

ACHTERGRONDDOCUMENT

BIJ DE RICHTLIJN

PSYCHISCHE PROBLEMEN

voor het handelen van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts
bij werkenden met psychische problemen



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Colofon

© NVAB 2019

Uitgave NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

E nvab@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

Auteurs Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts
Mw. dr. E.P.M. (Evelien) Brouwers, psycholoog
Mw. drs. G. (Gerda) Jekel, psycholoog in opleiding
Mw. dr. K. (Karen) Nieuwenhuijsen, psycholoog
Dhr. drs. M. (Matthijs) Oud, methodoloog richtlijnontwikkeling
Dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind, verzekeringsarts

Mw. drs. M. (Maud) van Aalderen, psycholoog (NIP)
Mw. drs. T. (Thea) Heijnen, patiëntvertegenwoordiger (Mind)
Dhr. drs. L. (Lars) van Kessel, psycholoog (NVVP/LVE)
Mw. drs. H.H. (Heleen) Kloosterhuis, bedrijfsmaatschappelijk werker (Vereniging BMW)
Mw. drs. R. (Renske) Krispijn, A&O deskundige (BA&O)
Mw. drs. L. (Leonore) Nicolai, POH GGZ (LVPOH GGZ)
Dhr. drs. T.S. (San) Oeij, bedrijfsarts (NVAB)
Dhr. drs. H. (Henk) van Ringen, arbeidsdeskundige (NVvA)
Mw. drs. M. (Marijke) Roseboom, arboverpleegkundige (VV&VN)
Dhr. drs. M. (Martijn) Sijbom, huisarts (NHG)
Dhr. drs. E. (Erik) Verbart, patiëntvertegenwoordiger (Mind)
Dhr. dr. F. (Feico) Zwerver, verzekeringsarts (NVVG/GAV)

Dhr. prof. dr. J.J.L. (Jac) van der Klink, hoogleraar Psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid, Tranzo, Tilburg University
Mw. drs. M.A.J.M. (Monique) Loo, bedrijfsarts, adviseur en coach
Dhr. dr. B. (Berend) Terluin, huisarts en onderzoeker EMGO, VUmc

Coördinatie en eindredactie Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts
Mw. drs. G. (Gerda) Jekel, jr. medewerker richtlijnontwikkeling

Datum autorisatie 29 oktober 2018
herziening van de versie uit 2007

INHOUD

4	1 INLEIDING
13	2 PROCESMATIGE AANPAK
13	2.1 Inleiding
13	2.2 Werkwijze bij procesmatige aanpak
17	2.3 Overige overwegingen
20	2.4 Conclusies en aanbevelingen
22	3 ORIËNTATIE OP SITUATIE EN DIAGNOSE
22	3.1 Inleiding
22	3.2 Werkwijze bij oriëntatie op situatie
28	3.3 Werkwijze bij oriëntatie op diagnose
32	3.4 Overige overwegingen
35	3.5 Conclusies en aanbevelingen
38	4 INTERVENTIES
53	5 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE
53	5.1 Inleiding
53	5.2 Terugvalpreventie
54	5.3 Overige overwegingen
55	5.4 Aanbevelingen
56	BIJLAGEN
57	1 Literatuur en referenties
62	2 GRADE en EBRO-systematiek; methode gebruikt voor deze richtlijn
66	3 4DKL, het instrument en mogelijkheden voor gebruik
67	4 Gespreksadviezen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de rol van procesbegeleider
72	5 Lijst Werk Capabilities met toelichting
77	6 Evidence-tabellen
101	7 Commentaar, referenties, commentaar en reactie
103	8 Belangenverklaringen

1 INLEIDING

Dit achtergronddocument geeft de wetenschappelijke verantwoording en onderbouwing weer van de aanbevelingen in de herziene richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met Psychische problemen' (2007). De herziene richtlijn is evidence-based. Dat wil zeggen dat de aanbevelingen zoveel mogelijk zijn gebaseerd op resultaten uit systematisch verzameld wetenschappelijk onderzoek gecombineerd met praktische ervaringen van professionals en waarden en voorkeuren van werkenden.

De herziening is zowel voor bedrijfsartsen¹ als verzekeringsartsen². Met de integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige kennis en aanbevelingen in één gezamenlijke richtlijn, vindt onderlinge afstemming plaats en is een normenkader ontwikkeld dat beide beroepsgroepen onderschrijven.

Deze gezamenlijke herziening betekent een herziening van de bestaande NVAB-richtlijn Psychische Problemen (2007) en een herziening van het VG-protocol Overspanning (2005).

Sinds de eerste herziening van de richtlijn Psychische problemen in 2007 is er veel veranderd. Ontwikkelingen in en rond werk vinden in steeds hoger tempo plaats. Werk verandert bijvoorbeeld door digitalisering, automatisering en flexibilisering. Ook neemt werk in het leven een andere positie in: werk is voor het overgrote deel van de werkenden een levensdomein geworden om belangrijke doelen en waarden te realiseren. Verder is de visie op gezondheid en psychische gezondheid gekanteld en daarmee de inzichten waarop een effectieve begeleiding zich moet richten. Begrippen als positieve gezondheid en de capability-benadering zijn expliciet onderdeel van de missie en visie van de NVAB. Beide benaderingen geven samen met inzichten uit de positieve psychologie richting aan deze herziening: het accent verschuift van aandacht voor het verleden naar aandacht voor de toekomst. De nadruk ligt niet op wat er fout is gegaan, maar op de inventarisatie van wat er moet gebeuren. Zo kunnen werkende en leidinggevende weer een werkomgeving creëren waarin belangrijke doelen en waarden kunnen worden gerealiseerd.

AANLEIDING VOOR DE HERZIENING

De aanleiding om de richtlijn te herzien bestaat uit een aantal factoren die hierna meer toegelicht worden. Samengevat kan gesteld worden dat de problematiek nog omvangrijk is, nieuwe evidence leidt tot heroverwegen en dat relevante maatschappelijke ontwikkelingen en voortschrijdende inzichten implementatie verdienen.

- 1 In de dagelijkse praktijk werkt de bedrijfsarts veelvuldig samen met andere functionarissen bij het adviseren van werkgever en werknemer op het gebied van preventie, ziekteverzuim (begeleiding) en re-integratie. De bedrijfsarts kan taken delegeren. De NVAB heeft hiervoor kaders opgesteld in het Standpunt taakdelegatie (november 2018). Relevant voor delegatie is de bekwaamheid van degene aan wie wordt gedelegeerd. De soort taak (medisch of niet-medisch) en de specifieke voorwaarden bepalen of en aan wie de bedrijfsarts de taak kan overdragen. Delegeren is dan ook maatwerk, waarbij juridische en privacyregels gelden. Bij begeleiding van werkenden met overspanning of burn-out kan de bedrijfsarts taken delegeren aan onder andere praktijkondersteuners, casemanagers, bedrijfsmaatschappelijk werkenden of arboverpleegkundigen. De bedrijfsarts blijft volgens de juridische eisen (wet BIG en rechtspraak) eindverantwoordelijk en draagt zorg voor toezicht, verleent expliciet opdracht aan gedelegeerde en draagt zorg voor aanwijzingen aan de gedelegeerde. Ook moeten de bedrijfsarts en de gedelegeerde de werkende informeren over de taakdelegatie, zodat duidelijk is wat de functie en taak van de gedelegeerde zijn.
- 2 De **verzekeringsarts** die verzuimbegeleiding uitvoert, volgt de handelwijze van deze richtlijn. Dit geldt zowel voor verzekeringsartsen in de publieke sector (UWV) als in de private sector. Voor verzekeringsartsen die bij het UWV de WIA-aanvraag doen, biedt de richtlijn een kader om de begeleiding te evalueren.

OMVANG VAN HET PROBLEEM

Het probleem van psychische problematiek, in de zin van persoonlijke en maatschappelijke gevolgen, is nog steeds omvangrijk. Zo neemt het aantal werknemers met stressgerelateerde klachten toe: het percentage werknemers met burn-outklachten is tussen 2007 en 2016 gestegen van 11% naar 14,6% (Hoofman et al., 2017; TNO, 2016). In de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van 2016 gaf bijna 36% van de werknemers aan dat werkstress de oorzaak was van hun laatste ziekteverzuim (Hoofman et al., 2017).

In de huisartsenpraktijk meldden zich in 2015 naar schatting 124.000 nieuwe patiënten met overspanning: 5 nieuwe patiënten per 1000 mannen, 9,6 per 1000 vrouwen (RIVM, 2017). Bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten kwamen in 2016 per 100.000 werknemers 89 nieuwe meldingen binnen van beroepsziekte door psychische aandoening; dit is 42% van alle meldingen en bijna driekwart daarvan betreft overspanning/burn-out. Bij 60% van de meldingen van psychische aandoeningen duurde het verzuim langer dan drie maanden (Van der Molen et al., 2017).

Daarmee vormen psychische problemen ook een aanzienlijke economische last: 22% van het totaalaantal ziekteverzuimdagen houdt verband met psychische klachten. In 2016 zorgde overspanning/burn-out voor bijna 3,5 miljoen ziekteverzuimdagen; een werknemer met overspanning/burn-out verzuimt gemiddeld 44 dagen extra boven op de gebruikelijke 6 jaarlijkse ziekteverzuimdagen (TNO, 2016).

TNO (2014) schat dat ziekteverzuim als gevolg van werkstress werkgevers 1,8 miljard euro per jaar kost. In 2016 was 13% van de nieuwe WGA-aanvragen vanwege psychische aandoeningen, en bij lopende WGA-uitkeringen ging het om 8,6%. Wat betreft nieuwe IVA-aanvragen was dat in 2016 bij 18,7% vanwege psychische aandoeningen en bij lopende IVA-uitkeringen was het aandeel psychische aandoeningen 26,1% (UWV, 2017).

NVAB-RAPPORTAGE HERZIENING NVAB-RICHTLIJNEN

Uit de rapportage van de NVAB (Verhoeven et al., 2015) over de herziening van NVAB-richtlijnen en verzekeringsgeneeskundige (VG-)protocollen kwam naar voren dat de NVAB-richtlijn Psychische Problemen toe is aan een gedeeltelijke herziening in verband met het beschikbaar komen van nieuwe evidence. Verder was de aanbeveling om aparte richtlijnen te ontwikkelen voor depressie, angststoornissen en overspanning & burn-out. De richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (Bastiaanssen et al., 2016) was hierin een eerste stap. Daarnaast is in 2017 gestart met een evidence-based richtlijn over Arbeidsconflicten gericht op bedrijfs- en verzekeringsartsen. De ontwikkeling van de richtlijn over Angststoornissen staat voor 2019 op het programma. Voor het onderwerp Overspanning & burn-out is in 2017 gestart met de herziening op basis van de richtlijn Psychische problemen en de LESA Overspanning en burn-out (Bastiaanssen et al., 2011).

RELEVANTE ONTWIKKELINGEN

Positieve gezondheid

De definitie van positieve gezondheid is een belangrijk uitgangspunt voor de NVAB (2016). De definitie luidt: *het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.*

Er zijn zes dimensies waaraan gezondheid kan worden afgelezen: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven,

sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Er bestaan grote verschillen in interpretatie wat betreft de inhoud van gezondheid. Beleidsmakers, onderzoekers en artsen hanteren vaker een biomedische interpretatie (met vooral aandacht voor lichamelijke functies), terwijl patiënten het begrip gezondheid juist veel breder opvatten en alle zes dimensies bijna even belangrijk vinden. Wanneer mensen worden aangesproken op veerkracht en eigen regie, voelen zij zich in hun mogelijkheden aangesproken en niet uitsluitend als zieke. De bedrijfsarts maakt bij voorkeur gebruik van die insteek: niet de ziekte maar het functioneren staat centraal. Hierbij gaat het om de interactie in de centrale driehoek tussen gezondheid (G), werk & werkomstandigheden (W) en de persoon (P). De uitkomst daarvan bepaalt de mate van maatschappelijk functioneren.

Capability-benadering

Een andere nieuwe ontwikkeling is de toepassing van de capability-benadering op werk. Deze benadering daagt uit om op zoek te gaan naar de waarde die arbeid voor werkkenden, en in bredere zin voor de maatschappij, zou moeten hebben. Dit sluit aan bij de 'humane' benadering van arbeid, maar ook bij de sociaalpsychologische theorieën die aangeven dat mensen gemotiveerder in hun werk staan als ze positief worden benaderd en zelfsturing hebben. Ook sluit het aan bij begrippen als job control, mastery en self-efficacy die in de relatie tussen arbeid en gezondheid van belang zijn, en in veel situaties hetzij als capabilities kunnen worden benoemd, dan wel als voorwaarden om bepaalde capabilities te bereiken (Van der Klink, 2011). Bovendien geeft de capability-benadering een aanvulling op positieve gezondheid en positieve psychologie door de doelen die mensen hebben centraal te stellen en daarmee richting te geven aan concepten als eigen regie en aansluiten bij positieve ervaringen.

ICF-classificatie

Om de gezondheid van werkkenden met psychische problemen te bevorderen, kunnen interventies zowel gericht zijn op de werkende als op de werkorganisatie/-omgeving. Hoewel dat onderscheid niet altijd even strikt te hanteren is, geeft het wel een goed inzicht in de verschillende mogelijkheden om (preventief) te interveniëren. Werkplekgerichte (preventieve) organisatorische maatregelen kunnen op de gezondheid, op de omgeving of op het gedrag gericht zijn (uitgangspunten ICF-classificatie). Werkplekgerichte/organisatorische maatregelen zijn bijvoorbeeld het voorlichten van leidinggevenden over het herstelproces van de werkende en de manier waarop zij de re-integratie kunnen ondersteunen. Maatregelen gericht op de werkende zijn bijvoorbeeld het versterken van de regel mogelijkheden en sociale steun op het werk. Hierbij kan de bedrijfsarts of de verzekeringsarts samen met de werkende belemmerende factoren (laten) aanpakken door gebruik te maken van de participatieve aanpak.

Patiëntenperspectief

Bij de keuze van de interventies houden de bedrijfsarts en de verzekeringsarts rekening met de aard, ernst en het beloop van de problematiek en betrekken zij het patiëntenperspectief erbij. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts stimuleren de zelfregie en het zelfmanagement van de werkende zodat deze activiteiten onderneemt die het herstel bevorderen en die passen bij de door de werkende gewenste verandering. Alleen als het herstelproces blijkt te stagneren, zijn aanvullende interventies noodzakelijk. De taak van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts is om stagnatie tijdig te signaleren.

