleem: van de mensen met overspanning/

**THERAPIE-UITKOMST,  
STRESS,  
PSYCHOMETRIE**

## SUMMARY

The utility of DASS in the evaluation of the effects of treatment for work-related mental health problems.

Mental health problems are a major cause of absence. Clinical practice needs useful instruments: (1) for screening patients or determining therapy, (2) monitoring treatments, and (3) determining treatment result. Preferably this instrument is compact, cheap, widely usable and fit for multiple purposes. Previous research showed that DASS can be used to decide whether treatment is called for with work-related mental health problems. The aim of the present study was to investigate the utility of the DASS as an outcome measure of treatment. This study used the shorter DASS-21 version. A group of 70 clients of the Chronic Stress Reversal Centre (CSR), 39 with mild complaints, 31 with serious chronic stress complaints with comorbidity, were all treated according to the CSR method aimed at recovery of the neurohormonal balance and improvement of recovery capacity and self management. The pre-to-post differences in DASS scores were compared to scores on the Checklist Individual Strength (CIS) and comparisons were made in terms of clinical significant change according to both instruments as well as a third outcome: full return to work.

The results showed that the DASS was most sensitive to change, closely followed by the CIS. The amount of change found in DASS scores was in excess of what is usually found in controlled studies evaluating treatments for work-related mental health problems.

This was not a controlled study so the results have to be interpreted accordingly. In the clinical practice of occupational and insurance physicians DASS can be used for an objective determination of the seriousness of the patient's complaints. The instrument is also useful for determining whether further treatment is needed. DASS is able to differentiate between patients with primary anxiety or mood disorders and those with stress complaints with related anxiety and depression. The results of this study show that DASS is able to monitor the effect of a therapy, taking into account that the score on the stress scale might decrease, while the scores on the other two scales remain high.

Furthermore DASS does not measure changes in behaviour. Ultimately the OHP or insurance physician has to make a clinical assessment regarding re-employment.

burn-out verzuimt meer dan 20% na één jaar nog steeds.<sup>5,6</sup> Bestaande meetinstrumenten voor deze klachten, zoals de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS, de vertaling van de Maslach Burnout Inventory),<sup>7</sup> hebben weliswaar goede psychometrische eigenschappen, maar zijn specifiek gericht op de werksituatie. Met de DASS kunnen daarentegen potentieel twee vliegen in een klap geslagen worden: meten van veelvoorkomende bijkomende klachten bij arbeidsgerelateerde problematiek in combinatie met het meten van het kernprobleem: stress. Uit onderzoek bleek dat met de DASS de meer ernstige patiënten, die voldeden aan diagnostische criteria voor een stemmings- of angststoornis, zijn te detecteren.<sup>8</sup> Breninkmeijer et al.<sup>9</sup> bouwden op deze bevinding voort en toonden aan dat de DASS goed vier groepen respondenten kon onderscheiden: gezonde personen, patiënten met een stressgerelateerde stoornis, patiënten met een angststoornis en patiënten met een stemmingsstoornis. De validiteit van de DASS werd ondersteund door de bevinding dat de verschillende subschalen elk het best hun bijbehorende patiëntengroep kunnen detecteren: patiënten met een angststoornis zijn het best te detecteren met de angstschaal, patiënten met een stemmingsstoornis met de depressieschaal. Op de stressschaal wordt tussen de patiëntengroepen geen verschil gevonden. De score van de patiënten met een stressgerelateerde stoornis is op deze schaal even hoog als die van de andere patiënten, maar wel weer hoger dan de score van gezonde respondenten.

