Strategische verkenning

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Versterken van mentaal kapitaal in de werksetting

Joran Lokkerbol, Peter van Splunteren, Filip Smit

Versterken van mentaal kapitaal in de werksetting

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding en eindredactie
Joran Lokkerbol

Projectuitvoering
Joran Lokkerbol
Peter van Splunteren
Filip Smit

Advies (alfabetische volgorde):
Drs. Linda Bolier
Dr. Brigitte Boon
Dr. Agnes van der Poel

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding
Martin Fraterman
Kathy Oskam

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF1230**

© 2012 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Dit is een strategische verkenning uit de reeks: *Mentaal Kapitaal*. Deze strategische verkenning gaat over mentaal kapitaal in de *Werksetting*. Andere strategische verkenningen in deze reeks richten zich op *Onderwijs*, *Zorg*, en *Gemeenten*. Drie centrale vragen worden beantwoord:

1 Wat is het belang van mentaal kapitaal voor de werksetting?
2 Hoe kan mentaal kapitaal worden vergroot bij werknemers?
3 Welke baten levert dat op?

Naast de werksetting en werknemers in het algemeen, wordt specifieke aandacht besteed aan functionarissen bij politie en leger, omdat bij hen sprake is van blootstelling aan additionele risico's. We beginnen met een definitie van mentaal kapitaal en sluiten deze strategische verkenning af met een kosten-baten analyse.

Wat is mentaal kapitaal?

We zien **mentaal kapitaal** als de cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden die iemand in staat stellen een zinvol, lerend en productief leven te leiden en succesvol verschillende sociale rollen en functies te vervullen gedurende de verschillende stadia in diens levensloop (naar Foresight, 2008). Kortheidshalve duiden we mentaal kapitaal ook aan met termen zoals 'mentale fitheid', 'veerkracht' en 'mentale weerbaarheid'.

Mentaal kapitaal is iets waarin men kan **investeren**. Zo zijn er trainingen om mentaal kapitaal te versterken, zoals er ook trainingen zijn die iemands fysieke conditie versterken. Voor werknemers is het van belang om veerkrachtig te blijven/worden, zodat stress beter geïncasseerd kan worden en na tegenslag sneller herstel optreedt. Daarnaast is het voor werknemers in geüniformeerde beroepen specifiek van belang om een 'mentale buffer' te hebben die beschermt tegen een posttraumatische stressstoornis.

Investeren in mentaal kapitaal kan **renderen** omdat het bepaalt in welke mate een individu kan bijdragen aan de maatschappij, goed kan functioneren, en op persoonlijk vlak een hoge kwaliteit van leven kan ervaren.

Wat is het belang van mentaal kapitaal voor werk?

In een economie waar het zwaartepunt steeds meer ligt op innovatie, kennis en diensten in plaats van op lichamelijke arbeid, is het mentale kapitaal van werknemers van toenemend belang. Waar vroeger vooral een beroep werd gedaan op de fysieke gesteldheid van

werknemers, wordt in een innovatieve kennis- en diensteneconomie vooral een beroep gedaan op de creatieve, cognitieve, sociale en mentale vaardigheden van werknemers. Voor het effectief inzetten van deze vaardigheden is het van belang dat een werknemer mentaal gezond is (Weehuizen, 2005). Daarnaast kan verwacht worden dat bevlogenheid en betrokkenheid factoren zijn die samenhangen met de mentale gezondheid en vervolgens de arbeidsprestatie van de beroepsbevolking gunstig beïnvloeden (Hakanen en Schaufeli, 2012). De wijze waarop een werknemer effectief in staat is om succesvol te functioneren en een maatschappelijke bijdrage te leveren, hangt dus naar verwachting samen met de mate van mentale gezondheid, bevlogenheid en betrokkenheid van een werknemer.

Beroepsbevolking Nederland

Nederland kent een beroepsbevolking van een kleine 8 miljoen mensen (CBS). In Nederland is de werkende bevolking fysiek en mentaal gezonder dan de niet-werkenden. Deels komt dat door selectie: gezonde mensen vinden sneller een baan, zieke mensen hebben een groter risico op baanverlies. Daarnaast kan werk een gunstige impact hebben op gezondheid en welbevinden, omdat werk bijdraagt aan regelmaat, structuur en identiteit (Dollard en Winefield 2002). Daarentegen is een te hoge mate van werkstress een risicofactor voor de ontwikkeling van mentale klachten/stoornissen met kosten voor de samenleving als gevolg (ILO, 2000). Al met al is in de werkende bevolking het aantal nieuwe gevallen van mentale stoornissen in verhouding tot de bestaande gevallen (verhouding incidentie / prevalentie) juist hoger dan in de niet-werkende bevolking (Adema ea, in voorbereiding). Anders gezegd, een relatief groot deel van alle mensen met mentale stoornissen in de werkende bevolking (prevalentie; de bestaande gevallen) heeft de betreffende stoornis recentelijk ontwikkeld (incidentie, de nieuwe gevallen). Dat leidt er toe dat juist in de werkende bevolking preventie (om het ontstaan van de nieuwe gevallen tegen te gaan en dus de incidentie te reduceren), lonend kan zijn naast behandeling (om herstel van de bestaande gevallen te bespoedigen en dus de prevalentie te reduceren). De daarom zo gewenste preventie van stoornissen kan onder meer de vorm krijgen van verhoging van psychische fitheid om daarmee het risico op het ontstaan van arbeidsuitval door psychische problemen en burn-out te verminderen.