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) gaat ervan uit dat betrokken en goed geïnformeerde patiënten doorgaans verstandige keuzes maken, beter meewerken aan hun behandeling en in grotere mate tevreden zijn over de geboden zorg. Ook in de bedrijfsgezondheidszorg groeit de aandacht voor het belang van shared decision making. Het gaat hierbij over het delen van informatie met de werkende over met name de diagnostiek en behandelings- of begeleidingsmogelijkheden, zodat de werkende en de bedrijfsarts of de verzekeringsarts gezamenlijk de informatie kunnen wegen en samen kunnen beslissen over de interventie.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde werknemer die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven.

De volgende punten moeten aan de orde komen:

- 1 Wat zijn de opties?
- 2 Wat zijn de voor- en nadelen?
- 3 Wat betekent dit in deze situatie voor de werknemer?

Bedrijfsarts of verzekeringsarts en werknemer bespreken dit samen en komen samen tot een keuze.

Participatieve aanpak

Er zijn aanwijzingen dat deze aanpak effectief is om de blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en het functioneren (werkprestatie) te verbeteren. Bij een participatieve aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. De bedrijfsarts heeft hierbij vooral de rol van procesbegeleider (Leidraad Participatieve aanpak op de werkplek (Huysmans, Schaafsma, Viester, & Anema, 2016)).

INHOUD BESTAANDE RICHTLIJNEN

De NVAB-richtlijn over Psychische Problemen dateert van 2007 en was een herziening van de eerste richtlijn uit 2000. Het verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning (Gezondheidsraad) is gepubliceerd in 2005. Vervolgens verschenen:

- De multidisciplinaire richtlijn Overspanning burn-out (Verschuren et al., 2011) en de herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) (Bastiaanssen et al., 2011); zowel de multidisciplinaire richtlijn als de (daarvan afgeleide) LESA verhelderen de rollen van bedrijfsarts, huisarts en psycholoog en geven een kader voor de onderlinge samenwerking en verwijzingen. Deze richtlijn en de LESA maken een onderscheid tussen overspanning en burn-out, omdat een minder effectieve copingstijl en (de neiging tot) somatiseren om specifieke aandacht in de behandeling vragen.
- De Zorgstandaard aanpassingsstoornis inclusief Overspanning en burn-out (A-OB) (2017a). Een zorgstandaard beschrijft het behandeltraject op hoofdlijnen en maakt inzichtelijk wat mensen daarin kunnen verwachten. Een zorgstandaard gebruikt de inhoud van de richtlijnen en formuleert daar aanbevelingen uit. De Zorgstandaard A-OB is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Overspanning en burn-out uit 2011.
- De NHG-Standaard Overspanning en burn-out (2018).

De aanpak (zowel van de diagnostiek als de interventies) in deze richtlijnen en standaarden komt overeen. De kern is dat lichte tot matige ernstige psychische problemen worden gevormd door verlies van grip op zichzelf en de situatie. Dit verlies van grip en controle ontstaat doordat de werkende voor hem/haar belangrijke doelen en waarden niet (meer) kan realiseren en mede daardoor de eisen en problemen vanuit de omgeving niet meer het hoofd kan bieden. Daardoor laat de werkende rollen – waaronder meestal de werkrol – geheel of gedeeltelijk vallen. Het gaat gepaard met een gevoel dat men niet meer kan zijn wie men wil zijn en niet meer de dingen kan doen die waarde toevoegen.

Het herstel van de psychische problematiek bestaat (dan ook) uit herstel van grip en regie: de werkende moet weer greep krijgen op de situatie en de eigen rol daarin. In het herstelproces bouwt de werkende zelf de grip en regie op in drie fasen: de crisis-fase, de oplossingsfase en de fase van toepassing (van de oplossingen). Iedere fase wordt gekenmerkt door een aantal hersteltaken. De opbouw van de controle kan worden gezien als de opbouw van zelfregie en zelfmanagement en dus van gezondheid volgens de visie van 'positieve gezondheid' (Huber et al., 2011). Bij deze uitgangspunten hoort een procesmatige benadering en begeleiding van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Om het procesverloop te monitoren, maken zij gebruik van procesvragen.

Veel werkenden doorlopen het proces 'spontaan'. Bij deze groep volstaat het om hun eigen werkzaamheid en zelfregie te bekrachtigen en het proces te (blijven) monitoren, omdat in iedere fase stagnatie kan optreden. Bij een deel van de werkenden stagneert het proces. Geïventariseerd wordt wat aan de stagnatie ten grondslag ligt. Om het herstel te bevorderen kunnen (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies worden ingezet, die bij voorkeur aansluiten bij positieve ervaringen en succesvolle oplossingsstrategieën in het verleden. De bedrijfsarts of de verzekeringsarts kan dit zelf doen of delegeren.

Bij een kleine groep is de stagnatie niet met eerstelijnsinterventies op te heffen en is tijdige verwijzing (bijvoorbeeld naar ggz-behandelaars) geïndiceerd.

Een begeleiding gericht op de opbouw van grip en eigen regie is het belangrijkste aspect van terugvalpreventie. In dit proces wordt de werkende zich bewust van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. Bij de afsluiting van de begeleiding worden deze 'leermomenten' geëxpliciteerd.

Bij herstel en terugkeer naar werk speelt niet alleen het individuele proces van de werkende een rol, maar ook hoe de omgeving, de collega's, de leidinggevende, en de werkgever met de werkende omgaan. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts bespreken dus met de werkende en de werkomgeving of er sprake is van (psychosociale en andere) werkgebonden risicofactoren die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van psychische problemen. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts bieden deskundige ondersteuning bij de aanpak van en een preventief beleid voor deze risicofactoren.

HERZIENING VAN DE RICHTLIJN

De eerdergenoemde factoren bij “Aanleiding tot de herziening” leidden tot het formuleren van de volgende uitgangsvragen door de projectgroep:

- 1 Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?
- 2 Hoe kan het niveau van functioneren vastgesteld worden?
- 3 Welke factoren voorspellen en beïnvloeden het (herstel van) werkfunctioneren bij werkenden met overspanning en burn-out? (Uitkomstmaten: re-integratie, terugkeer naar werk, langdurig verzuim, verlies van werk.)
- 4 Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out? (Uitkomstmaten: re-integratie, werkfunctioneren, terugkeer naar werk, instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.)
- 5 Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out waarbij sprake is van stagnatie? (Uitkomstmaten: re-integratie, werkfunctioneren, terugkeer naar werk, instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.)

Aandachtspunten:

- Perspectief van de werkenden bij uitgangsvragen en aanbevelingen.
- Toepasbaarheid van de aanbevelingen in de praktijk (goed leesbare kernaanbevelingen).
- Factoren en interventies op individueel, organisatie- en afdelingsniveau.

De bevindingen uit de literatuur en overige overwegingen bij deze vragen zijn besproken. Ook zijn de relevante ontwikkelingen (positieve gezondheid, capability-benadering en het patiëntenperspectief/shared decision making) in de projectgroep aan de orde geweest. Op basis van de literatuur, overige overwegingen (waaronder relevante ontwikkelingen) zijn de aanbevelingen tot stand gekomen.

ORGANISATIE VAN ZORG

De organisatie van de zorg voor mensen met overspanning of burn-out komt in deze richtlijn niet aan de orde. Zie daarvoor de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen inclusief Overspanning en burn-out (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017a).

METHODE EN VERANTWOORDING

Het ontwikkelen van deze richtlijn is mogelijk gemaakt dankzij financiële steun vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

SYSTEMATISCHE REVIEW

Nadat de uitgangsvragen werden vastgesteld, zijn literatuursearches uitgevoerd. Daarvoor is wat betreft de periode 2015-2017 dezelfde zoekstrategie gebruikt als in Rongen et al. (2015) over de periode 2005-2015 voor de literatuur-update van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Deze keuze is gemaakt omdat de literatuursearch van Rongen et al. (2015) nog recent was en al veel aanknopingspunten voor de herziening bood en de beschikbare middelen voor de herziening van deze richtlijn efficiënt ingezet moesten worden. De gevonden literatuur is beoordeeld aan de hand van de GRADE-methodiek. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>, Atkins et al, 2004).

Na de uitkomsten van de eerste literatuursearch is besloten om aanvullend literatuuronderzoek te doen naar interventies bij common mental disorders, zodat meer informatie beschikbaar kwam over het resultaat van interventies.

Indien de bewijskracht niet aan de hand van GRADE kon worden bepaald, is deze vastgesteld volgens de EBRO-methode (Van Everdingen et al., 2014). Zie [bijlage 2](#) voor de systematiek van GRADE en EBRO. Aan de hand van de evidence uit de literatuur zijn evidence-tabellen opgesteld ([bijlage 6](#)). Conclusies met vermelding van het niveau van bewijs uit de evidence-tabellen zijn in de tekst van dit achtergronddocument opgenomen.

Voor de herziening van de richtlijn werd gebruikgemaakt van twee werkgroepen, een kerngroep en een (brede) projectgroep. Beide groepen kregen ook advies van drie experts die nauw betrokken waren bij de andere richtlijnen en zorgstandaarden over psychische problemen, overspanning en burn-out.

KERNGROEP

In de kerngroep waren vertegenwoordigd:

Projectleider	mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts
Voorzitter	mw. dr. E.P.M. (Evelien) Brouwers, senior researcher, Tranzo, Tilburg University
Inhoudskundige bedrijfsarts	mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts
Inhoudskundige verzekeringsarts	prof. dr. H. (Haije) Wind, verzekeringsarts
Expert	dr. K. (Karen) Nieuwenhuijsen
Literatuuronderzoeker	dhr. drs. M. (Matthijs) Oud
Adviseur richtlijnontwikkeling	prof. dr. C.T.J. (Carel) Hulshof
Jr. medewerker richtlijnontwikkeling/literatuuronderzoeker	mw. drs. G. (Gerda) Jekel

De kerngroep deed het voorbereidende werk aan de hand van het projectplan, voerde de knelpuntanalyse uit en deed een voorstel voor de uitgangsvragen. Tevens leverde ze de epidemiologische en praktische uitwerking van het project (met name literatuursearch, critical appraisal, opstellen evidence-rapport, opstellen conceptrichtlijn en uitvoeren externe commentaarronde). De kerngroep kwam gedurende de looptijd 6 maal bijeen.

PROJECTGROEP

De projectgroep bestond uit vertegenwoordigers van de gebruikers van de richtlijn, aangevuld met experts op het terrein van overspanning en burn-out:

Mw. drs. M. (Maud) van Aalderen	psycholoog	NIP
Mw. drs. T. (Thea) Heijnen	patiëntvertegenwoordiger	Mind (LPGGz)
Dhr. drs. L. (Lars) van Kessel	psycholoog	NVVP/LVE
Mw. drs. H.H. (Heleen) Kloosterhuis	bedrijfsmaatschappelijk werk	Vereniging BMW
Mw. drs. R. (Renske) Krispijn	A&O-deskundige	BA&O
Mw. drs. L. (Leonore) Nicolai	POH-GGZ	LV POH-GGZ
Dhr. drs. T.S. (San) Oeij	bedrijfsarts	NVAB
Dhr. drs. H. (Henk) van Ringen	arbeidsdeskundige	NVvA
Mw. drs. M. (Marijke) Roseboom	arboverpleegkundige	VV&VN
Dhr. drs. M. (Martijn) Sijbom	huisarts	NHG
Dhr. drs. E. (Erik) Verbart	patiëntvertegenwoordiger	Mind (LPGGz)
Dhr. dr. F. (Feico) Zwerver	verzekeringsarts	NVVG/GAV

De vergaderingen van de projectgroep werden voorgezeten door de kerngroepvoorzitter mw. dr. E.P.M. (Evelien) Brouwers, ondersteund door mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen en mw. drs. G. (Gerda) Jekel.

De projectgroep had als taken de knelpuntanalyse te beoordelen en aan te vullen, de concrete uitgangsvragen te formuleren en te accorderen, op basis van de door de kerngroep gemaakte evidence-rapporten en overige overwegingen de concrete aanbevelingen te accorderen en aan te vullen, en de verschillende versies van de richtlijn te beoordelen. De projectgroep kwam gedurende de looptijd 4 maal bijeen.

EXPERTS

Bij de herziening hebben de volgende experts adviezen, commentaar en aanvullingen op teksten gegeven:

Dhr. prof. dr. J.J.L. (Jac) van der Klink, hoogleraar Psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid, Tranzo, Tilburg University

Dhr. dr. B. (Berend) Terluin, huisarts, onderzoeker EMGO, VU medisch centrum

Mw. drs. M.A.J.M. (Monique) Loo, bedrijfsarts, adviseur en coach

WERKNEMERS-/PATIËNTEN- EN WERKGEVERSPECTIEF

In de projectgroep participeerden vertegenwoordigers namens de patiënten; in de commentaarronde gaven zowel vertegenwoordigers van werkgevers als van werknemers/patiënten input. Deze input van patiënten, werknemers en werkgevers is verwerkt in de richtlijn.

COMMENTAARFASE EN AUTORISATIE

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument werden ter becommentariëring voorgelegd aan inhoudelijke experts, aan vertegenwoordigers van patiënten- en werknemersorganisaties en aan werkgeversorganisaties, alsmede aan een steekproef onder leden van de NVAB en NVVG. De lijst met referenten en een samenvatting van het ontvangen commentaar is opgenomen in [bijlage 7](#).

Daarna is de richtlijn voor bestuurlijke goedkeuring voorgelegd aan de betrokken beroepsgroepen en gepubliceerd.

CONFLICTERENDE BELANGEN

Alle leden van de kern- en de projectgroep hebben een belangenverklaring ingevuld waarin zij hun banden met commerciële bedrijven hebben aangegeven gedurende het ontwikkeltraject en in de daaraan voorafgaande jaren. Een overzicht van deze belangenverklaringen is in bezit van de NVAB.

JURIDISCHE BETEKENIS

Richtlijnen zijn op evidence en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden (Hulshof, 2009).