Voor een efficiënte inzet van de beperkte therapeutische middelen is een goede indicatiestelling van belang: bij sommige patiënten zal een korte behandeling gericht op stressreductie en werkhervatting afdoende zijn, terwijl bij andere patiënten een intensievere behandeling door een GZ- of klinisch psycholoog of psychiater de aangewezen weg is. Breninkmeijer et al. suggereren voor de subschalen van de lange en de korte variant van de DASS-afkappunten om de verschillende soorten patiënten te detecteren. De DASS blijkt dan voldoende sensitief en specifiek voor het detecteren van een stemmings- of angststoornis in het arbozorgveld en zo kan het instrument van dienst zijn bij het vaststellen van de meest passende vorm van zorg.

Naast het gebruik als screener of als indicatiestellend instrument kan de DASS wellicht ook gebruikt worden om vast te stellen of een behandeling het beoogde effect heeft en de patiënt weer voldoende hersteld is om te re-integreren en de werkzaamheden te hervatten. De bruikbaarheid van de DASS als uitkomstmaat voor therapie-

- I Met de DASS, een zelfrapportagevragenlijst om de ernst van stressklachten bij arbeidsgerelateerde problematiek te meten, kan goed het effect van behandeling worden vastgesteld.
- I Een score op de stressschaal van 4 of minder is indicatief voor herstel, al zal voor een advies tot werkhervatting ook een klinische beoordeling van een bedrijfsarts of een verzekeringsarts vereist zijn. Zo'n beslissing dient op meer dan alleen een vragenlijstscore gebaseerd te zijn.
- I De behandeling voor arbeidsgerelateerde problematiek is effectief en leidt bij de meerderheid van de patiënten tot een aanzienlijke afname van de klachten.

effect is echter nog niet systematisch onderzocht bij mensen die een behandeling ondergaan voor arbeidsgerelateerde problematiek. Dit is het onderwerp van dit artikel. Meer specifiek zal onderzocht worden hoe gevoelig de DASS is voor verandering in klachten gedurende de behandeling en de DASS zal hierbij direct vergeleken worden met een andere maat die veel gebruikt wordt om het effect van hulpverlening bij arbeidsgerelateerde klachten te meten, de Checklist Individuele Spankracht (CIS).<sup>10</sup> Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de korte versie van de DASS met 21 items. De vraag voor dit onderzoek luidt derhalve: hoe bruikbaar is de DASS-21 voor het meten van de uitkomst van de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten? Om deze vraag te beantwoorden vergelijken we eerst scores op de DASS en de CIS voor en na behandeling. Zo kunnen we de gevoeligheid voor verandering van beide instrumenten direct vergelijken. Voorts vergelijken we de uitkomst volgens beide meetinstrumenten in klinisch betekenisvolle termen. Wie is hersteld volgens de DASS (een score van 4 of lager op de stresschaal) en wie volgens de CIS (een totaalscore van 76 of lager)? Ten slotte vergelijken we de uitkomsten volgens de DASS en de CIS met de vraag of er sprake was van werkherhaving aan het eind van de behandeling. Zo is na te gaan of de grenswaarde van 4/5 op de stresschaal van de DASS-21 een goed uitgangspunt vormt voor de beoordeling dat iemand voldoende is hersteld om zijn of haar werkzaamheden weer te hervatten.

## METHODE

### Gegevens testgroep

De onderzochte groep betrof 70 werknemers in behandeling bij CSR Centrum. Alle patiënten zijn afkomstig uit de bouwbranche en 40% verzuimde geheel of gedeeltelijk van het werk. Het ging om een heterogene groep van patiënten met een grote variëteit aan beroepen (administratief, financieel, technisch, uitvoerend, leidinggevend). De groep bestond voor 80% uit mannen (56 mannen en 14 vrouwen), voornamelijk uit de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar ( $n = 45$ , 64%). De meerderheid had een leidinggevende functie ( $n = 48$ , 69%). 31 patiënten waren verwezen door de bedrijfsarts, 11 door de werkgever, 28 kwamen op eigen initiatief. Zij werden in de periode van januari 2008 tot maart 2009 individueel behandeld wegens persisterende stress- en vermoeidheidsklachten zonder medische oorzaak. De patiënten werden in uiteenlopende mate geïnvalideerd door hun klachten. Er zijn grofweg twee subgroepen te onderscheiden: de patiëntengroep