Naast het voorkomen van uitval zijn nog allerlei andere effecten denkbaar als gevolg van psychisch gezondere werknemers, zoals minder zorggebruik of minder vroegtijdige uitval uit het arbeidsproces met bijbehorende uitkeringen als gevolg (OECD, 2012).

Het belang voor de werkgever

Mentale ongezondheid onder werknemers leidt in veel gevallen tot grote kosten voor de werkgever. In de literatuur wordt mentale ongezondheid in het bedrijfsleven in verband gebracht met een verhoogde mate van verzuim (absenteïsme), lagere productiviteit tijdens het werk (presenteïsme) en sneller verloop van personeel (turnover) met de

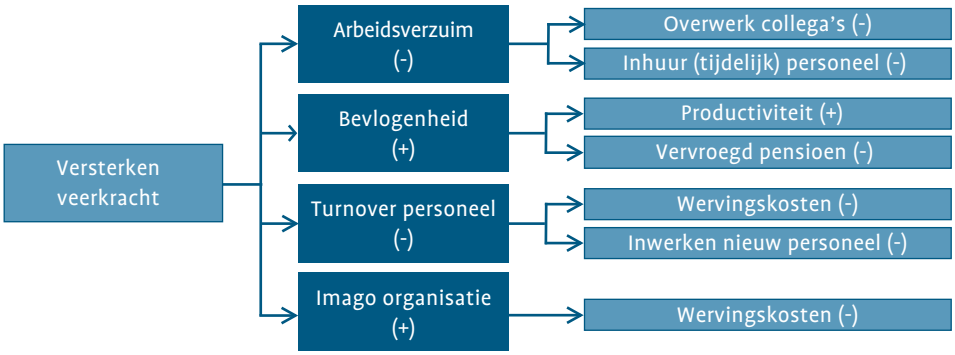
bijbehorende wervingskosten (Foresight, 2008). Voor bepaalde beroepsgroepen, zoals politie en leger, speelt hier het additionele risico op een posttraumatische stressreactie, waardoor de voornoemde kostenposten extra toenemen.

In een recente studie naar de effecten van mentale ongezondheid op absenteïsme en presenteïsme, lieten de Graaf en collega's (2011) zien dat mentale ongezondheid in de beroepsbevolking substantiële economische gevolgen heeft. De jaarlijkse verzuimkosten door psychische aandoeningen voor de Nederlandse werkende bevolking wordt geschat op 2,7 miljard euro. Presenteïsme, het verminderd productief zijn op het werk als gevolg van de psychische aandoening, speelt hier in vergelijking tot internationaal onderzoek nog een relatief kleine rol. Verzuimkosten worden in het onderzoek vrijwel geheel bepaald door stemmings- en angststoornissen, terwijl een middelenstoornis niet in verband werd gebracht met significant hoger verzuim.

Schattingen van de kosten van personeelsverloop lopen sterk uiteen, en zijn afhankelijk van aannamen over de productiviteit van de werknemer die ingewerkt wordt, van een werknemer die weet dat het de laatste periode van de arbeidsovereenkomst is, het al dan niet kunnen compenseren door collega's van het tijdelijk wegvallen van een collega etc. Op basis van uitkomsten uit Engels onderzoek (CIPD, 2009), kan geschat worden dat de wervingskosten gemiddeld ongeveer 7.500 euro per nieuwe werknemer bedragen. Hierin zijn advertentiekosten, kosten aan externe bureaus, selectiekosten, training en inwerkkosten meegenomen. Gemiddeld is er 18% personeelsverloop per jaar in Nederland (Berenschot, 2011). Naar schatting 8% van dit verloop is het gevolg van stress (CIPD, 2009). Gegeven het aantal werkenden in Nederland van ongeveer 7,5 miljoen mensen, bedragen de stress-gerelateerde kosten naar schatting 800 miljoen euro per jaar bovenop de eerder genoemde 2,7 miljard voor de geestelijke stoornissen zoals de angststoornissen en depressie.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het belang van mentaal kapitaal vanuit het perspectief van de werkgever:

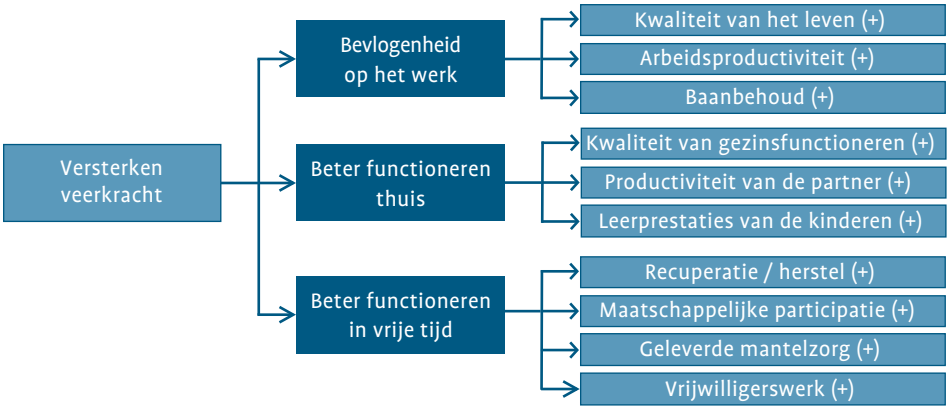
Figuur 1: Werkgeversperspectief: de baten van mentaal kapitaal



Het belang voor de werknemer

Ook de werknemer heeft een groot belang bij een goede mentale gezondheid, niet in de laatste plaats omdat het gaat over de kwaliteit van diens eigen leven. Een mentaal gezonde werknemer presteert goed op het werk en wisselt minder snel van baan, is met meer plezier aan het werk, en kan verplichtingen buiten werk beter combineren. Zo heeft dit gunstige effecten op de thuissituatie en dus op partner en kinderen, maar ook daarbuiten, waar werknemers een rol in de mantelzorg of ander vrijwilligerswerk kunnen vervullen. Onderstaand figuur geeft een overzicht van de baten van een goede mentale gezondheid bij werknemers.