EVALUATIE EN ACTUALISERING

Binnen de financiering door SZW zijn geen middelen gereserveerd voor de evaluatie noch voor de actualisatie van deze richtlijn. De auteurs van de richtlijn Psychische problemen doen de aanbeveling om de richtlijn te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten of na maximaal 5 jaar.

De beroepsverenigingen NVAB en NVVG zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een actualiseringstraject.

2 PROCESMATIGE AANPAK

2.1 INLEIDING

De kern van (dreigende) uitval door psychische problemen is verlies van grip/controlle op de eigen situatie en rol(len). Dit leidt tot ontredde, machteloosheid en vaak wanhoop. In het verlengde daarvan kunnen ook de diverse betrokkenen uit de werk-, privé- en zorgomgeving dit verlies aan grip/controlle ervaren, hetzij in hun interactie met de werkende dan wel als gevolg van het feit dat de werkende niet meer functioneert in die omgeving, hetgeen dan weer leidt tot een (dreigend) disfunctioneren van het systeem zelf. Een procesmatige aanpak, waarbij het beloop systematisch wordt gevolgd en geëvalueerd met een begeleidingsplan, bevordert het herstel. De bedrijfsarts of de verzekeringsarts begeleidt actief volgend en blijft het proces monitoren omdat het in iedere fase alsnog kan stagneren.

Dit hoofdstuk behandelt de procesmatige aanpak en baseert zich op:

- De multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out (LVE NHG NVAB, 2011), de daarop gebaseerde Zorgstandaard Aanpassingsstoornis, inclusief Overspanning en burn-out (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017a) en de NHG-Standaard Overspanning & burn-out (2018).
- Overige overwegingen (zoals positieve gezondheid, de capability-benadering, patiëntenparticipatie, shared decision making, onderzoek naar het toepassen van de richtlijn (versie 2007) door bedrijfsartsen).

2.2 WERKWIJZE BIJ PROCESMATIGE AANPAK

KERN WERKWIJZE

De kern van de werkwijze bij psychische problemen is beschreven in de documenten genoemd in 2.1. De kern van uitval ligt in het verlies van grip en daarmee ligt de kern van de sociaal-medische begeleiding in het ondersteunen van de werkende en diens systemen bij het proces van het hervinden van grip op de eigen situatie en rol(len). De eerste stap in de procesmatige aanpak is de procesdiagnose. Een procesmatige aanpak is belangrijk om tijdig stagnatie te signaleren en vervolgacties/interventies in gang te zetten.

De bedrijfsarts en de verzekeringsarts vervullen altijd de rol van procesbegeleider. Ze volgen en beoordelen het proces van herstel van grip/controlle en functioneren. In de rol van procesbegeleider stimuleren ze zelfregie en zelfmanagement van zowel werkende als werkomgeving. Ze schakelen zo nodig andere (zorg)systemen en professionals in. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts richten zich in de procesbegeleidende rol zowel op de werkende als op de werkomgeving. Hij/zij vervult daarbij een verbindende functie gericht op het versterken van de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie van de werkende, op het verhelderen van doelen en waarden van werk en op het bereiken van toegevoegde waarde voor werkenden en werkomgeving.

FASEN-TAKENMODEL

Uit de literatuur blijkt dat in het algemeen in het herstelproces drie fasen kunnen worden onderscheiden. Elke fase heeft kenmerkende hersteltaken, waarvan doorlopen en afronden van belang blijken om de volgende stap in het herstelproces met succes te kunnen zetten.

De drie fasen in het herstelproces zijn:

- 1 **Crisisfase** (inzicht- en acceptatiefase):
de werkende is de greep op zijn of haar functioneren kwijt. Hij of zij ervaart dit als een crisis³. Inzicht en acceptatie zijn de eerste randvoorwaarden om tot rust en ontspanning te kunnen komen en perspectief op herstel te krijgen. De focus van de werkende ligt in het algemeen nog volledig bij de klachten.
- 2 **Oplossingsfase**:
de werkende gaat zich oriënteren op problemen, probleemsituaties en oplossingen. De focus verschuift van klacht naar oplossingen.
- 3 **Toepassingsfase**:
(nieuwe) oplossingen worden toegepast en (delen van) het functioneren wordt weer opgepakt.

Aan elke fase zijn kenmerkende taken te verbinden, die de werkende moet doorlopen om het proces van herwinnen van grip/controlé plaats te laten vinden. Deze hersteltaken worden hieronder per fase beschreven:

CRISISFASE

In de crisisfase heeft de werkende als taken grip te hervinden op cognitief en emotioneel niveau en tot rust te komen. De werkende moet inzicht krijgen in wat er is gebeurd en tot acceptatie komen van de huidige toestand. Van daaruit ontstaat perspectief op herstel en kan de werkende tot rust komen. Het gaat in deze fase om de acceptatie van het verlies van controle en grip op de eigen situatie, en (nog) niet om acceptatie van gebeurtenissen en factoren die een rol spelen of gespeeld hebben.

OPLOSSINGSFASE

In de oplossingsfase ligt de focus op het inventariseren van de belangrijke doelen en waarden, oplossingsrichtingen en hulpbronnen. De bedrijfsarts of de verzekeringarts ondersteunt de werkende zo dat de oriëntatie verschuift van problemen naar oplossingen.

TOEPASSINGSFASE

In de toepassingsfase is de taak de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe te passen en daarmee de controle op de situatie te herwinnen. Door steunende en stimulerende begeleiding zijn werkenden eerder in staat hun rollen weer op te pakken. In dit proces bouwt de werkende zijn grip en regie verder op en versterkt zijn coping. Dit werkt ook preventief tegen terugval.

TOELICHTING FASEDIAGNOSTIEK

Fasediagnostiek richt zich op het vaststellen in welke fase van herstel naar controle en grip werkende en werkomgeving zitten. Deze vorm van diagnostiek gebeurt aan de hand van de antwoorden van betrokkene op procesvragen en niet op basis van aard, ernst of duur van de klachten. Dat is kenmerkend voor het procesmatig werken. Voorbeeldprocesvragen en gespreksadviezen voor de invulling van de procesbegeleidende rol staan beschreven in bijlage 4.

3 De term 'crisis' refereert niet aan onderliggende factoren en/of gebeurtenissen die tot het verlies van grip en controle geleid hebben. In dit model refereert 'crisis' aan de eerste fase in het proces van controleverlies waarin betrokkene zich qua beleving en ervaring in een crisis bevindt met de daarbij behorende ontreddeering.

Gestart kan worden met de algemene proces-monitoringsvraag:
Wat houdt u momenteel bezig? Waar denkt u veel over na?

Het antwoord op deze vraag geeft in veel gevallen een goede eerste indruk in welke fase de werkende zit:

- Geeft het antwoord aan dat de werkende erg bezig is met/piekert over klachten (als moeheid, pijn, lusteloosheid, slapeloosheid), dan duidt dit erop dat de werkende waarschijnlijk in de crisisfase zit.
- Blijkt uit het antwoord dat betrokkene vooral nadenkt over hoe hij/zij tot een oplossing kan komen of wat er moet gebeuren, dan zit hij/zij waarschijnlijk in de oplossingsfase.
- Is de werkende al concreet in gesprek of anderszins bezig de oplossingen te onderzoeken of uit te proberen, dan wijst dit erop dat hij/zij in de toepassingsfase zit.

Na deze eerste indruk is het belangrijk om na te gaan of de werkende binnen de fase effectief bezig is hersteltaken te vervullen. Daartoe worden een aantal fasespecifieke vragen gesteld. Met het antwoord daarop wordt ofwel de eerste aanname (welke fase) bevestigd dan wel herzien. Voor het monitoren van de werkomgeving kan een soortgelijke set vragen gebruikt worden.

In onderstaand schema zijn de fasen, de bijbehorende hersteltaken en interventies weergegeven. Ook de tijdslijn en bijbehorende criteria voor stagnatie zijn benoemd. De fasen lopen in de praktijk in elkaar over en overlappen in het proces dat de werkende en de werkomgeving doorlopen:

Schema 1 Fasen-takenmodel

Het herstel is in dit model een oplossingsgericht proces waarin de betrokkene zelf grip, zelfregie en zelfmanagement opbouwt.

Basisinterventies				
Voorlichten, rationale en perspectief bieden, positief her-etiketteren, inventariseren waarden en doelen in werk, dag- en slaapstructuur, praatadviezen, ontspanningsoefeningen en mindfulness				
Procesfase	Hersteltaken	Interventies	Tijdslijn en criteria stagnatie	Acties bij stagnatie
Verlies van grip, regie en controle leidt tot 1 Crisisfase	<ul style="list-style-type: none"> • structuur • rust en ontspanning • begrip en inzicht • acceptatie (van verlies van grip, regie en controle) 	<ul style="list-style-type: none"> • schrijf- en piekeropdrachten 	Stagnatie als er: <ul style="list-style-type: none"> • na ca. 3 weken nog geen oriëntatie op oplossingen bestaat en/of nog geen acceptatie is 	<p><i>Heroverweeg de uitgangspunten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>oriëntatie en inventarisatie aanvullen?</i> • <i>diagnose wijzigen?</i> • <i>interventies aanpassen?</i>
Inzicht in de situatie leidt tot 2 Oplossingsfase	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op waarden, doelen en oplossingen <ul style="list-style-type: none"> • in kaart brengen van waarden en doelen, hulpbronnen en oplossingsrichtingen 	<ul style="list-style-type: none"> • inventarisatie oplossingen, hulpbronnen en doel(en) • schrijf- en registratie-opdrachten 	Stagnatie als er: <ul style="list-style-type: none"> • ca. 3-6 weken na afronding crisisfase nog geen oriëntatie op toepassingen is 	<p><i>Doorloop opnieuw de fase (+ bijbehorende taken), blijf monitoren en evalueren, betrek of verwijs naar andere professionals</i></p>
Zicht op oplossingsrichtingen leidt tot 3 Toepassingsfase	Oriëntatie op toepassingen <ul style="list-style-type: none"> • oplossingen toepassen • oppakken van alle rollen en taken • functioneringsherstel 	<ul style="list-style-type: none"> • (dubbel)schema voor opbouw activiteiten en werk 	Stagnatie als er: <ul style="list-style-type: none"> • 6 weken na afronding oplossingsfase nog geen oplossingen toegepast zijn en/of werkrol nog niet opgepakt is 	

Het fasen-takenmodel is goed bruikbaar als begeleidingsmodel (Van der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2003). Dat bleek ook uit de literatuurstudie die voor de multidisciplinaire richtlijn Overspanning en burn-out (2011) is verricht. De literatuur die gebruikt is voor de Zorgstandaard Aanpassingsstoornis inclusief Overspanning en burn-out komt tot dezelfde conclusie (2017a).

WERKWIJZE BIJ MONITOREN BELOOP EN SIGNALEREN STAGNATIE

Zolang het proces naar herstel van controle en regie verloopt binnen de tijdsaders passend bij de fasen, is er sprake van een ongecompliceerd beloop. Bij een ongecompliceerd beloop zijn betrokkenen het meest gebaat bij versterking van zelfregie en zelfmanagement. Dan geldt voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts een terughoudend beleid. Zij blijven de procesrol invullen en bieden basisinterventies ter ondersteuning van zelfregie en zelfmanagement.

Van stagnatie is sprake wanneer betrokkene de procesfase en daarbij behorende hersteltaken niet binnen het geschetste beloop van het fasen-takenmodel kan afronden (zie kolom 'beloop'). De in dit model genoemde 3- of 6-wekentermijnen hebben de functie om bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te ondersteunen om stagnatie tijdig te signaleren zodat tot passende vervolgacties overgegaan kan worden (zie kolom 'actie bij stagnatie').

Wanneer stagnatie optreedt, worden interventies of een verwijzing (zie hoofdstuk 4) ingezet, gericht op het vervullen van de hersteltaken. De interventiemogelijkheden van de bedrijfsarts en verzekeringsarts liggen op de interactie tussen werkende en de werkomgeving. Zowel de werkende als de werkomgeving kunnen begeleiding nodig hebben bij het optimaliseren van die interactie, zoals bij het invullen van de ondersteunende rol ten opzichte van de werkende, maar ook bij het omgaan met verminderd functioneren van de werkende tijdens ziekte en re-integratie. De bedrijfsarts en verzekeringsarts ondersteunen de eigen verantwoordelijkheid van de werkende en de (werk)omgeving door het versterken van het probleemoplossend vermogen van beide.

Wanneer er sprake is van stagnatie vindt een vervolcontact plaats om te checken of de ingezette interventie en/of verwijzing daadwerkelijk het herstelproces bevordert. Blijft stagnatie aanhouden of treedt opnieuw stagnatie op, dan vindt overleg met de huisarts plaats en/of overleg met de behandelaar waarnaar verwezen werd om diagnostiek en/of beleid te heroverwegen.

Schema 2 Vervolgacties na vaststellen geen/wel stagnatie

GEEN STAGNATIE	WEL STAGNATIE ⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Bied steunende, oplossingsgerichte begeleiding gericht op zelfregie en zelfmanagement. • Wees terughoudend met diagnostiek en interventies. • Houd contact met werkende en werkomgeving. • Blijf het herstelproces monitoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseer de oorzakelijke, uitlokkende, onderhoudende factoren en (weggevallen) hulpbronnen. • Pleeg uitgebreidere diagnostiek. • Onderzoek mogelijke risicofactoren. • Ga na welke factoren oplossingen in de weg staan. • Indiceer en initieer (generalistische of specialistische) interventies en monitor de uitvoering en het effect. • Verwijs zo nodig.

⁴ Van stagnatie is sprake wanneer betrokkene de procesfasen en daarbij behorende hersteltaken niet binnen het geschetste beloop kan afronden conform schema 1. De tijdlijn heeft de functie om stagnatie tijdig te signaleren en tot passende vervolgacties over te gaan (de kolom 'actie bij stagnatie' in schema 1 en kolom 2 in schema 2).