met milde klachten ( $n = 39$ ) en de mensen met ernstige en langdurige stressklachten met comorbiditeit ( $n = 31$ ). Deze laatste groep patiënten had een intensievere en langer durende behandeling nodig om tot werkhervatting te komen in vergelijking met de eerste subgroep. Degenen die door de bedrijfsarts waren verwezen, hadden in meerderheid ernstiger klachten ( $n = 20$ ) dan de zelfmelders ( $n = 7$ ) of de patiënten die door de werkgever waren verwezen ( $n = 4$ ). Voorafgaand aan de behandeling vond een intake plaats waarbij de klinische individuele anamnese werd afgenomen. Ook vond een voormeting plaats aan de hand van genormeerde vragenlijsten (o.a. de DASS-21, 'Herstelbehoefte na het werk' en de CIS). Alle patiënten die (arbeidsgerelateerde) stressklachten rapporteerden en/of buiten de gezondheidsnorm scoorden op de vragenlijsten, kwamen in principe in aanmerking voor behandeling. De cliënten met zelfgerapporteerde lichte klachten en scores binnen de norm, kregen mondelinge toelichting op de scores en een leefstijladvies (preventie); deze groep maakt geen deel uit van de onderzochte testgroep. De cliënten bij wie primair een depressie of angststoornis werd vermoed zónder stressgerelateerde klachten, zijn verwezen naar de tweedelijns GGz. Het behandeltraject werd afgesloten met een herhaling van het vragenlijstonderzoek. Als de begeleiding meer dan 10 sessies in beslag nam, werd ook na de 9<sup>e</sup> sessie het vragenlijstonderzoek afgenomen om de voortgang van het herstel tussentijds te meten. Het aantal sessies bedroeg gemiddeld 13, met een range van 4 tot 30 sessies en een mediaan van 9. Tijdens de behandeling werden vier patiënten verwezen naar de tweedelijns GGz; drie patiënten staakten op eigen initiatief (voortijdig) de behandeling. Alle patiënten werden behandeld volgens de CSR-methode. Dit is een gestandaardiseerde, individuele behandelmethode, gebaseerd op het energetische belasting/herstelmodel van Theo Meijman,<sup>11</sup> later uitgewerkt door onder anderen Sluiter<sup>12</sup> en Sluiter & Frings-Dresen.<sup>13</sup> Uitgangspunt van de methode is dat langdurige mentale of fysieke belasting zonder voldoende energetisch herstel leidt tot een chronische stressconditie en neurohormonale ontregelingen. Dit heeft cognitieve, emotionele en lichamelijke effecten en kan leiden tot functionele en/of structurele veranderingen in de bij stressfysiologie betrokken systemen (zoals het immuunsysteem), met uiteenlopende klachten en pathologieën als gevolg. Het totale symptomencomplex als gevolg van chronische stress noemt CSR Centrum een 'chronische stressyndroom'. Overspanning en burn-out (waarbij

meestal ook depressieve en angstklachten optreden) behoren tot dit complex. De behandeling heeft als doelstelling: herstel van de neurohormonale balans en het recuperatievermogen (waardoor mentaal en lichamelijk functioneel en energetisch herstel optreedt) en daarnaast verbetering van het zelfmanagement. Ook de re-integratieperiode maakt onderdeel uit van de behandeling. De aanpak is opgebouwd volgens een geprogrammeerde stepped care procedure. Dit verklaart de verschillen in behandelintensiteit tussen de patiënten.