Figuur 2: Werknemersperspectief: de baten van mentaal kapitaal

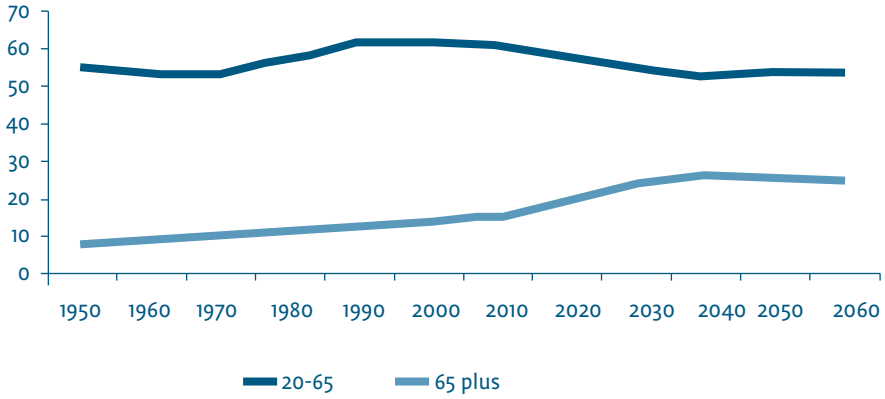


Vergrijzing

Naast het functioneren van werknemers op het werk speelt er nog een ander maatschappelijk belang van mentaal gezonde werknemers. Door de vergrijzing en ontgroening van de bevolking verandert de verhouding 'beroepsbevolking / gepensioneerden' zeer sterk in de komende 30 jaar. Waar er op dit moment tegenover elke gepensioneerde vier mensen in de arbeidsproductieve leeftijd van 18-65 jaar staan, zijn dit er over 30 jaar naar verwachting nog twee (CBS)[1]

1 www.cbs.nl, geraadpleegd op 29-03-2012; http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm

Figuur 3: Beroepsbevolking versus 65+



Deze ontwikkeling heeft als gevolg dat de druk op de werkende bevolking steeds groter wordt om te kunnen voorzien in de houdbaarheid van huidige voorzieningen in de samenleving. De huidige ingezette verhoging van de pensioenleeftijd compenseert deze ontwikkeling tot op bepaalde hoogte, daarbij veronderstellend dat werknemers in staat zijn om tot de leeftijd van 67 of 68 optimaal bij te dragen aan de maatschappij. Dit is echter een veronderstelling die moeilijk stand houdt. Naast alle fysieke klachten, zorgen mentale klachten/stoornissen en een vermindering van veerkracht en bevlogenheid voor vroegtijdige uitval uit de beroepsbevolking, of op zijn minst voor lagere arbeidsproductiviteit. Interventies die ondersteunen in het optimaal blijven bijdragen aan de samenleving rond en na de pensioenleeftijd kunnen potentieel grote impact hebben. Een andere strategische verkenning uit deze reeks gaat specifiek over het belang van mentaal kapitaal bij ouderen.

Het belang van mentaal kapitaal voor politie en defensie

Bij werknemers bij politie of defensie speelt een vergelijkbare problematiek. Mentale ongezondheid onder werknemers leidt tot arbeidsverzuim, lagere inzetbaarheid en hoger personeelsverloop. Aan de kant van de werknemer zelf leidt dit tot een lagere kwaliteit van leven, verhoogd risico op ontslag of arbeidsongeschiktheid, en een verminderd functioneren in de privésituatie. In verband met de aard van de werkzaamheden lopen functionarissen bij politie en defensie additionele risico's, wat zich kan uiten in verminderde mentale weerbaarheid of zelfs posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit kan de genoemde negatieve effecten van mentale ongezondheid verder versterken (Carlier et al, 1995). In de WHO World Mental Health studies (Alonso ea, 2011) wordt het hebben van een PTSS in verband gebracht met 15,2 additionele verzuimdagen. Dit gaat alleen om direct verzuim en laat verminderd functioneren op het werk dus buiten beschouwing. In dit onderzoek zit PTSS in de top 3 van de aandoeningen met de meeste additionele verzuimdagen.

PTSS blijkt de meest gemelde beroepsziekte bij de politie (Kuijer ea, 2005). Zo'n 7% van de agenten blijkt na een traumatische ervaring een PTSS te ontwikkelen (Carlier ea, 1997). In een recent rapport van onderzoeksbureau AEF (2011) wordt een conservatieve schatting gemaakt van een prevalentie van 5-7% van PTSS onder agenten. Daarnaast constateren zij dat een nog veel grotere groep, 20-30%, 'waarschijnlijk verminderd mentaal weerbaar' is. Dit is een belangrijke groep om enerzijds de mentale weerbaarheid weer te versterken, anderzijds om erger te voorkomen.
Onder militairen is de prevalentie van PTSS op basis van zelfrapportage geschat op 2-8%. Het percentage partiële PTSS wordt geschat op 11-20% (Schok ea, 2003). Uit onderzoek naar Nederlandse soldaten, vijf maanden na uitzending in Irak, bleek 3,5% een PTSS te hebben ontwikkeld (Engelhard ea, 2007).