Bij een ongecompliceerde stressgerelateerde stoornis (overspannenheid) en een activerende begeleiding is de kans dat de medewerker binnen 3 maanden weer volledig kan functioneren op het werk 38% en na een half jaar is die kans toegenomen tot 61% (Brouwers et al, 2009).⁵

2.3 OVERIGE OVERWEGINGEN

TOEPASBAARHEID VAN DE RICHTLIJN

Uit onderzoek naar het gebruik van de richtlijn Psychische problemen (versie 2007) door bedrijfsartsen blijkt dat bedrijfsartsen de richtlijn inhoudelijk niet goed kennen (Lugtenberg et al., 2016). Ze vinden het veel leeswerk, terwijl ze maar beperkt de tijd hebben voor het bestuderen van de richtlijn. Verder kwam naar voren dat externe barrières de uitvoering van de richtlijn belemmerden. Het ging om gebrek aan tijd, beperkt aantal contacten met de werkende, onvoldoende afstemming en overleg met de werkgever, maar ook met behandelaars. In samenhang met het onderzoek van Lugtenberg, liet het onderzoek van Joosen et al. (2017) zien dat het richtlijngebruik ook na een gerichte training laag was, met name op de punten terugvalpreventie en contact met de werkgever, terwijl bedrijfsartsen zelf dachten dat ze de richtlijn redelijk tot goed volgden⁶. Uit deze onderzoeken komt de aanbeveling voor zeer heldere kernaanbevelingen voor professionals en het verminderen van organisatorische beperkingen zodat professionals in staat worden gesteld om kwalitatief hoogwaardige bedrijfs-geneeskundige zorg te bieden. Arbodiensten en werkgevers moeten daarom betrokken worden bij de herziening van de richtlijn (Van Beurden et al., 2017).

Om het gebruik van de richtlijn te verbeteren, heeft de projectgroep besproken dat de werkwijze van procesmatig werken in de richtlijn in heldere kernaanbevelingen opgesteld moet worden.

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

1 Positieve gezondheid

Het model van 'Positieve gezondheid: 'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges' (M. Huber) onderscheidt zes dimensies waaraan je gezondheid kunt aflezen:

- lichamelijke functies;
- mentale functies en beleving (cognitief functioneren, emotionele toestand, zelfmanagement);
- spirituele/existentiële dimensie (zingeving, doelen, acceptatie);
- kwaliteit van leven;
- sociaal-maatschappelijke participatie;
- dagelijks functioneren.

Er is een tool beschikbaar die bestaat uit 42 vragen en die online of via een app ingevuld kan worden: <https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/hoewerkthet/>.

Na het invullen kan de deelnemer met de uitslag naar een arts of hulpverlener. Er wordt aangeraden om van tevoren te bedenken wat je zou willen veranderen en bespreken.

5 Brouwers et al. Predicting return to work in employees sick listed due to minor mental disorders. Journal of Occupational Rehabilitation, 2009

6 Actual knowledge examined by the knowledge test showed that before the training 9.7% of the OPs had correctly answered 75% (or more) of the questions, versus 61.3% afterward ($p < .01$)

De projectgroep is van mening dat dit model in de aanbevelingen voor de herziene richtlijn verwerkt is door de aandacht voor het (weer) verkrijgen van grip en controle op de eigen situatie en rollen. Dit versterkt de eigen regie en daarmee de eigen gezondheid. De begeleiding is gericht op de kracht van mensen en op de persoonlijke eigenschappen waarover mensen in potentie kunnen beschikken.

2 Capability-benadering

De capability-benadering (capability approach; CA), ontwikkeld door Nobelprijswinnaar Amartya Sen, is een ethisch kader dat stelt dat sociale rechtvaardigheid zich moet richten op het ondersteunen van de capabilities van alle individuen om hun levensplan te ontwerpen, na te streven en te herzien. (Sen, 1999; Venkatapuram, 2011). Het gaat erom dat mensen de mogelijkheden hebben – en in staat worden gesteld – in hun leven te zijn wie ze willen zijn en de dingen te doen die waarde toevoegen voor henzelf en hun omgeving: ‘beings and doings people have reason to value’.

Van der Klink et al. (2016) hebben de capability-benadering als basis genomen voor de ontwikkeling van ‘het werk als waarde-model’ voor duurzame inzetbaarheid: als mensen in hun werk kunnen zijn wie ze willen zijn en de dingen kunnen doen die waarde toevoegen voor henzelf en hun werk, benadert dit voor de huidige werknemer sterk het idee van duurzame inzetbaarheid. Immers, door de ontwikkeling van de economie van een industriële ‘maak-economie’ naar een postindustriële diensteneconomie is het werk voor veel mensen ingrijpend veranderd: van een noodzakelijk kwaad om een inkomen en een bestaan te verwerven en bovendien een potentieel gezondheidsbedreigende factor naar een levensdomein waarin men belangrijke waarden, doelen en ambities realiseert en een potentieel gezondmakende factor (Jahoda, 1982; Van der Klink, 2015, 2016; Gheaus and Herzog, 2016). Dit vormde de basis voor de ontwikkeling van een vragenlijst die in kaart brengt of een persoon een adequate capability set heeft.

Voor het identificeren van relevante capabilities werd een ‘mixed method’-benadering gebruikt. De kern daarvan was een kwalitatieve interviewstudie, waarin werknemers werden bevraagd over de waarden in hun werk. Op basis hiervan werd tot zeven werkwaarden besloten:

- 1 Kennis en vaardigheden *gebruiken*
- 2 Kennis en vaardigheden *ontwikkelen*
- 3 Betrokken zijn bij belangrijke beslissingen
- 4 Betekenisvolle werkcontacten met anderen hebben of opbouwen
- 5 Eigen doelen stellen
- 6 Een goed inkomen verdienen
- 7 Een bijdrage leveren aan het creëren van iets waardevols

De bevraging van deze waarden blijft dicht bij het basisidee van de CA door op elk van de zeven thema’s de volgende drie vragen te stellen:

- a Hoe belangrijk is <de waarde> voor u?
- b Stelt uw werk u in staat om <de waarde> te realiseren?
- c Lukt het u <de waarde> te realiseren?

Een persoon scoort een capability als hij of zij op alle drie aspecten een vier of vijf scoort op een vijfpuntsschaal.

De veronderstelde centrale plaats van de capability set in het model werd getest en bevestigd (Abma et al, 2016). De ontwikkelde capability-vragenlijst lijkt daarmee een belangrijke plaats te kunnen innemen bij het in kaart brengen van (de risico’s bij) duurzame inzetbaarheid en het veld van arbeid en gezondheid in het algemeen.

De vragenlijst kan op twee manieren worden gescoord: op capabilities en op discrepanties. Capability-scoring maakt het mogelijk om een oordeel te geven over en vergelijkingen te maken tussen personen of groepen op de mate waarin zij waarden kunnen realiseren en de bevorderende of belemmerende factoren daarbij. Discrepantie-scoring signaleert vooral belemmeringen in de realisatie van specifieke werkwaarden. Informatie over het model en de vragenlijst is te vinden in [bijlage 5](#) en op <https://werkalswaarde.nl/#Spidermodel5>.

De projectgroep heeft besloten om in de aanbevelingen voor de herziene richtlijn de kern van het capability-begrip te verwerken. Dat betekent dat bij de procesmatige aanpak betrokken moet worden dat de werkende zich bewust wordt van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. Ook het gebruik van de Lijst Werk Capabilities is in de aanbevelingen opgenomen.

ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT

De Generieke Module Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016) doet aanbevelingen voor zowel de inhoud van de ondersteuning door hulpverleners, als voor hun attitude.

Wat betreft de 'inhoud van de ondersteuning' gaat het om volgende kernpunten:

- Ondersteuning van patiënt bij (aanleren van) zelfmanagementstrategieën
- Gespreksvoeringstechnieken gericht op vergroten van zelfmanagement (motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte benadering)
- Aandacht voor sociale verbondenheid
- Aandacht voor contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen (omgaan met de aandoening)
- Ondersteuning bij (zo veel mogelijk leren leiden van) een 'normaal leven'.
- Aandacht voor levensdoelen en zingeving
- Aandacht voor de emotionele kant van de aandoening (steunend, maar ook gericht op zelfmanagement van emoties)
- Ondersteuning gericht op succeservaringen

Wat betreft de 'attitude van de hulpverlener' staan de volgende kernpunten in de aanbevelingen:

- Kijk verder dan de aandoening; gericht op (versterking van) het zelfoplossend vermogen, veerkracht en het vermogen om regie te voeren.
- Samenwerking en gezamenlijke besluitvorming
- Aandacht voor mogelijkheden en onmogelijkheden rondom zelfmanagement
- Positieve benadering: wat kan patiënt (al) wel
- Goed luisteren; wat wil of vraagt de patiënt; check of je hem goed begrepen hebt
- Onderzoek (steeds opnieuw) van mogelijkheden en onmogelijkheden
- Onderzoek naar levensgebieden waarover patiënt zelf regie wilt voeren
- Naasten betrekken en erkennen als hulpbron en/of naasten hulp bieden bij zelfmanagement

De projectgroep heeft mede door de inbreng van de patiëntvertegenwoordigers en een expert besloten dat in de herziene richtlijn de focus op zelfregie en zelfmanagement moet liggen.

2.4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

CONCLUSIES

Nieuwe ontwikkelingen

Door de werkwijze in de herziene richtlijn bouwt de werkende de eigen regie op en krijgt weer grip op de situatie en zijn/haar rol daarin. Herstel is volgens de herziene richtlijn een actief proces waarin de werkende zelf actief de regie opbouwt. Deze opbouw van eigen regie en daarmee samenhangend van gezondheid past in de visie van 'positieve gezondheid' (Huber et al., 2011). In dit proces wordt de werkende zich ook bewust van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. Daarmee sluit de herziene richtlijn ook aan bij de capability-benadering.

Zelfmanagement

De werkende en de interactie tussen de werkende en de werkomgeving staan centraal in het herstelproces. Dat betekent dat de werkende en de werkomgeving ondersteund worden bij zelfmanagementstrategieën. De gespreksvoeringstechnieken zijn gericht op het vergroten van zelfmanagement (motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte benadering). De begeleiding is gericht op (versterking van) het zelfoplossend vermogen, veerkracht en het vermogen om regie te voeren. De begeleiding kenmerkt zich verder door samenwerking en gezamenlijke besluitvorming, aandacht voor mogelijkheden en onmogelijkheden rondom zelfmanagement en een positieve benadering: wat kan patiënt (al) wel?

Procesmatig werken en procesdiagnostiek

Vanuit het patientenperspectief, de visie van capability en positieve gezondheid is procesmatige werken noodzakelijk. Stagnatie van het herstelproces naar grip en regie moet tijdig opgemerkt worden. Zelfregie en zelfmanagement moeten ondersteund worden. Om de toepasbaarheid van procesmatig werken, de kern van de begeleiding, te vergroten start de richtlijn in hoofdstuk 2 met de beschrijving en toelichting van procesmatig werken. Expliciet komt aan de orde hoe het herstelproces beoordeeld wordt aan de hand van de antwoorden op procesvragen in relatie tot een signalerende tijdlijn. Ter ondersteuning van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts in hun procesbegeleidende rol nam de projectgroep voorbeeldprocesvragen en gespreksadviezen op (zie [bijlage 4](#) bij dit achtergronddocument).

Bij een ongestoord, 'spontaan' beloop is de bedrijfsarts of de verzekeringsarts terughoudend met diagnostiek en steunt de werkende op zo'n manier, dat de zelfregie wordt versterkt en niet wordt overgenomen.

Bij stagnatie vindt uitgebreidere inventarisatie, oriëntatie en diagnostiek plaats. Als hulpmiddelen kunnen hiervoor de 4DKL ([bijlage 3](#)) en de Lijst Werk Capabilities gebruikt worden ([bijlage 5](#)).

AANBEVELINGEN

- ▶ De bedrijfsarts of de verzekeringsarts vervult altijd de procesbegeleidende rol en werkt procesmatig. Bij ieder contact inventariseert de bedrijfsarts of de verzekeringsarts:
 - In welke fase van probleemoplossing/herstel werkende en werkomgeving zitten
 - Hoe lang werkende en werkomgeving in deze fase zitten
 - Welke hersteltaken zijn of worden uitgevoerd
- ▶ De bedrijfsarts of verzekeringsarts concludeert en documenteert expliciet of werkende en werkomgeving het proces van herstel van grip en controle adequaat doorlopen of dat sprake is van stagnatie.
- ▶ De fasediagnostiek vindt plaats op basis van de antwoorden op procesvragen in relatie tot de tijdslijn van het fasen-takenmodel en niet op basis van inhoud of ernst van de klachten. De bedrijfsarts of verzekeringsarts checkt aan de hand van procesvragen of voorgaande fase(n) daadwerkelijk afgerond zijn.
- ▶ Wanneer sprake is van stagnatie vindt een vervolcontact plaats om te checken of de ingezette interventie en/of verwijzing daadwerkelijk het herstelproces bevordert.
- ▶ Blijft stagnatie aanhouden of treedt opnieuw stagnatie op dan:
 - vindt overleg met de huisarts plaats
 - en/of vindt overleg plaats met de behandelaarom beleid te heroverwegen en het herstelproces van betrokkene vlot te trekken.

3 ORIËNTATIE OP SITUATIE EN DIAGNOSE

3.1 INLEIDING

De oriëntatie op de situatie en diagnose vinden plaats via de anamnese met de werkende. De afgelopen jaren is de visie op gezondheid en psychische gezondheid gekanteld en zijn er andere inzichten waarop een effectieve begeleiding zich moet richten. Positieve gezondheid en de capability-benadering zijn expliciet onderdeel van de missie en visie van de NVAB. Het accent van de begeleiding verschuift van aandacht voor het verleden naar aandacht voor de toekomst. De nadruk bij de ondersteuning ligt niet op wat er fout is gegaan, maar op wat er moet gebeuren. Zo kunnen werkende en leidinggevende weer een werkomgeving creëren waarin belangrijke doelen en waarden kunnen worden gerealiseerd en daarmee gezondheid in de volle breedte.

Dit hoofdstuk behandelt de werkwijze bij de oriëntatie op de situatie en diagnose en baseert zich op:

- 1 De multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out (LVE NHG NVAB, 2011), de daarop gebaseerde Zorgstandaard Aanpassingsstoornis, inclusief Overspanning en burn-out (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017a) en de NHG-Standaard Overspanning & burn-out (2018).
- 2 De beantwoording van de uitgangsvragen 1 en 2.
 - Uitgangsvraag 1: Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?
 - Uitgangsvraag 2: Hoe kan het niveau van functioneren vastgesteld worden?Voor de beantwoording van deze vragen zijn de bevindingen gebruikt uit de literatuursearch van Rongen et al. (2015), uit de actualisering van deze literatuursearch over de periode 2015-2017, en uit de aanvullende literatuursearch naar literatuur over common mental disorders.
- 3 Overige overwegingen (zoals positieve gezondheid, de capability-benadering, patiëntparticipatie, en shared decision making).