### Meetinstrumenten

Checklist Individuele Spankracht (CIS):<sup>10</sup> met de 20 items van deze zelfrapportagelijst worden vier aspecten gemeten: ernst van de vermoeidheid (8 items), concentratieproblemen (5 items), motivatieproblemen (4 items), en laag fysieke activiteitsniveau (3 items). Ook wordt er een totaalscore berekend. De items worden beantwoord op een 7-puntschaal (1 = ja, dat is waar, 7 = dat is niet waar) en de antwoorden worden omgescoord zodat een hogere score duidt op meer vermoeidheid of problemen. De psychometrisch kenmerken van de lijst zijn goed met een betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van 0,90 voor de totaalscore en 0,83 tot 0,87 voor de subschalen. Als grenswaarde voor een score waarbij er een aanzienlijk risico op ziekteverzuim is, suggereren Bültmann et al.<sup>14</sup> een totaal score >76.

Depressie Angst Stress Schaal (DASS):<sup>2,3</sup> de 21 items van de verkorte versie van de DASS-42 meten depressie, angst en stress met elk 7 items. De items worden gescoord op de mate waarin ze de afgelopen week van toepassing waren aan de hand van een 4-puntschaal (0 = helemaal niet of nooit, 3 = zeer zeker of meestal). De betrouwbaarheid (interne consistentie, Cronbach's alpha) is

goed: 0,94, 0,91, en 0,89 voor depressie, angst en stress) en dat geldt ook voor de test-hertestbetrouwbaarheid (respectievelijk 0,74, 0,75, 0,85). Als grenswaarde voor een te hoge stressniveau werd een score van 5 of hoger genomen op de DASS-stressschaal.

### Statistische analyses

Het behandel-effect volgens de DASS en de CIS werd getoetst met een *t*-toets voor verschil tussen de gemiddelde score bij voor- en nameting (*t*-test voor gepaarde waarnemingen) en uitgedrukt in een effect size index (het gestandaardiseerde verschil of Cohen's *d*). Tevens werd de proportie 'herstelden' volgens klinisch relevante criteria vergeleken met chikwadraattesten.

### RESULTATEN

Van 70 patiënten waren op het moment van analyseren complete data bij de voormeting en een tweede meting na de 9<sup>e</sup> sessie van de behandeling. Bij nog eens 19 patiënten was een derde meting afgenomen na een aantal aanvullende behandelsessies. Als nameting is de laatste meting die beschikbaar was, genomen; bij 51 behandelingen was dit dus de tweede meting en bij 19 behandelingen was dit de derde meting.

In tabel 1 staan de gemiddelde score (en standaarddeviatie), de *t*-waarde van de gepaarde vergelijking (*t*-test voor verschil in gemiddelde) en de grootte van het behandel-effect of de within group effect size (ES, Cohen's *d*). Deze laatste maat geeft de effectgrootte van het verschil in gemiddelde weer en is in feite het verschil in standardeenheden (voormetingsgemiddelde – nametingsgemiddelde / gepoolde standaardafwijking). Een *d* van 1,00 betekent dat de gemiddelde score in de onderzoeksgroep één standaardafwijking is opgeschoven ten opzichte van wat het was bij de voormeting. Dat is een substantieel effect (Cohen spreekt van een gemiddeld effect bij *d* = 0,50 en een groot effect bij *d* > 0,80). In behandelstudies en meta-analyses worden vaak effectgroottes tussen de 1,00 en 2,00 gerapporteerd.

Uit de resultaten die zijn weergegeven in tabel 1, komt de DASS-stressschaal naar voren als het meest gevoelig voor verandering tijdens de behandeling. De stressschaal wordt op de voet gevolgd door de totaalscore op de DASS, die ook een goede indicator blijkt van het bereikte therapie-effect. De resultaten op de Checklist Individuele Spankracht zijn bescheidener. De totaalscore van de CIS is het meest gevoelig, gevolgd door de ernst van de vermoeidheid-, concentratie- en