Kosten PTSS

Mensen met PTSS functioneren slechter op het werk (Stein ea, 1997; Van de Velde, 2003). De eerder genoemde 15,2 additionele directe verzuimdagen als gevolg van PTSS zijn nog maar een deel van de kosten die in verband kunnen worden gebracht met PTSS. Op basis van internationale literatuur (Dewa en Lin, 2000; Stewart et al., 2003; Goetzel et al., 2004; Kessler et al., 2006; Hilton, 2007) omtrent verzuim kan voorzichtig geconcludeerd worden dat verminderde productiviteit (presenteïsme) een factor 1,5 bedraagt naast absenteïsme, oftewel een extra 23 verloren arbeidsdagen door verminderde efficiëntie tijdens het werk.
Mensen met een posttraumatische stressstoornis hebben een relatief hoog zorggebruik en maken daarnaast relatief vaak gebruik van de somatische gezondheidszorg (Kessler, 1999). Betrouwbare gegevens over de kosten van PTSS in Nederland zijn vooralsnog niet beschikbaar.
Bij benadering zijn er 40.000 politieagenten die zich in de buitendienst bevinden en daarmee een verhoogd risico lopen op een posttraumatische stressstoornis. Uitgaande van de prevalentie van 5-7% procent en de hierboven genoemde verzuimkosten, zijn dit jaarlijks naar schatting 20 miljoen euro aan kosten. Onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (2011) schat de kosten voor de totale groep agenten met 'waarschijnlijk verminderde mentale weerbaarheid' in op 212-543 miljoen per jaar, waarbij ook rekening wordt gehouden met onder andere interventiekosten, arbeidsongeschiktheid, tijdskosten van collega's als gevolg van extra begeleiding, en invloed op de omgeving.

Welke interventies zijn bewezen effectief?

Mentaal kapitaal op de werkvloer

Om bij te dragen aan mentaal kapitaal in de werksetting is het nodig om te kijken naar interventies die de veerkracht en bevlogenheid van werknemers helpen versterken.

Er is weinig evidentie beschikbaar rondom effectieve interventies op de werkvloer. Enerzijds lijkt de arbeidssetting zich minder makkelijk te lenen voor het onderzoeken van een interventie door middel van gedegen onderzoeksmethoden (Chapman, 2012), anderzijds zijn onderzochte interventies zeer divers van aard (Heaney en Goetzel, 1997), waardoor evidentie niet duidelijk een specifieke richting opwijst en wellicht moeilijk generaliseerbaar is naar een andere bedrijfstak. Interventies variëren wat betreft methode (variërend van het stimuleren van fietsen/lopen naar het werk (Mutrie ea, 2002), tot het gebruik van digitale tools om je mentale gezondheid te monitoren (Business in Mind)), doelgroep (interventies gericht op fabrieksmedewerkers (Bertera, 1990), en werknemers op kantoor (Mills ea, 2007)), en op het beoogde doel (gezonder op het werk of juist een snellere terugkeer naar het werk (Van der Klink et al, 2007)).

Wel zijn er vele casussen vindbaar in de literatuur over initiatieven in het bedrijfsleven gericht op het verbeteren van mentale gezondheid. Veelgeciteerde casussen zijn die van programma's bij onder andere Johnson & Johnson (Ozminkowski ea, 2002) en Citibank (Ozminkowski ea, 1999).

Onderzochte interventies

Chapman (2012) geeft in een meta-analyse een overzicht van 62 studies waarin effecten werden geëvalueerd. Interventies leiden tot een gemiddelde daling in verzuim en corresponderende zorgkosten van 25%, toch zijn slechts 6 interventies onderzocht met behulp van gerandomiseerd effectonderzoek. Chapman geeft aan dat onderzochte interventies van de laatste jaren gebruik maken van nieuwe technologieën en dat deze interventies betere resultaten vertonen in termen van opbrengsten per geïnvesteerde euro. Programma's die bestaan uit meerdere componenten om de mentale gezondheid te versterken, bijvoorbeeld individuele counseling in combinatie met een actievere managementstijl, lijken goede resultaten te geven (Mills et al, 2007), waarbij Heaney en Goetzel (1997) stellen dat individuele counseling als onderdeel van een set maatregelen bepalend is voor de mate van effect van een interventie.

Een meta-analyse van Richardson en Rothstein (2008) naar programma's voor stressmanagement, vindt dat cognitieve gedragsinterventies het meest effectief zijn, en dat juist cognitieve gedragsinterventies zonder additionele componenten effectiever is.

Awa ea (2010) laten in een review zien dat er interventies bestaan die positieve resultaten met betrekking tot burnout laten zien, en dat het toevoegen van opfrissessies deze interventies verbetert.

Vermindering verzuim in het bedrijfsleven
QVC is een van 's werelds grootste multimedia retailers, met meer dan 17.000 werknemers, waarvan 2.000 in de 24-uurs operatie. QVC besloot om stress en werkdruk aan te pakken vanuit de gedachte om de werknemersbetrokkenheid te vergroten.

De aanpak bestond uit een bewustwordingstraining, het monitoren van stresssymptomen, en het stimuleren van follow-up en discussie van managementstijl. Hiermee werd het bewustzijn van managers rondom stress vergroot. De maatregelen leidden tot meer proactieve discussies over potentiele stressgevallen, een daling van 5% in absentie, en een daling van 20% in langdurige absentie.