3.2 WERKWIJZE BIJ ORIËNTATIE OP SITUATIE

De procesdiagnose wordt gevolgd door en overlapt deels met een oriëntatie op de situatie. De situatie wordt met de werkende en de werkomgeving in kaart gebracht door te achterhalen wat betrokkene in het werk wil bereiken en wat daarvoor nodig is. Hoe heeft het niet kunnen realiseren van doelen en waarden geleid tot het verlies van grip en controle? Wat zijn bevorderende of belemmerende factoren op persoonlijk en op werkniveau om tot herstel te komen? Welke acties zijn door de werkende en/of de werkomgeving al ondernomen en met welk resultaat?

WERKGEBONDEN RISICOFACTOREN

Werkgebonden risicofactoren voor het veroorzaken of in stand houden van het probleem en/of stagnatie zijn in kaart gebracht voor de registratierichtlijn Overspanning & burn-out van het Nederlands centrum voor Beroepsziekten (2016).

Uit deze registratierichtlijn blijkt dat het op dit moment alleen van de psychosociale factor ‘hoge inspanning⁷ gepaard met lage beloning⁸ aannemelijk is dat haar onafhankelijke bijdrage voldoende groot is om het ontstaan van overspanning in overwegende mate te verklaren.

Psychosociale factoren waarvan is aangetoond dat die kunnen bijdragen aan het ontstaan van overspanning zijn:

- Hoge psychologische taakeisen; onder psychologische taakeisen worden verstaan: tijdsdruk, werktempo, geestelijk inspannend werk.
- Weinig taakautonomie; onder taakautonomie wordt verstaan de controle die een werkende heeft over zijn taken en/of het vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden.
- Weinig sociale steun van collega's.
- Weinig sociale steun leidinggevende.
- Onrechtvaardigheid binnen de organisatie en/of binnen de relatie met leidinggevenden
- Hoge emotionele taakeisen (met name voor mannen).

Niet-werkgerelateerde predisponerende factoren:

- Eerder doorgemaakte psychische aandoeningen, met name stemmings- en angststoornissen, kunnen de kans vergroten dat een werkende overspanning ontwikkelt.

WERKFUNCTIONEREN

Uitgangsvraag 1

Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?

Deze paragraaf van het achtergronddocument gaat in op wat in de literatuur bekend is over het werkfunctioneren bij mensen met overspanning of burn-out, zodat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dat mee kunnen nemen bij de oriëntatie op de situatie en diagnostiek.

Uit het literatuuronderzoek van Rongen et al. (2015) is naar voren gekomen dat bij mensen met burn-outklachten met name het cognitief functioneren op verschillende gebieden verminderd lijkt te zijn. Bij de literatuur-update voor de herziening van deze richtlijn werden zes aanvullende artikelen gevonden over de relatie tussen overspanning en burn-out en werkfunctioneren, waarvan twee systematische reviews (De Jong, Nieuwenhuijsen & Sluiter, 2016; Salyers et al., 2017) en vier primaire studies (Eskildsen, Andersen, Pedersen & Andersen, 2016; Kwah, Weintraub, Fallar & Ripp, 2016; Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak & Kompier, 2014; Welp, Meier & Manser, 2016). De belangrijkste resultaten worden hieronder samengevat en in [bijlage 7](#) staan de evidence-tabellen.

7 Werkkenmerken die een inspanning vereisen zijn: tijdsdruk, fysieke inspanning, taakinterrupties.

8 Werkkenmerken met een belonend karakter hebben betrekking op: financiële beloning, waardering (respect en ondersteuning), baanzekerheid en ontwikkelingsmogelijkheden (promotiekansen, behoud van status).

Cognitief functioneren

In de literatuurstudie van Rongen et al. (2015) werd een review (Deligkaris, Panagopoulou, Montgomery & Masoura, 2014) van lage kwaliteit gevonden; zij vatten de resultaten als volgt samen:

Dertien van de vijftien studies vonden dat het hebben van meer burn-outklachten significant was geassocieerd met verminderd cognitief functioneren. In de tien studies die executief functioneren (bijv. informatie updaten, inhibitie van respons) hadden gemeten vonden negen studies een significante associatie tussen meer burn-outklachten en verminderd functioneren. In de zeven studies die aandachtsvermogen hadden gemeten, werd in vijf studies een significante associatie gevonden tussen meer burn-outklachten en verminderd aandachtsvermogen. In de zeven studies die geheugen hadden gemeten vonden zes studies een associatie tussen meer burn-outklachten en verminderd geheugen.

Bij het literatuuronderzoek in de periode 2015-2017 werden nog twee artikelen gevonden over het cognitief functioneren. Eskildsen et al. (2016) onderzochten in een longitudinale studie van goede kwaliteit of het cognitief functioneren van patiënten die de huisarts bezochten vanwege werkgerelateerde stress-klachten (N=56) bij follow-up na 12 maanden was verbeterd in vergelijking met een gezonde controlegroep (N=56). Hieruit bleek dat, in vergelijking met de controlegroep, de patiënten vooral waren verbeterd op prospectief geheugen en verwerkingssnelheid (waar ze ook de grootste beperkingen hadden op baseline). De patiënten presteerden na 12 maanden nog wel significant slechter dan de controles op prospectief geheugen ($d=0.38$, 95% BI 0.02, 0.75), verwerkingssnelheid ($d=0.39$, 95% BI 0.05, 0.73), aspecten van werkgeheugen, aandacht, snelheid en rekenvaardigheden ($d=0.31$, 95% BI 0.001, 0.61) en kortetermijngeheugen ($d=0.47$, 95% BI 0.10, 0.83). Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden voor algemeen geheugen, werkgeheugen, visueel-ruimtelijk geheugen en visueel-ruimtelijke vaardigheden.

Oosterholt et al. (2014) vergeleken in een studie klinische burn-outpatiënten (N=33) met mensen met niet-klinische burn-out (N=29) en met een gezonde controlegroep (N=30) op de mate waarin zij cognitieve problemen hadden. Uit de resultaten van de zelf-rapportagevragenlijst (Cognitive Failure Questionnaire) bleek dat de groep met klinische burn-out significant meer cognitieve problemen ondervond ($m=76.42$; $SD=13.36$) dan de groep met niet-klinische burn-out ($m=64.17$; $SD=10.77$), die op zijn beurt weer meer cognitieve problemen rapporteerde dan de controlegroep ($m=53.80$; $SD=9.70$) ($F=30.80$, $p<.001$, $\eta^2=0.41$). Uit de resultaten van een cognitieve testbatterij bleek dat de groep met klinische burn-out minder goed presteerde op cognitieve verwerking, hetgeen bleek uit langere reactietijden t.o.v. de groep met niet-klinische burn-out ($p=0.051$) en de gezonde controlegroep ($p=0.016$). Voor executief functioneren werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden. Vergeleken met de andere twee groepen rapporteerden mensen met klinische burn-out een grotere mate van vermoeidheid, inspanning en belasting bij het maken van de cognitieve testen. Het onderzoek was van goede kwaliteit.

**REDELIJK
GRADE**

Het hebben van meer burn-outklachten is geassocieerd met verminderd executief functioneren en verminderd algemeen geheugen.

Rongen et al. (2015)

- Mensen met een klinische burn-out ondervinden meer cognitieve problemen dan mensen met een niet-klinische burn-out en gezonde mensen.
- Mensen met een klinische burn-out presteren minder goed op cognitieve verwerking, wat blijkt uit langere reactietijden dan de andere twee groepen.
- Mensen met een klinische burn-out rapporteren een grotere mate van vermoeidheid, inspanning en belasting bij het maken van de cognitieve testen dan de andere twee groepen.
- Er zijn geen verschillen tussen de groepen (klinische burn-out, niet-klinische burn-out en gezond) in executief functioneren.

Oosterholt (2014)

**LAAG
GRADE**

Het hebben van meer burn-outklachten is geassocieerd met verminderd aandachtsvermogen

Rongen et al. (2015)

Patiënten met werkgerelateerde stress hebben bij een neuropsychologische test meer beperkingen van het executief functioneren (namelijk het prospectief en complex werkgeheugen en de verwerkingssnelheid) dan gezonde mensen uit de controlegroep

Eskildsen (2016)

Kwaliteit van het werk

Salyers et al. (2017) hebben een review en meta-analyse van goede kwaliteit uitgevoerd om de relatie tussen burn-out bij zorgprofessionals (verpleegkundigen, artsen en multidisciplinaire teams) en de invloed op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg die zij leveren te onderzoeken. Hiervoor hebben zij 82 studies (N=210.669) gebruikt, waarvan de meerderheid cross-sectioneel was (toegepaste methode was geen moderator). Er werd een kleine negatieve relatie gevonden tussen burn-out en de kwaliteit ($r = -0.26$, 95% CI [-0.29, -0.23]) en veiligheid ($r = -0.23$, 95% CI [-0.28, -0.17]) van de zorg. Als er specifiek wordt geanalyseerd dan heeft emotionele uitputting de sterkste relatie met kwaliteit, daaropvolgend depersonalisatie en verminderde persoonlijke prestatie.

De Jong et al. (2016) hebben in een review van gemiddelde kwaliteit gekeken naar de relatie tussen burn-out en professioneel handelen bij ziekenhuisartsen. In negen kwalitatief goed uitgevoerde studies (twee longitudinale en zeven cross-sectionele) werd een associatie gevonden tussen burn-out en medische fouten (OR tussen de 1,07 en 5,5) en in één longitudinale studie niet. Het bewijs over een relatie tussen burn-out en onprofessioneel gedrag was te inconsistent om conclusies over te trekken.

Kwah et al. (2016) hebben in een longitudinale cohortstudie (1 jaar) artsen in opleiding (N=53) met en zonder burn-out vergeleken om na te gaan of er een correlatie is tussen het hebben van burn-out en het maken van medische fouten en andere maten van (on)professioneel handelen. Hieruit bleek dat artsen die aan het eind van het jaar burn-out hadden iets minder fouten maakten bij het voorschrijven van medicatie dan hun collega's zonder burn-out (0.553 vs. 0.780. $p = .007$). Er werden geen verschillen tussen de groepen gevonden in de mate van professionaliteit. Belangrijke beperkingen in deze studie zijn een grote uitval (40%) en een kleine controlegroep. Het onderzoek heeft een hoog risico op bias waardoor er een kans bestaat dat de effecten vertekend zijn.

Welp et al. (2016) onderzochten of er een causale relatie is tussen teamwerk, emotionele uitputting en veiligheid voor de patiënt in intensiveteams (2100 verpleegkundigen en artsen). De studie suggereert dat emotioneel uitgeputte artsen minder kunnen bijdragen aan effectieve samenwerking, wat van belang is voor de veiligheid van de patiënt. Hoewel een direct verband tussen emotionele uitputting en patiëntveiligheid niet is aangetoond. Een lage mate van vermoeidheid verhoogt daarentegen de kwaliteit van interpersoonlijk teamwerk. Het onderzoek heeft een hoog risico op bias waardoor er een kans bestaat dat de effecten vertekend zijn.

**REDELIJK
GRADE**

Bij zorgprofessionals bestaat er een kleine negatieve relatie tussen burn-out en de kwaliteit en veiligheid van zorg. Met name emotionele uitputting heeft een sterke relatie met kwaliteit, gevolgd door depersonalisatie en verminderde persoonlijke prestatie

Salyers (2017)

**LAAG
GRADE**

Bij ziekenhuisartsen is de relatie tussen burn-out en onprofessioneel handelen inconsistent.

De Jong (2016)

Bij artsen en verpleegkundigen van een intensiveteam is geen direct verband aangetoond tussen emotionele uitputting en patiëntveiligheid.

Welp (2016)

**ZEER LAAG
GRADE**

Bij ziekenhuisartsen is er een associatie tussen medische fouten en burn-out

De Jong (2016)

VRAGENLIJSTEN EN CHECKLISTS VOOR ORIËNTATIE OP DE SITUATIE

De anamnese kan aangevuld worden met vragenlijstonderzoek. In de richtlijnen en (zorg)standaarden genoemd in de inleiding van dit hoofdstuk zijn vragenlijsten en checklists ter ondersteuning van de oriëntatie op de situatie uitgezocht en besproken. Onderstaande tekst is gebaseerd op de bevindingen uit deze bronnen.

Vragenlijst ArbeidsRe-integratie

De multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out (2011) en de Zorgstandaard A-OB (2017a) geven als aanbeveling om bij onvoldoende duidelijkheid over contextfactoren optioneel een extra vragenlijst in te zetten. De Vragenlijst ArbeidsRe-integratie (VAR-2, 2015)

is geschikt voor het meten van contextfactoren. Omdat deze niet vrij verkrijgbaar is, heeft de projectgroep geen aanbeveling opgenomen over deze tool in de herziene richtlijn.

Lijst Werk Capabilities

Werk is voor het overgrote deel van de werkenden een levensdomein geworden om belangrijke doelen en waarden te realiseren. Om dat aspect in kaart te brengen, meet de vragenlijst 'Lijst Werk Capabilities' (LWC) zeven belangrijke werkwaarden die uit onderzoek naar voren zijn gekomen (Van der Klink, 2016; Abma, 2016). Onderzoek heeft uitgewezen dat de uitkomsten van de Capability Set voor werk samenhangen met ervaren gezondheid, functioneren in werk, werkvermogen, ziekteverzuim en andere indicatoren (Abma, 2016).

De vragenlijst betreft de waarden:

- 1 het gebruik maken van kennis en vaardigheden
- 2 de ontwikkeling van kennis en vaardigheden
- 3 betrokkenheid bij belangrijke besluiten
- 4 het opbouwen van betekenisvolle contacten op het werk
- 5 eigen doelen stellen
- 6 een goed inkomen hebben
- 7 bijdragen aan iets waardevols

Het instrument bevraagt en scoort ieder item met een drieslag:

- A Hoe belangrijk is deze waarde in uw werk?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"
- B Stelt uw werksituatie u in staat deze waarde te realiseren?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"
- C Lukt het u ook de waarde te realiseren?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"

De vragenlijst kan op twee manieren gescoord worden: op capabilities en op discrepanties. Afhankelijk van de vraag en van het niveau waarop men de vragenlijst toepast kan een keuze gemaakt worden.