**Tabel 1**

Gemiddelde voor- en nametingsscore op de DASS en de CIS schalen

	Voormeting		Nameting		<i>t</i> (df = 69)	ES ( <i>d</i> )
	<i>x</i>	<i>sd</i>	<i>x</i>	<i>sd</i>		
DASS-tot	23,57	10,65	8,67	6,79	11,97*	1,67
DASS-dep	8,16	4,37	2,84	2,77	10,69*	1,45
DASS-anx	5,14	3,33	1,76	1,82	8,44*	1,26
DASS-stress	10,27	4,19	4,07	3,08	12,71*	1,69
CIS-tot	97,96	25,16	58,70	24,55	10,98*	1,58
CIS-vermoe	41,93	11,44	24,16	11,24	11,30*	1,57
CIS-conc	25,01	6,66	15,33	6,94	9,76*	1,42
CIS-mot	18,66	6,52	11,29	5,13	8,87*	1,26
CIS-lich	12,36	5,81	7,93	4,40	5,54*	0,86

NB: DASS-tot = totaalscore; DASS-dep = depressie; DASS-anx = angst; DASS-stress = stress; CIS-tot = totaalscore; CIS-vermoe = vermoeidheid; CIS-conc = concentratieproblemen; CIS-mot = motivatieproblemen; CIS-lich = laag fysieke activiteitsniveau.

\*Alle *p* < 0,001.

motivatiesubschalen. De lichamelijke activiteitschaal is aanmerkelijk minder gevoelig voor verandering. Deze schaal bestaat ook uit maar drie items en is niet erg betrouwbaar.

In tabel 2 zijn de resultaten weergegeven van een vergelijking van de meetinstrumenten wanneer grenswaarden worden gebruikt om klinisch relevante verbetering aan te geven. Er is hierbij van de volgende grenswaarden uitgegaan: een patiënt is beschouwd als hersteld bij een score van 4 of lager op de DASS-21-stressschaal en bij een score van 76 of lager op de CIS-totaalscore. Bovendien is nagegaan of de patiënt bij de laatste meting weer werkte (100%, minder dan 100% of niet). Dit laatste gegeven was maar voor 58 patiënten beschikbaar (83% van het totaal).

Er is een duidelijk en statistisch significant verband tussen herstel volgens de DASS en volgens de CIS  $\chi^2(1) = 19,50, p < 0,001$ . Bij ruim driekwart van de patiënten (54 van de 70) komen de instrumenten tot dezelfde uitkomst. Ook is te zien dat de grenswaarde op de DASS-stressschaal wat conservatiever is dan de grenswaarde op de CIS: 42 (60%) hersteld volgens de DASS versus 54 (77%) hersteld volgens de CIS. Veertien patiënten zijn volgens DASS niet hersteld maar werken wel weer 100%; dit aantal 'mismatches' is bij de CIS maar negen patiënten.

Er is ook een significante relatie tussen de DASS en werkhervatting  $\chi^2(2) = 6,74, p < 0,03$ , maar niet voor de CIS en werkhervatting  $\chi^2(2) = 1,58, p = n.s.$ . Het geringe aantal observaties in de laatste rij van tabel 2 (slechts vier niet-werkenden) maakt dit resultaat wel enigszins onbetrouwbaar.

## DISCUSSIE

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat de DASS een gevoelig instrument is voor het vaststellen van verandering van de klachten bij patiënten die werden behandeld voor werkgerelateerde stressproblematiek. De DASS-totaalscore en de DASS-stressschaal voldoen iets beter dan de CIS-schalen. Bij dezelfde groep patiënten laten beide DASS-schalen een iets groter effect zien en zij zijn dus gevoeliger voor de behaalde verandering dan de CIS.