PTSS voorkomen door training weerbaarheid

Er zijn verschillende studies uitgevoerd naar de versterking van mentale gezondheid ter preventie van posttraumatische stressstoornis, variërend van het aanpakken van symptomen met behulp van therapie tot het vergroten van weerbaarheid. Een artikel van Ozer ea (2003) laat zien dat 50 à 60 procent van de Amerikaanse populatie wordt geconfronteerd met traumatische stress, maar slechts 5 tot 10 procent van de bevolking PTSS ontwikkelt. Dit betekent dat er beschermende factoren bestaan die PTSS tegengaan. Deze beschermende factoren lijken zich te profileren via een verhoogde mate van weerbaarheid. Naast weerbaarheid is geloof in eigen kunnen beschermend tegen de ontwikkeling van stressklachten en PTSS na een traumatische ervaring (Luszczynska ea, 2009). Ook optimisme, sociale steun, en het stellen van doelen kunnen beschermende factoren te zijn.

Bartone (2005, 2006) heeft in verschillende studies aangetoond dat militairen die hoog scoorden op 'hardiness' (gehardheid, weerbaarheid), minder last hadden van somberheid, angsten en PTSS-klachten. Ook wanneer leiders 'hardy leadership' laten zien, ontwikkelen militairen in deze groep minder psychische klachten dan in groepen waar leiders minder 'hardiness' hebben. Daarnaast tonen deze studies ook aan dat 'hardiness' trainbaar is. Militairen die een training volgden in 'hardiness' ontwikkelden minder psychische klachten dan militairen die de training niet hadden gevolgd. Dit sluit aan op de bevindingen van ander onderzoek dat mentale weerbaarheid (optimisme, zelfvertrouwen, meer probleemoplossend vermogen, goed sociaal netwerk en sociale steun) bijdraagt aan het verminderen van het risico op posttraumatische stressreacties (Martin ea, 2009; Prati & Pietrantoni, 2009; Prati & Pietrantoni, 2010).

Ook Castro ea (2006) laat in onderzoek zien dat militairen die drie maanden na een uitzending een zogenaamde 'battle mind' training volgden om weerbaarheid te vergoten, minder last hadden van PTSS dan militairen die de training niet volgden. In de training was aandacht voor vaardigheden in psychologische zelfhulp, 'kameraden hulp' en leiderschap.

In Amerika worden vanuit dit oogpunt ruim een miljoen soldaten getraind in weerbaarheid met een programma dat deels gebaseerd is op het Penn's Resilience Program. Het Penn's Resilience Program is een programma dat wordt ingezet om de veerkracht en weerbaarheid van scholieren te versterken.

Een studie van McCraty ea (1999) laat zien dat praktische stressreductie technieken bij politieagenten resulteerden in een groter bewustzijn in zelfsturing op eigen stressreacties, afname van stress, angst, verdriet en vermoeidheid, afname van slaapproblemen en fysieke stressreacties, verbeterde onderlinge communicatie en samenwerking in het team, minder competitief gedrag, verbetering van persoonlijke vitaliteit en werkprestaties, verbetering van de familierelatie en meer luisteren naar anderen in de werk en privé-situatie.

In Nederland krijgen de komende 3 jaar in totaal 40.000 politieagenten in de buitendienst een 32-uur durende mentale weerbaarheidtraining, onder andere om agenten beter in staat te stellen om te gaan met traumatische gebeurtenissen op het werk.

Interventies in Nederland

In Nederland worden specifieke interventies aangeboden ter verbetering van de mentale gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn:
- PsyFit, (gericht op welbevinden)
- Sterk op je werk (gericht op werkstress)
- Kleur je leven (gericht op de stemming)

In al deze gevallen gaat het om zelfhulp-interventies die via het internet worden aangeboden en daarom schaalbaar en betaalbaar zijn.

In de volgende paragraaf werken we illustratief een business case uit voor een soortgelijke online interventie.

Businesscase voor mentaal kapitaal in het bedrijfsleven

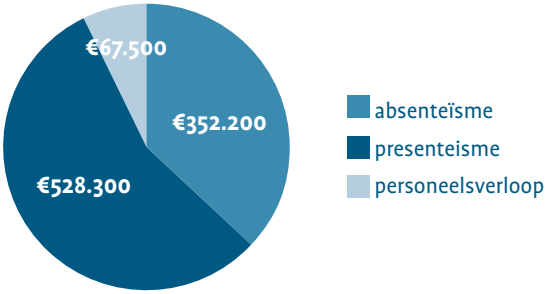
Omdat er weinig evidentie beschikbaar is op het gebied van kosteneffectiviteit van interventies in het bedrijfsleven (Hamberg ea, 2012), is deze business case in de eerste plaats een eerste globale inschatting van de mogelijke kosten en effecten van de uitrol van een interventie. Om de business case ondanks deze beperking enigszins concreet te houden, gaan we uit van een Psyfit-achtige interventie. Psyfit is reeds beschikbaar en onderzocht in een RCT en heeft een aantoonbaar effect op het gebied van welzijnsverhoging en het verminderen van angst en depressie (Bolier ea, in voorbereiding). Ondanks dat er nog steeds veel onzekerheid is over hoe deze gezondheidseffecten doorwerken in een uiteindelijke kostenbesparing, geeft het wel inzicht in de mogelijke richting waar de uitkomsten zich bevinden.