Capability-scoring maakt het mogelijk om een oordeel te geven over en eventueel vergelijkingen te maken tussen personen of groepen op de mate waarin zij waarden kunnen realiseren en welke factoren daarbij bevorderend of belemmerend werken. Het brengt daarmee de 'duurzame inzetbaarheid' in kaart en kan – preventieve – aanwijzingen geven om die te bevorderen.

Discrepancie scoring signaleert vooral belemmeringen in de realisatie van specifieke werkwaarden. Het legt daarmee de vinger op zaken die in het hier en nu misgaan en kan daarmee ondersteunen in een probleemoriëntatie met in het verlengde een probleemoplossing. Het biedt daarmee goede aanknopingspunten voor het interpreteren van de ‘actuele inzetbaarheid’ van de werkende.

Meer toelichting is opgenomen in [bijlage 5](#) van dit achtergronddocument.

Vanwege de oriëntatie op de (werk)situatie en de mogelijkheid die dit instrument biedt om contextfactoren, doelen en waarden in het werk met elkaar te verbinden, heeft de projectgroep besloten om het gebruik van deze richtlijn op te nemen in de aanbevelingen.

3.3 WERKWIJZE BIJ ORIËNTATIE OP DIAGNOSE

In de diagnostiek en begeleiding ligt het eerste accent op factoren (krachten) die de grip en controle over de situatie kunnen herstellen. Klachten zijn het gevolg van het verlies van grip en controle. Een te groot accent op de klachten kan leiden tot het idee dat eerst de klachten moeten verdwijnen voordat aan oplossingen kan worden gewerkt. In samenhang met de oriëntatie op de situatie wordt zowel de stressgerelateerde component als de kwetsbaarheidscomponent van de psychische problemen beoordeeld. Daarnaast vindt classificatie plaats, namelijk of er sprake is van een stressgerelateerde aandoening, of van depressie, angst of een andere psychiatrische aandoening.

De (waarschijnlijkheids)diagnose ‘stressgerelateerde aandoeningen’ (overspanning en burn-out) is doorgaans in het eerste contact al snel duidelijk. Van belang is om alert te zijn op en onderscheid te maken met andere psychische problematiek, zoals een depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornissen of problematisch alcoholgebruik. Deze kunnen naast een overspanning of burnout voorkomen.

WERKWIJZE VOLGENS DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN OVERSPANNING EN BURN-OUT (2011)

Anamnese

Deze is gebaseerd op de checklist van Van der Klink en Terluin (2005) en beoordeelt op 8 deelgebieden (met voorbeeldvragen) die in de anamnese aan bod kunnen komen.

De deelgebieden zijn:

- 1 Stressgerelateerde klachten (spanningsklachten, overspanning, burnout)
- 2 Depressie
- 3 Angst
- 4 Functioneren en controle
- 5 Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen, zoals werkomgeving, privéomgeving, zorgomgeving) waarbinnen die factoren spelen
- 6 Belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt
- 7 Probleemoplossend vermogen van de omgeving(ssystemen)
- 8 Visie van de patiënt en van de omgeving

Definities

In de multidisciplinaire richtlijn Overspanning en burn-out zijn de begrippen overspanning en burn-out nader gedefinieerd. Deze definities zijn overgenomen in de Nederlandse (zorg)standaarden die sinds die tijd zijn gepubliceerd.

Er is sprake van **overspanning** als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria.

A Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:

- moeheid
- gestoorde of onrustige slaap
- prikkelbaarheid
- niet tegen drukte/herrie kunnen
- emotionele labiliteit
- piekeren
- zich gejaagd voelen
- concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.

B Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.

C Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

D Distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Van **burn-out** is sprake als voldaan is aan drie criteria:

E Er is sprake van overspanning.

F De klachten zijn meer dan zes maanden geleden begonnen.

G Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Criterium E positioneert burn-out als een vorm van overspanning, terwijl criteria F en G aansluiten bij de gangbare beeldvorming omtrent burn-out voor wat betreft de chroniciteit van de klachten en het op de voorgrond staan van moeheid en uitputting.

Burn-out onderscheidt zich van overspanning door de lange duur van de klachten en moeheid en uitputting. Het benoemen van burn-out in plaats van overspanning heeft nut omdat een minder effectieve copingstijl (langere duur) en een neiging tot somatiseren (moeheid en uitputting) specifieke aandacht in de behandeling behoeven. Werkgerelateerdheid is geen noodzakelijk kenmerk van burn-out.

TOELICHTING

Overspanning

Het begrip overspanning vertoont veel overeenkomsten met het begrip *Aanpassingsstoornis* in het DSM-classificatiesysteem. Een aanpassingsstoornis wordt in de DSM-5 geclassificeerd als emotionele en gedragsmatige symptomen die binnen drie maanden ontstaan als reactie op een aanwijsbare stressor. Voor een aanpassingsstoornis moet het lijden ernstiger zijn dan op basis van de ernst en intensiteit van de stressor verwacht kan worden en moeten de symptomen leiden tot duidelijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig

functioneren. Een beperking van het begrip aanpassingsstoornis is ook dat de classificatie strikt genomen alleen achteraf kan worden gesteld, omdat de aandoening niet langer dan zes maanden mag aanhouden nadat de stressor is verdwenen. Verder roept de term aanpassingsstoornis bij veel mensen negatieve associaties op, omdat het suggereert dat men zich niet kan aanpassen en dus gestoord is. Vanwege de beperkte bruikbaarheid en grote overlap met overspanning, wordt gebruik van het begrip aanpassingsstoornis in de bedrijfsartsenpraktijk ontraden.

Burn-out

Het burn-outconcept is internationaal sterk gekoppeld aan de meest gebruikte vragenlijst om burn-outverschijnselen te meten: de Maslach Burnout Inventory (MBI) die in Nederland bekend staat als de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS). Die koppeling is zo sterk dat burn-out in de internationale literatuur doorgaans is wat de MBI meet (Schaufeli, 2007 en 2017). De MBI omvat drie schalen: emotionele uitputting, depersonalisatie (een cynische houding ten opzichte van de mensen met wie men werkt) en verminderde gepercipieerde bekwaamheid in het werk. In ons land staan in de gehanteerde definities/omschrijvingen van burn-out de volgende frequent voorkomende elementen voorop: chroniciteit (c.q. een lange duur van de klachten), de relatie met werkstress en het op de voorgrond staan van uitputting (Gaillard, 2003; Hoogduin, Schaufeli, Schaap & Bakker, 2001; Schaufeli, 2007; Schmidt, 2001; Terluin, Van der Klink & Schaufeli, 2005). Zoals hierboven aangegeven is, is volgens de multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burnout (2011) werkgerelateerdheid geen noodzakelijk kenmerk van burnout.

WERKWIJZE VOLGENS DE NHG-STANDAARD OVERSPANNING EN BURN-OUT (2018)

Deze standaard beveelt aan om te starten met een algemene exploratie en vervolgens verdere exploratie via het SCEGS-model.

Algemene exploratie

- Wat zijn de klachten? Vraag naar de aanwezigheid van moeheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/herrie kunnen, emotionele labiliteit, piekeren (zo ja, waar piekert u over?), zich gejaagd voelen, concentratieproblemen, machteloosheid/controleverlies.
- Is er sprake van somberheid of angst? Zo ja, in welke mate?
- Hoe staat het met het sociaal functioneren? Is er sprake van werkverzuim?
- Wanneer en hoe zijn de klachten ontstaan? Wat zijn de oorzaken?
- Wat is de aanleiding om nu te komen?
- Welke factoren spelen (nog meer) mee bij het ontstaan en het blijven bestaan van de klachten?
- Wat heeft de patiënt al geprobeerd om de situatie het hoofd te bieden? Wat was het resultaat?
- Van wie ontvangt de patiënt steun?
- Is er eerder sprake geweest van deze klachten? Zo ja, wat heeft toen geholpen om deze klachten te verminderen of op te lossen?

Verdere exploratie via het SCEGS-model

SCEGS bevraagt vijf dimensies: de Somatische, de Psychologische (Cognities), de Emotionele, de Gedragmatige en de Sociale dimensie. De uitgebreidheid van het uitvragen van de vijf dimensies is afhankelijk van het soort klacht en de context.

Vragenlijsten en Checklists voor Diagnostiek

De anamnese kan aangevuld worden met vragenlijstonderzoek. In de richtlijnen en (zorg-)standaarden genoemd in de inleiding van dit hoofdstuk zijn vragenlijsten en checklists ter ondersteuning van de diagnostiek uitgezocht en besproken. Deze vragenlijsten kunnen ook worden gebruikt om het beloop te monitoren of om de klachten inzichtelijk te maken voor de werkende. Onderstaande tekst is gebaseerd op de bevindingen uit deze bronnen.

4DKL

Ter ondersteuning van de diagnostiek van overspanning en burn-out blijkt de 4-dimensionale klachtenlijst (4DKL) het meest geschikt voor bedrijfsartsen (en huisartsen). Deze helpt om distress, angst, depressie en somatisatie te onderscheiden (2017a). De 4DKL is ontstaan vanuit onderzoek naar de diagnose overspanning in de huisartspraktijk (Terluin, 1994), (Terluin et al., 2008). De vragenlijst meet de vier symptoomdimensies die gezamenlijk het grootste deel van de psychosociale symptomatologie in de eerste lijn weergeven: distress, depressie, angst en fysieke spanningsklachten/somatisatie. Voor de kenmerken en validatie van de lijst wordt verwezen naar bijlage 3 bij dit achtergrond-document. Met de 4DKL kunnen de voor de eerstelijns praktijk relevante klachtendimensies in kaart worden gebracht en kunnen complicaties op klachtniveau worden opgespoord. Daarnaast kent de 4DKL de voordelen van bekendheid zowel bij huisartsen als bij bedrijfsartsen (brede toepassing na de introductie van de eerste richtlijn) en van gemakkelijke en voor individuele toepassing kosteloze beschikbaarheid.

Checklist van Van der Klink en Terluin

De aangepaste checklist van Van der Klink & Terluin (2005) bevraagt alle relevante domeinen die in de anamnese aan de orde kunnen komen en er zijn voorbeeldvragen opgenomen om de domeinen uit te vragen. Omdat deze checklist uitgebreid is en meer focust op problemen dan oplossingen, is dit hulpmiddel niet meer opgenomen in deze richtlijn.

Burnout Assessment Tool (BAT 2019)

Desart, S., Schaufeli, W.B. & De Witte, H. (2017) publiceerden vanuit de Universiteit van Leuven over een nieuwe definitie van burn-out. De nieuwe definitie omvat vier kernsymptomen – uitputting, cognitief controleverlies, emotioneel controleverlies en mentale distantie – en drie types bijkomende symptomen – depressieve klachten, gedragsmatige- en psychosomatische spanningsklachten. De BAT is gebaseerd op deze definitie en de huidige (voorlopige) versie omvat 34 items.

De BAT is ontwikkeld vanuit de behoefte aan een degelijk onderbouwd instrument om burn-out te meten, dat drie doelen kan dienen: het preventief screenen (in bijvoorbeeld organisaties), het correct diagnosticeren (door eerstelijns hulpverleners) en het opvolgen van patiënten (voor behandeling en re-integratie).

Het instrument is in 2018 nog uitgebreid gevalideerd, zowel in België als in Nederland. Hierbij is ook aandacht geschonken aan het creëren van klinische grenswaarden voor de BAT en is onderzocht in hoeverre de schalen ingekort konden worden.

Omdat de BAT nog in ontwikkeling was gedurende de herziening van deze richtlijn, heeft de projectgroep geen aanbeveling opgenomen over deze tool.

VRAGENLIJST VOOR HET VASTSTELLEN VAN FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN

Uitgangsvraag 2

Hoe kan het niveau van functioneren vastgesteld worden?

Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen is het van belang om de functionele mogelijkheden te kunnen vaststellen. Een diagnose als overspanning of burn-out laat zich niet eenvoudig vertalen in functionele mogelijkheden, de interindividuele verschillen in functioneren zijn groot. Om deze uitgangsvraag te beantwoorden, is gezocht in bestaande documenten.

In de multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out (2011) zijn veel vragenlijsten onderzocht en besproken. Veel van deze lijsten zijn niet gevalideerd en niet ontwikkeld voor het gebruik bij een vermoeden op overspanning en burn-out, maar voor het in kaart brengen van psychische klachten in het algemeen. Er is daaruit geen vragenlijst naar voren gekomen die geschikt is om het niveau van functioneren vast te stellen.

In het literatuuronderzoek van Rongen et al. (2015) wordt de WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (World Health Organization, 2017) besproken. Dit is het nieuwe instrument dat in de DSM-5 is gekozen om het functioneren bij psychische aandoeningen in kaart te brengen. Het vervangt de oude GAF (Global Assessment of Functioning). De WHODAS 2.0 is beschikbaar in het Nederlands en bestaat uit 36 vragen over cognitie, mobiliteit, zelfzorg, sociale contacten, activiteiten in het leven en participatie. De vragenlijst is gebaseerd op de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF). De WHODAS 2.0 is wereldwijd geëvalueerd bij ruim 65.000 respondenten, zowel behorend tot de algemene bevolking als tot specifieke patiëntenpopulaties. De testeigenschappen voldoen goed en de WHODAS 2.0 differentieert voldoende tussen en in populaties. De vragenlijst is in staat om de impact van zowel mentale als psychische klachten te meten, alsook de veranderingen ten gevolge van behandeling (Rongen et al., 2015).

Er is een gevalideerde verkorte 12-itemversie van de WHODAS 2.0 beschikbaar, maar nog niet in het Nederlands. De projectgroep heeft daarom geen aanbeveling opgenomen in de herziene richtlijn voor het gebruik van deze vragenlijst.

3.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

BEOORDELEN VAN COGNITIEF FUNCTIONEREN EN VERMOEIDHEID

De vermoeidheid bij burn-out en het verminderd cognitief functioneren bij overspanning en burn-out kunnen door gerichte vragen goed in kaart worden gebracht. Voor het beoordelen van het cognitief functioneren zijn volgens de projectgroep de aanbevelingen uit de richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (2016) goed bruikbaar. Die richtlijn geeft aan dat het cognitief functioneren uitgevraagd kan worden aan de hand van de volgende elementen: concentratie, aandacht, geheugen, overzicht houden, besluitvaardigheid, informatie verwerken, meervoudige/-complexe taken uitvoeren, plannen, structureren en prioriteren.