Voor zowel de DASS als de CIS worden in de literatuur grenswaarden voorgesteld voor klinisch gebruik. Bij een score 4 of lager op de DASS-stressschaal of 76 of lager op de CIS-totaalscore kan men spreken van klinisch relevante verbetering of herstel. Onderling stemmen de meetinstrumenten goed overeen, al is de grenswaarde van de DASS-schaal wat conservatiever. Vergelijken we de toepassing van die grenswaarden voor de

**Tabel 2**

Vergelijking van klinisch relevante uitspraken volgens verschillende indicatoren; DASS-stress 4 of lager ( $n = 70$ ), CIS-totaal 76 of lager ( $n = 70$ ) en werkhervatting ( $n = 58$ )

		CIS-totaal			
		Hersteld:	Ja	Nee	Totaal
DASS-stress	Ja		40	2	42
	Nee		14	14	28
	Totaal		54	16	70
		DASS-stress			
			Ja	Nee	Totaal
Werkend	Ja, 100%		20	14	34
	Ja, <100%		14	6	20
	Nee		0	4	4
	Totaal		34	24	58
		CIS-totaal			
			Ja	Nee	Totaal
Werkend	Ja, 100%		25	9	34
	Ja, <100%		16	4	20
	Nee		2	2	4
	Totaal		43	15	58

DASS en de CIS met een extern criterium, namelijk of weer werkhervatting heeft plaatsgevonden op het moment van de nameting, dan lijkt de iets conservatieve inschatting op basis van de DASS toch een beter beeld te geven dan de CIS. Klinisch relevante verbetering volgens de DASS hangt significant samen met werkhervatting, terwijl dat niet geldt voor verbetering volgens de CIS en werkhervatting. Relatief veel patiënten zijn volgens hun score op de CIS hersteld, maar werken nog niet volledig bij de nameting (18 patiënten of 31% van het totaal). Al met al is de DASS dus het meer gevoelige instrument en voldoet het afkappunt van de DASS ook beter.

Bijkomend voordeel van gebruik van de DASS is dat de depressie- en de angstschalen van het instrument ook gebruikt kunnen worden om te screenen op de aanwezigheid van een stemming- of angststoornis. Een positief screenresultaat leidt wellicht tot een aanpassing van de behandeling of tot het overwegen om door te verwijzen naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Brenninkmeijer et al. demonstreerden de bruikbaarheid van de DASS voor dit doel.<sup>9</sup> Nieuwenhuis et al. suggereren grenswaarden op de depressie- en de angstschaal van de DASS-42 van respectievelijk 12 en 5 (respectievelijk 6 en 1 voor de DASS-21).<sup>8</sup> Bij een score lager dan deze waarden is de kans op een stoornis klein.

Het is ook interessant om te kijken wat de gegevens zeggen over de effectiviteit van de behandeling. We kunnen de effectgrootte van de behandeling in deze studie vergelijken met wat in de onderzoeksliteratuur wordt gerapporteerd aan de hand van de CIS en de DASS. Ruwaard et al. gebruikten de DASS-42 in een gecontroleerde stu-