In deze paragraaf wordt gekeken wat een uitrol van een Psyfit-achtige interventie mogelijk zou betekenen voor een bedrijf van 1.000 werknemers. Om de businesscase overzichtelijk en conservatief te houden, laten we de prevalentie van PTSS binnen de beroepsbevolking buiten beschouwing. De businesscase vergelijkt de situatie in een bedrijf *zonder* een mentaal kapitaal versterkende interventie met de situatie in een bedrijf *met* een mentaal kapitaal versterkende interventie en vergelijkt de *verschillen* in kosten en baten. Het uitrollen van een interventie brengt extra kosten met zich mee; tegelijkertijd kan verwacht worden dat een bedrijf met veerkrachtigere werknemers op andere gebieden juist weer kosten bespaart. De vraag is hoe de balans tussen de kosten en baten uitpakt.

Kosten mentale ongezondheid

De drie meest genoemde kostenposten voor een organisatie met betrekking tot mentale ongezondheid zijn absenteïsme, presenteïsme en personeelsverloop. Bij een bedrijf met 1.000 werknemers hebben naar verwachting 50 werknemers enigerlei stemmingsstoornis en 85 werknemers enigerlei angststoornis (de Graaf ea, 2011). Jaarlijks personeelsverloop is naar verwachting 18% (Berenschot, 2011). Hiervan rekenen we dat een conservatieve 5% van baan wisselt vanwege mentale problemen, dus naar verwachting 9 werknemers. Gemiddelde kosten als gevolg van een werknemer die een organisatie verlaat, bedragen 7.500 euro (CIPD, 2009). Door het verwachte aantal directe verzuimdagen bij angst en depressie te koppelen aan een gemiddeld bruto uurloon van 30 euro, en een opschalingfactor van 1,5 te gebruiken voor presenteïsme, ontstaat het volgende jaarlijkse kostenplaatje bij een bedrijf met 1.000 werknemers.

Figuur 4: Jaarlijkse kosten mentale ongezondheid 1.000 werknemers



Kosten uitrol interventie

Voor de uitrol van de Psyfit-achtige interventie is uitgegaan van een situatie waarin de interventie gericht wordt aangeboden aan personeel dat verzuimt (jaarlijks naar verwachting 17% van het bedrijf). Op basis van De Graaf et al (2011) kan voorzichtig worden afgeleid dat naar verwachting 53% van alle verzuimkosten gemaakt worden

door deze groep; de overige 47% bestaat uit personen die een verminderde productiviteit aangeven, maar niet afwezig zijn geweest op het werk.

De volgende 4 kostencomponenten voor de werkgever worden onderscheiden:
- registratiekosten PsyFit (30 euro per gebruikersaccount)
- opstartkosten voor de organisatie (ICT kosten, inbedding in de organisatie, koppeling aan systemen, etc)
- tijdkosten HR (kenbaar maken, controle, reminders, registratie, terugkoppeling)
- tijdkosten personeel (uren niet gewerkt als gevolg van volgen online interventie), waarbij dus aangenomen wordt dat werknemers de interventie tijdens werktijd volgen.

Onder de aanname dat de interventie door circa 17% van het personeel wordt gebruikt, bedragen de jaarlijkse kosten voor een organisatie met 1.000 werknemers rond de €50.000. Die staan tegenover de kosten van 'niets doen' ten gevolge van absenteïsme, presenteïsme en personeelsverloop welke optellen tot €948.000.

Baten uitrol interventie

De effecten van de interventie worden gelijk verondersteld aan de bevonden effectverbetering van Psyfit met betrekking tot een vermindering van depressie en angst en een verhoging van welbevinden en vitaliteit. Na een halfjaar is er een gemeten effectverschuiving gevonden van 0,35 (effectgrootte d[2]) op het gebied van depressie en angst (Bolier ea, in voorbereiding). Als de interventie wordt aangeboden aan verzuimende werknemers is het effect wellicht lager, doordat deze werknemers de interventie mogelijk met minder motivatie starten. Onder de aanname dat dit effect grotendeels standhoudt over de periode van een jaar (tegen gemiddelde effectverbetering van 0,30) kan met een conversiefactor berekend worden welke verbetering dit inhoudt in termen van kwaliteit van leven (Sanderson, 2004). Gemiddeld genomen leidt de interventie dan tot een daling van 9% van de ziektelast. Onder de aanname dat een daling in ziektelast leidt tot een evenredige daling in absenteïsme, presenteïsme en personeelsverloop, kan deze gezondheidsverbetering worden omgezet in een corresponderende kostenvermindering.

Kosten-baten analyse

Ervan uitgaande dat een organisatie een bepaalde opstarttijd nodig heeft voordat de interventie volledig is ingebed, laten onderstaande tabel en figuur de kosten, baten en het netto effect zien. Hierbij is gekeken naar de situatie waarin de interventie wordt aangeboden aan iedere werknemer die gedurende het jaar verzuimt. Op basis van De Graaf ea (2011) kan geschat worden dat dit gaat om 17% van de werknemers, waar naar verwachting 53% van het totale verzuim zich concentreert. Verder is verondersteld dat de interventie in het eerste jaar door 50% van de doelgroep wordt gebruikt, in tweede jaar door 80% van de doelgroep, en vanaf het derde jaar door de gehele doelgroep.

2 Effectgrootte d is een gangbare standaardmaat waarmee in de literatuur de verbetering op een klinische uitkomstmaat wordt beschreven.