NEURO-ENDOCRIENE ASPECTEN VAN STRESS

Met betrekking tot het neuro-endocriene systeem en de regulatie van stresshormonen speelt de hypothalamus-hypofyse-bijnierschorsas (HHB-as, Engels: HPA-axis) een belangrijke rol. Activatie van de HPA-as na stress leidt tot afgifte van corticotropine-vrijmakend

hormoon (CRH) en vasopressine (AVP) door de hypothalamus. Deze afgifte stimuleert de productie van het adrenocorticotroop hormoon (ACTH) door de hypofyse. ACTH stimuleert de afgifte van cortisol door de bijnierschors. Veranderingen in de afgifte van CRH en AVP kunnen de afgifte van cortisol beïnvloeden en daarmee ook de reactie op stress.

Vanuit deze psycho-neuro-immunologie en psycho-neuro-endocrinologie (Mommersteeg, Heijnen, Verbraak & Van Doornen, 2006; Mommersteeg, Keijsers, Heijnen, Verbraak & Van Doornen, 2006; Sonnenschein et al., 2007) (Van Houdenhove & Heijnen, 2009) wordt overspanning/burn-out gezien als een gevolg van langdurige stress. Daardoor ontstaat een chronische ontregeling van het neurohormonale systeem en dat is volgens deze benadering de bron van het hele scala aan lichamelijke klachten en psychisch disfunctioneren. In de kern wordt overspanning/burn-out, ook wel chronische stress genaamd, gekenmerkt door toenemende klachten met betrekking tot het lichamelijk en psychisch functioneren:

- op lichamelijk gebied (bijv. snel moe, slecht slapen, pijnlijke en gespannen spieren)
- op cognitief gebied (bijv. concentratie- en geheugenproblemen, problemen met plannen)
- op emotioneel gebied (bijv. prikkelbaarheid, snel in tranen uitbarsten, depressie- en angstklachten)
- op gedragsgebied (bijv. gehaast of ongeduldig gedrag, niet meer kunnen stoppen met werken, meer drinken, roken, snoepen).

Studies naar de functie van de HPA-as bij burn-outpatiënten laten verschillende resultaten zien en de studies zijn moeilijk te vergelijken. De Universiteit van Maastricht verricht op dit moment onderzoek naar interventies voor burn-out gebaseerd op dit model (o.a. Quartarone, 2017). In dit onderzoek wordt o.a. verwezen naar een artikel van Ganzel et al. (2010) waarbij een integraal model voor de neuro-endocriene processen en psychologische benadering uitgewerkt is. Er zijn nog geen onderzoeken afgerond naar de resultaten van interventies gebaseerd op dit model.

De conclusie van de projectgroep is dat de beschikbare informatie over neuro-endocriene aspecten van stress aansluit bij de (activerende) begeleiding conform de richtlijn. Het is volgens de projectgroep belangrijk dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kennis hebben over de neuro-endocriene benadering, zodat zij op de hoogte zijn van dit verklaringsmodel voor de cognitieve problemen en de vermoeidheid die mensen met overspanning en met name burn-out ervaren.

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

1 Nieuwe definitie burn-out

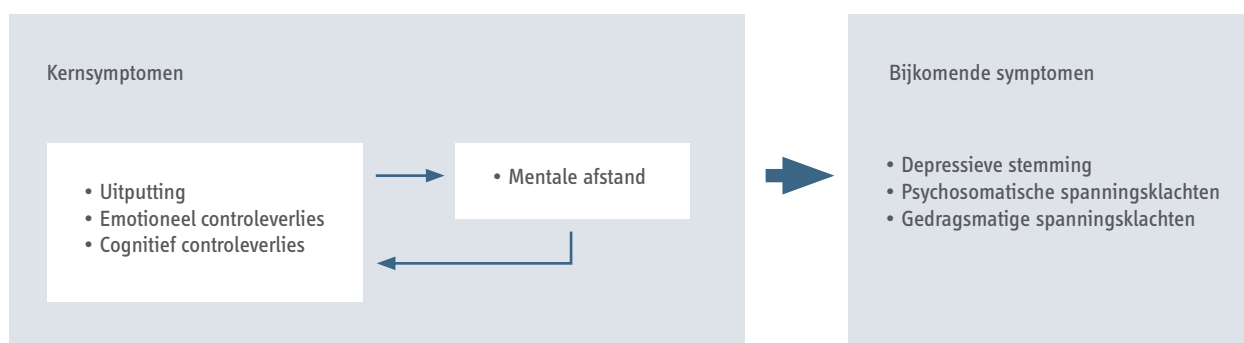
Aan de onderzoeksgroep Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie van de KU Leuven vindt sinds 2016 een onderzoeksproject plaats over (de meting van) burn-out (zie ook de informatie over de [Burn-out Assessment Tool](#) in paragraaf 3.3). Hiervoor werden diverse diepte-interviews afgenomen met praktijkexperten in België en Nederland en werd de literatuur bestudeerd.

Op basis van deze informatie werd een nieuwe definitie van burn-out uitgewerkt: *‘Burn-out is een werkgerelateerde⁹ aandoening die voorkomt bij werknemers die gedurende een langere periode productief en zonder problemen hebben gewerkt tot tevredenheid van zichzelf en anderen. Extreme vermoeidheid, controleverlies over emotionele en cognitieve processen én mentaal afstand nemen, kunnen gezien worden als de kernelementen van het syndroom. Het mentaal distantiëren kan gezien worden als een disfunctionele poging om verdere uitputting te voorkomen.*

Deze kernsymptomen worden vergezeld door secundaire symptomen, zoals een depressieve stemming, en gedragsmatige en psychosomatische spanningsklachten. Burn-out wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een disbalans tussen hoge werkeisen en onvoldoende hulpbronnen. Problemen in de privé sfeer of persoonlijke kwetsbaarheden hebben hierbij een faciliterende rol. Uiteindelijk leidt burn-out tot gevoelens van incompetentie en slechtere prestaties op het werk.’

Burn-out is volgens de onderzoekers (Desart, Schaufeli en De Witte, 2017) een dynamisch syndroom. Schematisch kan dat weergegeven worden zoals in figuur 1.

Figuur 1 Intrapersoonlijke dynamiek van burn-out



Op basis van de nieuwe definitie hebben zij een vragenlijst ontwikkeld, de BAT (Burn-out Assessment Tool). Het doel van dit instrument is om burn-out op te sporen. Deze is getest in België en Nederland.

Omdat dit model nog in onderzoek was tijdens de ontwikkelperiode van de herziene richtlijn, heeft de projectgroep geen vertaling gemaakt naar aanbevelingen voor de herziene richtlijn.

2 Capability-benadering

De capability-benadering is toegelicht in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.3) en de Lijst Werk Capabilities in dit hoofdstuk (paragraaf 3.2).

De projectgroep heeft besloten om in de aanbevelingen voor de herziene richtlijn de kern van het capability-begrip te verwerken. Dat betekent dat bij de procesmatige aanpak betrokken moet worden dat de werkende zich bewust wordt van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. Het gebruik van de Lijst Werk Capabilities bij de oriëntatie op de situatie is in de aanbevelingen van dit hoofdstuk opgenomen.

9 De auteurs geven aan dat werk breder opgevat moet worden dan enkel het verrichten van betaalde arbeid. In psychologische zin is arbeid op te vatten als elke gestructureerde en doelgerichte activiteit die een verplicht karakter heeft en als doel heeft om de fysieke of sociale omgeving of zichzelf te transformeren (Schaufeli & Taris, 2005). Hierdoor kunnen ook bijvoorbeeld studies, vrijwilligerswerk of professionele sportactiviteiten onder de noemer ‘werk’ vallen. Deze vormen van werk worden weliswaar niet betaald, maar ze vertonen er wel de psychologische kenmerken van.

ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT

De reeds benoemde Generieke Module Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016) doet ook aanbevelingen voor de diagnostische fase:

- Patiënt aanspreken op 'gezonde' en sterke kanten en kwaliteiten
- Daarnaast aandacht voor wat last geeft
- Samen met patiënt hypothese formuleren:
 - Wat is er met je gebeurd?
 - Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid?
 - Wat wil je bereiken?
 - Wat heb je nodig?

De projectgroep heeft mede door de inbreng van de patiëntvertegenwoordigers en een expert besloten dat de focus op zelfregie en zelfmanagement in de herziene richtlijn vorm moeten krijgen in de werkwijze bij de oriëntatie op de situatie en diagnose.

3.5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

CONCLUSIES

Basis werkwijze bij de oriëntatie op de situatie en diagnose

Veel werkenden doorlopen het proces 'spontaan'. Bij deze groep volstaat het om hun eigen werkzaamheid en zelfregie te bekrachtigen en het proces te (blijven) monitoren, zodat eventuele stagnatie tijdig gesignaleerd wordt. Stagnatie kan in iedere fase optreden. Bij een ongestoord, 'spontaan' beloop is de bedrijfsarts of de verzekeringsarts terughoudend met diagnostiek en steunt de werkende op zo'n manier, dat de zelfregie wordt versterkt en niet wordt overgenomen. Bij stagnatie vindt uitgebreidere inventarisatie, oriëntatie en diagnostiek plaats.

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) hebben voor de oriëntatie op de situatie een aantal instrumenten ter beschikking. Allereerst is dat de anamnese. Om het patiëntenperspectief en zelfmanagement goed vorm te geven, wordt motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering aanbevolen.

Aan het einde van de oriëntatie op de situatie en diagnose wordt samen met de werkende, en in afstemming met de werkomgeving, een hypothese geformuleerd.

Aanvullende werkwijze bij de oriëntatie op situatie

Uitlokkende en onderhoudende werkfactoren

Om de uitlokkende en onderhoudende werkfactoren in beeld te brengen en stagnatie nader uit te vragen kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen naast de kernanamnese een aantal vervolgvragen stellen.

Psychosociale factoren waarvan is aangetoond dat die kunnen bijdragen aan het ontstaan van overspanning zijn:

- hoge psychologische taakeisen (tijdsdruk, werktempo, geestelijk inspannend werk)
- weinig taakautonomie (controle die een werkende heeft over zijn taken en/of het vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden)
- weinig sociale steun van collega's
- weinig sociale steun leidinggevende
- onrechtvaardigheid binnen de organisatie en/of binnen de relatie met leidinggevenden
- hoge emotionele taakeisen (met name voor mannen) (vorige hoge kwaliteit bewijs, deze redelijk)

Wanneer er onduidelijkheid is over welke waarden en doelen de werkende in het werk heeft of wil bereiken, kan de bedrijfsarts of de verzekeringsarts de Lijst Werk Capabilities gebruiken.

Beoordelen van (werk)functioneren

Bij het beoordelen van het (werk)functioneren kunnen de cognitieve problemen en de vermoeidheid verder in kaart worden gebracht. Voor het beoordelen van het cognitief functioneren kunnen de volgende elementen in kaart gebracht worden: concentratie, aandacht, geheugen, overzicht houden, besluitvaardigheid, informatie verwerken, meervoudige/-complexe taken uitvoeren, plannen, structureren en prioriteren (uit de richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen).

Een aanvullende vragenlijst, namelijk de verkorte en gevalideerde WHODAS 2.0 (12 vragen) is nog niet onderzocht. Daarom neemt de projectgroep over het gebruik van deze lijst geen aanbevelingen op in de richtlijn.

Aanvullende werkwijze bij de oriëntatie op diagnose

Om onderscheid te maken én verbanden te leggen tussen spanningsklachten (distress), angstklachten, depressieve klachten en somatisatie (veel lichamelijke klachten) is de 4DKL geschikt. De BAT (Burn-out Assessment Tool) was nog in ontwikkeling tijdens het herzieningstraject van deze richtlijn. Daarom neemt de projectgroep over het gebruik van deze lijst geen aanbevelingen op in de richtlijn.

Zelfmanagement

De gespreksvoeringstechnieken zijn vanaf het begin van de begeleiding gericht op het vergroten van zelfmanagement (motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte benadering). Dit betekent dat tijdens de oriëntatie op de situatie en diagnose de bedrijfsarts en de verzekeringsarts de werkende en de werkomgeving aanspreken op 'gezonde' en sterke kanten en kwaliteiten. Daarnaast is er aandacht voor factoren die de werkende en/of de werkomgeving last geven. Ten slotte wordt samen met de werkende (en ook met de werkomgeving) een werkhypothese geformuleerd.

AANBEVELINGEN

- ▶ Bij de algemene anamnese hanteert de bedrijfsarts of de verzekeringsarts motiverende of oplossingsgerichte gesprekstechnieken.
- ▶ Om het cognitief functioneren (aanvullend) te inventariseren, brengen de bedrijfsarts en de verzekeringsarts de volgende kernelementen in kaart: Concentratie, aandacht, geheugen, overzicht houden, besluitvaardigheid, informatie verwerken, meervoudige/complexen taken uitvoeren, plannen, structureren en prioriteren.
- ▶ Wanneer er stagnatie optreedt, dan is uitgebreidere inventarisatie en diagnostiek aangewezen wat betreft:
 - oorzakelijke, uitlokkende, onderhoudende factoren en (weggevalen) hulpbronnen
 - situationele en medische diagnose
 - risicofactoren
 - factoren die oplossingen in de weg staanHiervoor kunnen de Lijst Werk Capabilities en de 4DKL als hulpmiddel gebruikt worden.
- ▶ Om onderscheid te maken én verbanden te leggen tussen spanningsklachten (distress), angstklachten, depressieve klachten en somatisatie (veel lichamelijke klachten) kan de bedrijfsarts of de verzekeringsarts als aanvulling op de anamnese de 4DKL gebruiken.
- ▶ Wanneer sprake is van stagnatie vindt een vervolcontact plaats om te checken of de ingezette interventie en/of verwijzing daadwerkelijk het herstelproces bevordert
- ▶ Blijft stagnatie aanhouden of treedt opnieuw stagnatie op dan
 - vindt overleg met de huisarts plaats
 - en/of vindt overleg plaats met de behandelaarom diagnostiek en/of beleid te heroverwegen en het herstelproces van betrokkene vlot te trekken
- ▶ Op basis van de procesdiagnostiek, oriëntatie op de situatie en diagnose formuleert de bedrijfsarts of de verzekeringsarts samen met de werkende de (voorlopige) werkhypothese. Deze bestaat uit:
 - de proces-, situationele en klinische diagnose
 - en de gewenste verandering (wat wil de werkende bereiken en wat heeft deze daarvoor nodig?)