die om het effect van internettherapie versus een wachtlijst controlegroep te evalueren.<sup>15</sup> Zij rapporteren within group effect sizes (Cohen's  $d$ ) voor DASS-depressie  $d = 0,6$ , voor DASS-angst  $d = 0,5$  en voor DASS-stress  $d = 0,9$ . De Vente et al. rapporteerden within group effect sizes van een gecontroleerde studie waarin stressmanagement-training in individuele en groepsformat werd vergeleken met een treatment-as-usual conditie.<sup>16</sup> Na vier maanden behandeling (11 tot 12 sessies) was de gemiddelde effectgrootte van het pre-post-verschil voor CIS vermoeidheid  $d = 1,16$ ; voor DASS-depressie  $d = 0,96$ ; voor DASS-angst  $d = 0,74$ ; voor DASS-stress  $d = 1,19$ ). De effecten die in de huidige studie werden gevonden steken gunstig af bij beide genoemde studies, al moet men wel in gedachten houden dat wij de grootte van het effect geoptimaliseerd hebben door de laatst beschikbare meting als nameting te nemen. Kijken we in onze data naar het effect op de tweede meting na maximaal 9 sessies behandeling, dan vinden we op de DASS-stressschaal nog steeds een significant behandel-effect ( $t(69) = 11,70, p < 0,001$ ), maar de effectgrootte neemt iets af naar  $d = 1,55$ . Nog steeds steekt dit gunstig af bij de gecontroleerde studies van Ruwaard et al. en De Vente et al.<sup>15,16</sup> Onze studie betrof een ongecontroleerde studie dus er is bij deze vergelijking wel enige terughoudendheid op zijn plaats. We weten nu bijvoorbeeld niet of de klachten ook zonder behandeling zouden zijn afgenomen. Ook werden de patiënten in de De Vente et al.-studie strikt volgens protocol behandeld en werd het effect bij iedere patiënt na vier maanden gemeten. In onze studie werd er volgens een *stepped care*-programma behandeld, en er was daardoor meer variatie in de duur van de behandeling. Deze werd beëindigd bij succesvolle re-integratie of wanneer geen verdere vooruitgang meer te verwachten viel. Aan de andere kant werd de behandeling hier uitgevoerd in de klinische praktijk van alledag, zonder de inclusie- en exclusie-criteria die bij een gerandomiseerde gecontroleerde studie worden toegepast, wat de externe validiteit van de resultaten verhoogt. Ter afsluiting willen we stilstaan bij hoe de DASS gebruikt kan worden in de klinische praktijk door bedrijfsartsen of verzekeringsartsen. Ten eerste kan de DASS ingezet worden om de ernst van de klachten bij een patiënt geobjectiveerd vast te stellen. Hiertoe is het instrument genormeerd voor de populatie met arbeidsgerelateerde klachten. Ten tweede is het instrument geschikt om vast te stellen of doorverwijzing naar de eerste of tweede lijn GGz geïndiceerd is. De DASS is goed in staat om onderscheid te maken tussen

patiënten die primaire angst- of stemmingsstoornis hebben en degenen die stressklachten hebben met daaraan gerelateerde angst en depressie. Uit de resultaten van de huidige studie komt naar voren dat de DASS ook bruikbaar is om het effect van therapie te monitoren. De bedrijfsarts of verzekeringsarts adviseert over beëindiging van ziekteverzuim en functieherwinning. Een score op de DASS-stressschaal van 4 of lager is een duidelijke indicatie van herstel in termen van voldoende reductie van stressklachten en symptomen en biedt de arts zo bruikbare informatie om tot een advies te komen. Hier dienen dan wel twee kanttekeningen bij gemaakt te worden. Ten eerste kan de score op de stressschaal afgenomen zijn, terwijl de score op de andere twee schalen van de DASS hoog blijft. Dit kan dan een indicatie zijn om alsnog te verwijzen naar de tweedelijns GGz. Ten tweede meet de DASS geen gedragsveranderingen, zoals een toegenomen vaardigheid om stresserende factoren in de werksituatie het hoofd te bieden. De kans op een succesvolle re-integratie en blijvend herstel wordt aanzienlijk verhoogd wanneer de patiënt bijvoorbeeld beter in staat is rust te nemen of 'nee' te zeggen. Het is dus belangrijk om naast symptomatisch herstel ook oog te hebben voor een beter zelfmanagement van de patiënt. Het advies van een bedrijfsarts of verzekeringsarts berust op een klinische beoordeling. Een vragenlijstscore onder een bepaalde grenswaarde vormt dus weliswaar een belangrijke geobjectiveerde informatiebron, maar kan slechts als richtinggevend voor het uiteindelijke advies beschouwd worden.

#### LITERATUUR

1. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-343.
2. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: The Psychology Foundation of Australia, 1995.
3. Beurs E de, Dyck R van, Marquenie LA, et al. De DASS: Een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie* 2001; 34: 35-53.
4. Bakhuys Roozeboom M, Gouw P, Hooftman W, et al. Arbobalans 2007/2008. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. TNO: Hoofddorp, 2008.
5. Bakker IM, Terluin B, Marwijk HW van, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials* 2007; 2(6): e26.
6. Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 223-229.
7. Schaufeli WB, Dierendonck D van. Utrechtse Burnout Schaal: handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 2000.