Tabel 1: Verdisconteerde kosten mentale ongezondheid, kosten interventie en opbrengsten interventie

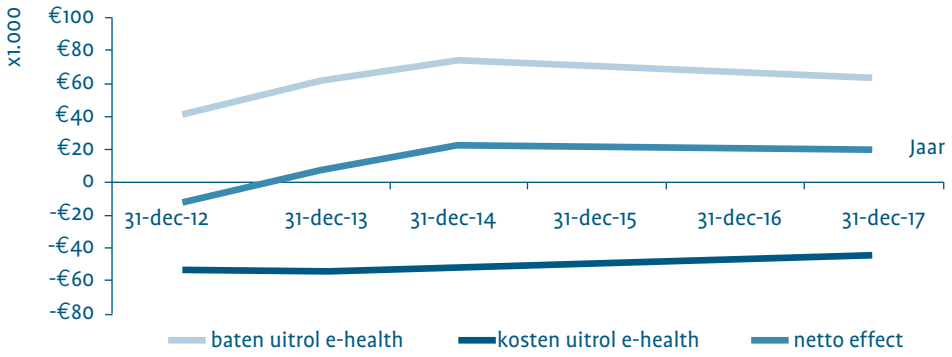
kosten mentale klachten	2012	2013	2014	2015	2016	2017
adsenteisme	352.200	335.429	319.456	304.244	289.756	275.958
presenteisme	528.300	503.143	479.184	456.365	434.634	413.937
turnover	67.500	64.286	61.224	58.309	55.532	52.888
totale kosten	**948.000**	**902.857**	**859.864**	**818.918**	**779.922**	**742.783**

kosten uitrol e-health	2012	2013	2014	2015	2016	2017
gebruikerskosten	2.596	3.956	4.709	4.485	4.271	4.068
opstartkosten	20.000	9.524	-	-	-	-
tijdsinvestering personeel	20.768	31.646	37.674	35.880	34.171	32.544
tijdsinvestering HR	10.000	9.524	9.070	8.638	8.227	7.835
totale kosten	**53.364-**	**54.649-**	**51.453-**	**49.003-**	**46.670-**	**44.447-**

besparing	2012	2013	2014	2015	2016	2017
vermindering 'burden'	4%	7%	9%	9%	9%	9%
verminderd adsenteisme	15.136	23.064	27.457	26.150	24.905	23.719
verminderd presenteisme	22.704	34.596	41.186	39.225	37.357	35.578
verminderde kosten turnover	2.901	4.420	5.262	5.012	4.773	4.546
totale besparing	**40.740**	**62.081**	**73.906**	**70.386**	**67.034**	**63.842**

Totale kosten na uitrol	960.623	895.426	837.412	797.535	759.557	723.388

Figuur 5: Resultaat investering



De figuur laat zien dat de uitrol van de online interventie uiteindelijk per jaar meer opbrengt dan het kost. Cumulatief gezien, komt de investering na iets meer dan 2 jaar uit de min. Wanneer de opbrengsten en kosten uit tabel 1 over een periode van 6 jaar met elkaar worden vergeleken, blijkt dat de investering een return-on-investment heeft van €1,26. Dit wil zeggen dat elke geïnvesteerde euro een opbrengst geeft van €1,26. Voor een werkgever die bereid is om een investering te maken die zich na twee jaar uitbetaalt in minder ziekteverzuim, productievere werknemers en minder personeelsverloop, is een Psyfit-achtige interventie dus naar verwachting een acceptabele interventie.

De business case laat de potentie van kostenbesparing zien wanneer een online interventie wordt uitgerold in een fictief bedrijf met 1.000 werknemers. Er moet nog veel onderzoek gedaan worden om na te gaan of de gemaakte aannamen realistisch zijn; deze businesscase benadrukt in ieder geval het mogelijke potentieel en daarmee het belang om veerkrachtversterkende interventies in de werksetting verder te onderzoeken.

Discussie

In dit rapport zijn de baten van het versterken van mentaal kapitaal vanuit het perspectief van werkgevers en werknemers verkend. Het doel is om de weg naar implementatie van mentaal kapitaalverhogende interventies te verkennen en concreter te maken. In deze opzet is gekozen voor de uitwerking van een online interventie met als doel om verzuim en verloop terug te dringen door het versterken van het mentale kapitaal van werknemers. Gezien de beperkte evidentie op het gebied van kosteneffectiviteit van interventies op de werkvloer zijn de resultaten van de business case verkennend van aard. De positieve resultaten suggereren voornamelijk dat het voor een bedrijf interessant is om beleid te ontwikkelen met betrekking tot de mentale gezondheid van de werknemers. Bedrijven zullen jaarlijks substantiële kosten blijven maken, zolang de mentale gezondheid van de werknemers niet actief op de agenda komt te staan.
De geanalyseerde interventie dient uitsluitend als illustratieve casus; voor de keuze rondom te implementeren interventies raden we aan naar eigen inzicht de Interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven te raadplegen (www.loketgezondleven.nl/interventies/).

Referenties

Adema D et al. (in progress). Costs of eight common mental disorders in the working population: implications for curative and preventive psychiatry.

Alonso J, Petukhova M, Vilagut G ea (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. Molecular Psychiatry, 16: 1234-1246.

Andersson Elffers Felix (2011). De prijs die je betaalt… Politie: de kosten achter een hoog risicoberoep. Andersson Elffers Felix, Utrecht.

Awa WL, Plaumann M, Walter U (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling, 78: 184–190.