8. Nieuwenhuijsen K, Boer AG de, Verbeek JH, Blonk RW, Dijk FJ van. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med* 2003; 60 Suppl 1: 177-182.
9. Brenninkmeijer V, Blonk RWB, Nieuwenhuijsen K, Beurs E de. De waarde van de DASS bij verzuimbeleid: sensitiviteit en specificiteit van een psychopathologie-maat. *Gedrag Organ* 2005; 18: 210-227.
10. Vercoulen JHM, Alberts M, Bleijenberg G. De Checklist Individuele Spankracht (CIS). *Gedragstherapie* 1999; 32: 131-136.
11. Meijman TF. Belasting en herstel: een begrippenkader voor arbeidspsychologisch onderzoek van werkbelasting. In: Meijman TF (red.), *Mentale belasting en werkstress, een arbeidspsychologische benadering*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989.
12. Sluiter JK. How about work demands, recovery, and health? A neuroendocrinic field study during ans after work. *Academisch proefschrift, AMC/Universiteit van Amsterdam*, 1999.
13. Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Quod caret alterna requie, durable non est. Herstel als maat voor werkvermogen? *Psycholoog* 2009; 44: 73-81.
14. Bültmann U, Vries M de, Beurskens AJHM, et al. Measurement of prolonged fatigue in the working population: Determination of a cutoff point for the Checklist Individual Strength. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 411-416.
15. Ruwaard J, Lange A, Bouwman M, et al. E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2007; 36: 179-192.
16. Vente W de, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG, Blonk RWB. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol* 2008; 13: 214-231.

*Er speelden geen belangenconflicten bij het onderzoek en er was geen externe financiering van het onderzoek.*

## NIEUWS

### Arbocatalogus verzekeringsbedrijf online

Hoe kunnen verzekeraars handen en voeten geven aan een goed arbobeleid? En hoe kunnen ze het beste omgaan met arbeidsrisico's zoals werkdruk en klachten van arm, nek en schouder (KANS/CANS)? Die vragen staan centraal in de Arbocatalogus voor het verzekeringsbedrijf die op 24 november werd geïntroduceerd. De catalogus wordt ondersteund door de website [www.gezondverbond.nl](http://www.gezondverbond.nl). De algemeen directeur van het Verbond van Verzekeraars en de voorzitter van FNV Bondgenoten gaven het startschot voor de onlinecatalogus.

De Arbocatalogus stelt de branche in staat maatwerk op het gebied van arbeidsomstandigheden overeen te komen. In de catalogus staat wat wettelijk ten minste wordt verwacht van bedrijven bij de aanpak van een arbeidsrisico. Met een Arbocatalogus laat de branche zien dat verbetering van arbeidsomstandigheden een belangrijk

onderwerp is. Dat kan bijdragen aan het imago van de branche en aan een verbeterde instroom van nieuwe werknemers in de branche.

Deze Arbocatalogus is inmiddels goedgekeurd door de Arbeidsinspectie, en gaat gelden voor alle verzekeringsbedrijven, waar in totaal ruim 50.000 werknemers actief zijn.

Een werkgever moet – in overleg met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging van zijn onderneming – zelf bepalen welke oplossingen uit de Arbocatalogus hij doorvoert. Werknemers kunnen bij hun leidinggevende of bij hun werkgever nagaan wat er in hun bedrijf met de oplossingen uit de Arbocatalogus is gebeurd. Natuurlijk kunnen zij ook de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging hierover raadplegen.

*Bron: Persbericht Verbond van Verzekeraars, 26 november 2009, [www.gezondverbond.nl](http://www.gezondverbond.nl).*