Bartone PT (2005). The Need for Positive Meaning in Military Operations: Reflections on Abu Ghraib. Military Psychology, 17(4): 315-324.

Bartone PT (2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness? Military Psychology, 18(3): 131-148.

Berenschot (2011). Ken – en stuurgetallen personeelsmanagement, Benchmarkcijfers voor strategie en beleid, editie 2011-2012. WEKA Uitgeverij BV, Amsterdam

Bertera RL (1990). The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. American Journal of Public Health, 80(9): 1101-1105.

Carlier IVE, Lamberts RD, Gersons BPR ea (1995). Het lange-termijn effect van debriefen: een vervolgonderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmerramp. Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdan vakgroep –Psychiatrie, Amsterdam.

Carlier IVE, Lamberts RD, Gersons BPR (1997) Risk factors for Posttraumatic Stress Symptomatology in police officers: a prospective analysis. The Journal of Nervous & Mental Disease, 185(8): 498-506.

Castro CA, Hoge CW, Milliken CW ea (2006). Battlemind Training: Transitioning Home from Combat. Walter Reed Army Institute of Research.

Chapman LS (2012). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update. American Journal of Health Promotion 26(4): 1-12.

Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2009). Annual survey report 2009: recruitment, retention and turnover. Chartered Institute of Personnel and Development, London.

De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten have M (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2), Trimbos instituut, Utrecht.

Dewa CS, Lin E (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. Social Science & Medicine, 51: 41-51.

Dollard MF, Winefield AH (2002). Mental health: Overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. In L. Morrow, I. Verins, & E. Willis (Eds.), Mental health and work: Issues and perspectives, pp. 3-41. Adelaide: Auseinet: The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health.

Engelhard IM, van den Hout MA, Weerts J ea (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq:A prospective study. British Journal of Psychiatry, 191: 140-145.

Foresight (2008). Mental Capital and Wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century.

Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ ea (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46(4): 398-412.

Hakanen JJ, Schaufeli, WB (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. Journal of Affective Disorders, 141: 415-424.

Hakkaart-Van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM (2010). Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Instituut voor Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hamberg HH, Proper KI, van den Berg M (2012). Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. Occup Environ Med, 69: 837–845.

Heaney CA, Goetzel RZ (1997). A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 11(4): 290-307.

Hilton M (2007). Getting upstream of psychological disability in the workforce – who are we not seeing and at what cost? Workshop presentation at MRC conference on employment and mental health: absence from work due to mild and moderate ill health, Manchester.

ILO (2000). Mental Health in the workplace (prepared by G. Phyllis and M.R. Liimatainen), International Labour Office, Geneva.

Kessler RC, Zhao S, Katz SJ ea (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. American Journal of Psychiatry, 156(1): 115-123.

Kessler RC, Akiskal HS, Ames M ea (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. American Journal of Psychiatry, 163: 1561-1568.

Kuijer PPFM, Sorgdrager B, Schop A ea (2005). Diagnose, incidentie en verzuimduur van gemelde beroepsziekten bij de politie. TBV, 13: 394-399.

Luszczynska A, Benight CC, Cieslak R ea (2009). Self-Efficacy Mediates Effects of Exposure, Loss of Resources, and Life Stress on Posttraumatic Distress among Trauma Survivors. Applied Psychology: Health and Well-Being, 1(1): 73–90.

Martin M, Marchand A, Boyer R (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. Journal of Trauma & Dissociation, 10(4): 451-468.

McCraty R, Tomasino D, Atkinson M ea (1999). Impact of HeartMath Self-Management Skills Program on Physiological and Psychological Stress in Police Officers. Institute of HeartMath.

Mills P, Kessler R, Cooper J ea (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. American Journal of Health Promotion, 22: 45–53.

Mutrie N, Carney D, Blamey A ea (2002). Walk in to Work Out: a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. Journal of Epidemiology and Community Health 56: 407–412.

OECD (2012). Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL ea (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychological bulletin, 129: 52-71.

Ozminkowski RJ, Dunn RL, Goetzel RZ ea (1999). A return on investment evaluation of the citibank, NA, Health Management Program. American Journal of Health Promotion, 14(1): 31-43.

Ozminkowski RJ, Ling D, Goetzel RZ ea (2002). Long-Term Impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on Health Care Utilization and Expenditures. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 44(1): 21–29.

Prati G, Pietrantoni L (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. Journal of Loss and Trauma, 14(5): 364-388.

Prati G, Pietrantoni L (2010). Risk and resilience factors among Italian Municipal Police Officers exposed to critical incidents. Journal of Police and Criminel Psychology, 25: 27-33.

Sanderson K, Andrews G, Corry J ea. (2004). Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. Qual Life Res, 13: 1255–1264.

Schok ML, Mouthaan J, Weerts JMP (2003). Posttraumatische stressklachten en symptomen bij Nederlandse militairen en veteranen. NMGT, 56: 199-204.

Stein MB, Walker JR, Hazen AL ea (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. American Journal of Psychiatry, 154(8): 1114-1119.

Stewart WF, Ricci JA, Chee E ea (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. American Medical Association, 289(23): 3135-3144.

Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH ea (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorder: a cluster randomised control trial. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 60: 429-437.

Van der Velde, V (2003). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen 2003: richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Trimbos-instituut, Utrecht.

Weehuizen R (2005). Mental Capital, an exploratory study of the psychological dimension of economic development. Dissertation, Consultive Committee of Sector Councils for Research and Development, The Hague.

Trimbos instituut

www.trimbos.nl