4 INTERVENTIES

Uitgangsvraag

Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out?

Voor de herziening van de richtlijn is gezocht naar interventies die effectief zijn bij werkenden met overspanning of burn-out. De manier waarop het literatuuronderzoek is uitgevoerd, wordt beschreven in [bijlage 2](#). Er is wetenschappelijke literatuur gevonden over interventies gericht op klachtenreductie, maar nauwelijks over interventies met de focus op terugkeer naar werk. Daarom is er in tweede instantie ook gekeken naar interventies gericht op terugkeer naar werk bij werkenden met Common Mental Disorders (CMD). Hieronder volgt eerst een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek. Daarna volgt een uitgebreidere beschrijving van de literatuur.

SAMENVATTING LITERAATUUR

VERMINDERING VAN KLACHTEN

Uit de literatuur-update blijkt dat voor het verminderen van burn-outklachten bij artsen organisatiegerichte interventies effectiever zijn dan persoonsgerichte interventies; deze bevinding is echter niet generaliseerbaar naar de gehele werkende bevolking. CGT heeft waarschijnlijk meer effect op het verminderen van overspanningsklachten dan OGT, maar dit is gebaseerd op één studie. Ten slotte zijn acupunctuur en een specifiek voedingssupplement mogelijk effectief bij het verminderen van stressklachten, maar ook deze bevindingen zijn slechts gebaseerd op één studie.

Voor vermindering van klachten zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de volgende interventie- en controlegroepen; hiervoor is kwalitatief redelijk tot hoog bewijs (GRADE):

- OGT versus gebruikelijke zorg (hoog)
- Participatieve OGT versus OGT (redelijk)
- Qigong versus wachtlijst (redelijk)
- CGT versus gebruikelijke zorg (redelijk)
- Interventies die interpersoonlijke zachte vaardigheden trainen (redelijk)
- Psychosociale therapie heeft waarschijnlijk een niet-klinisch relevant effect op burn-outklachten. (redelijk)

TERUGKEER NAAR WERK

Een interventie gericht op terugkeer naar werk vergroot de uiteindelijke kans op terugkeer naar werk waarschijnlijk niet of nauwelijks, maar kan wel het aantal ziekteverlofdagen tot aan terugkeer naar werk met gemiddeld 13 dagen bekorten. Verder kan OGT waarschijnlijk gedeeltelijke (maar geen volledige) terugkeer naar werk bevorderen. Het aan CGT toevoegen van een gesprek tussen werkende, leidinggevende en zorgverlener over het oplossen van werkproblemen lijkt nauwelijks effect te hebben op terugkeer naar werk. Voor een aantal uiteenlopende interventies is te weinig bewijs gevonden om goede conclusies te kunnen trekken.

Voor terugkeer naar werk zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de volgende interventie- en controlegroepen; hiervoor is bewijs van redelijke kwaliteit (GRADE):

- CGT versus gebruikelijke zorg
- OGT versus CGT
- Participatieve OGT versus OGT

BESCHRIJVING LITERATUUR

In de volgende paragrafen volgt een uitgebreide beschrijving van de literatuur: eerst die over interventies gericht op overspanningsklachten, dan burn-outklachten en ten slotte terugkeer naar werk.

INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN OVERSPANNINGSKLACHTEN

Uit de literatuurstudie die door het Coronel Instituut is uitgevoerd (Rongen et al., 2015) komt naar voren dat oplossingsgerichte therapie (OGT) voor het verminderen van overspanningsklachten niet effectiever is dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts. Verder is participatieve OGT, een op terugkeer naar werk gerichte interventie waarbij werkende en leidinggevende samen een plan maken voor terugkeer naar werk, waarschijnlijk niet effectiever dan OGT zonder participatieve aanpak. Uit één studie blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) niet effectiever is dan geen behandeling, maar vergeleken met OGT bleek CGT wel effectiever. Verder lijkt CGT niet effectiever dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts. Eén studie laat zien dat acupunctuur voor het verminderen van overspanningsklachten waarschijnlijk effectiever is dan geen interventie. Voor een aantal andere interventies, waaronder stress-inoculatietraining, acceptatie-en-commitment-training en mindfulness, is te weinig bewijs om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit.

Tenslotte onderzochten Beck et al. (2015) in een RCT (interventie N=13, wachtlijst N=7) met een hoog risico op vertekening het effect van Guided Imagery and Music (GIM)-therapie op het verminderen van waargenomen stress. Bij GIM-therapie gebruikt men klassieke muziek om innerlijke verbeelding te stimuleren, wat weer moet zorgen voor persoonlijk inzicht en verandering. Voor het verminderen van waargenomen stress bleek GIM niet effectiever dan op een wachtlijst staan (ES=0.70, 95% BI -0.21, 1.60).

HOOG GRADE

Voor het verminderen van overspanningsklachten is Oplossingsgerichte Therapie (OGT) niet effectiever dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts.

Rongen 2015

REDELIJK GRADE

Voor het verminderen van overspanningsklachten:

- is Participatieve Oplossingsgerichte Therapie (OGT) niet effectiever dan OGT zonder participatieve aanpak
- is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) effectiever dan Oplossingsgerichte Therapie (OGT), maar niet effectiever dan geen behandeling
- is acupunctuur effectiever dan geen interventie

Rongen 2015

**LAAG
GRADE**

Voor het verminderen van overspanningsklachten:

- is CGT niet effectiever dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts
- zijn stress-inoculatietraining en acceptatie-en-commitment-training effectief
- is fysieke relaxatie niet effectiever dan CGT

Rongen 2015

Voor het verminderen van waargenomen stress is Guided Imagery and Music-therapie niet effectiever dan op een wachtlijst staan.

Beck 2015

**ZEER LAAG
GRADE**

Voor het verminderen van overspanningsklachten:

- is een gesprek over terugkeer naar werk effectiever dan geen interventie
- is mindfulness effectief
- is multicomponent-interventie binnen niet effectiever dan buiten

Rongen 2015

INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN BURN-OUTKLACHTEN

Panagioti et al. (2016) hebben een systematische review en meta-analyse van hoge kwaliteit gedaan met 19 studies (20 interventies) om de effectiviteit te bepalen van persoons- en organisatiegerichte interventies, ontwikkeld voor het verminderen van burn-out bij artsen (N=1550), al dan niet met ziekteverlof. De persoonsgerichte interventies (N=12) waren op mindfulness gebaseerde stressreductietechnieken of educatieve interventies gericht op zelfvertrouwen en/of communicatietechnieken en/of bewegen. Van de organisatiegerichte interventies (N=8) bestonden er vijf uit het aanpassen van werkrooster en/of werkbelasting. De overige drie bevatten discussie-bijeenkomsten gericht op het verbeteren van samenwerking en leiderschap en op het bewerkstelligen van structurele veranderingen, maar ook elementen van persoonsgerichte interventies zoals training van communicatieve vaardigheden en mindfulness. Alle onderzochte interventies samen bleken geassocieerd met een kleine significante vermindering in burn-out (SMD=-0.29, 95% BI -0.42, -0.16). Organiseatiegerichte interventies (SMD= -0.45, 95% BI -0.62, -0.28) bleken effectiever dan persoonsgerichte interventies (SMD= -0.18, 95% BI -0.32, -0.03). Echter, doordat de onderzoekspopulatie uit artsen bestond, zijn de bevindingen niet generaliseerbaar naar de gehele werkende bevolking.

Maricutoiu et al. (2016) onderzochten in een kwalitatief goede meta-analyse met 47 studies de effectiviteit van interventies (vnl. persoonsgericht, veel groepsinterventies) op het verminderen van burn-out bij werknemers, al dan niet met ziekteverlof. Alle onderzochte interventies hadden een klein effect op burn-out (d=0.22, 95% BI 0.08, 0.37). Voor het verminderen van uitputting bleken interventies gebaseerd op meditatie- en relaxatietechnieken (d=0.51, 95% BI 0.11, 0.91) en interventies voor het ontwikkelen van zgn. rol-/werkgerelateerde 'harde' vaardigheden (d=0.39, 95% BI -0.01, 0.79) het meest effectief; op cognitieve gedragstherapie (CGT) gebaseerde interventies hadden een zeer klein effect op uitputting (d=0.15, 95% BI -0.01, 0.31). Daarnaast bleek dat interventies die de interpersoonlijke 'zachte' vaardigheden van werkenden beogen te trainen geen effect hebben op uitputting (d=-0.01, 95% BI -0.22, 0.20) en dat interventies gebaseerd op CGT niet effectief zijn voor het verminderen van de burn-outdimensie depersonalisatie (d=-0.01, 95% BI -0.23, 0.21).

Uit de studie van Rongen et al. (2015) blijkt dat voor het verminderen van uitputting psychosociale therapie waarschijnlijk effectiever is dan geen interventie. Voorts blijkt uit één studie dat inname van een specifiek voedingssupplement – nl. een combinatie van casozepine, taurine, eleutherococcus senticosus en extramel (Jacquet, Grolleau, Jove, Lassalle & Moore, 2015) – waarschijnlijk effectiever is dan placebo voor het verminderen van burn-outklachten. Verder laat één studie zien dat Qigong – fysieke oefeningen volgens een Chinese leer methode gericht op lichaamsenergiestromingen en ademhaling – waarschijnlijk niet effectiever is voor het verminderen van burn-outklachten dan op een wachtlijst staan.

Ten slotte is er (zeer) lage kwaliteit van bewijs gevonden voor de mate van effectiviteit van enkele samengestelde interventies.

**HOOG
GRADE**

Voor het verminderen van burn-outklachten bij artsen zijn organisatiegerichte interventies effectiever dan persoonsgerichte interventies.

Panagioti 2016

**REDELIJK
GRADE**

Voor het verminderen van uitputting is psychosociale therapie effectiever dan geen interventie.

Rongen 2015

Voor het verminderen van uitputting zijn interventies die interpersoonlijke ‘zachte’ vaardigheden beogen te trainen niet effectief.

Maricutoiu 2016

Voor het verminderen van depersonalisatie zijn interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) niet effectief.

Maricutoiu 2016

Voor het verminderen van burn-outklachten bij artsen zijn interventies gericht op het verminderen van burn-outklachten bij artsen enigszins effectief.

Panagioti 2016

Voor het verminderen van burn-outklachten is inname van een specifiek voedingssupplement effectiever dan inname van een placebo.

Rongen 2015

Voor het verminderen van burn-outklachten is Qigong niet effectiever dan op een wachtlijst staan.

Rongen 2015

**ZEER LAAG
GRADE**

Voor het verminderen van burn-outklachten hebben alle interventies (persoonsgericht, organisatiegericht, individueel en in een groep) een klein effect.

Maricutoiu 2016

Voor het verminderen van burn-outklachten:

- is CGT met fysieke relaxatie effectiever dan alleen fysieke relaxatie
- is fysieke relaxatie niet effectiever dan CGT
- is multimodale stress-revalidatie met cognitieve training via de computer niet effectiever dan alleen multimodale stress-revalidatie

Rongen 2015

INTERVENTIES GERICHT OP WERKGERICHTE UITKOMSTMATEN

Nigatu et al. (2016) deden een systematische review en meta-analyse van hoge kwaliteit met 16 studies, om te bepalen in hoeverre interventies die de terugkeer naar werk moeten bevorderen effectief zijn bij werknemers met een psychische aandoening (CMD). De meeste interventies hadden gemeenschappelijke elementen, zoals CGT, stressvermindering en het ontwikkelen van het probleemoplossend vermogen. Deze strategieën zijn gericht op het bevorderen van de dialoog op de werkplek en het aanpakken van persoonlijke barrières bij terugkeer naar werk. Uit de meta-analyse blijkt dat interventies gericht op terugkeer naar werk niet effectiever zijn voor het bevorderen van terugkeer naar werk dan gebruikelijke zorg (N=3345, RR=1,05, 95% BI 0,97, 1,12), maar dat ze wel het aantal ziekteverlofdagen tot aan terugkeer naar werk met gemiddeld 13 dagen kunnen verminderen (N=1230, MD=-13,38, 95% BI -24,07, -2,69).

Uit de studie van Rongen et al. (2015) blijkt dat CGT voor het bevorderen van een gedeeltelijke terugkeer naar werk niet effectiever is dan geen interventie. Verder is OGT in vergelijking met gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts, waarschijnlijk niet effectiever voor het bevorderen van volledige maar wel voor gedeeltelijke terugkeer naar werk.

Voor beide vormen van terugkeer naar werk is OGT echter niet effectiever dan CGT. Voor volledige terugkeer naar werk is participatieve OGT waarschijnlijk niet effectiever dan OGT zonder participatieve aanpak.

Voor een aantal andere interventies is er bewijs van lage kwaliteit dat deze niet effectief zijn voor (gedeeltelijke) terugkeer naar werk; zo is CGT niet effectiever dan geen behandeling of een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk. Ook CGT met fysieke relaxatie is niet effectiever dan fysieke relaxatie alleen in het bevorderen van een gedeeltelijke of volledige terugkeer naar werk. Verder blijkt individuele CGT niet effectiever dan groeps-CGT in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk.

Ten slotte leidt een stressmanagement-interventie in combinatie met gebruikelijke zorg (o.a. wachtlijst, informatie over stress, slaap- en depressie medicatie, psychotherapie, relaxatie, lichaamsbeweging, en re-integratie in de werkomgeving), niet tot een snellere terugkeer naar werk dan alleen gebruikelijke zorg. Het bewijs hiervoor is echter van zeer lage kwaliteit.

Dalgaard et al. (2017) onderzochten in een RCT (interventie = 58, controle = 56; met een hoog risico op vertekening) het effect van een stressmanagement-interventie op duurzame werkhervatting (minimaal vier aaneengesloten weken aan het werk) bij patiënten met werkgerelateerde stress-klachten. De interventie bestond uit CGT met focus op klachtenreductie, het versterken van copingvaardigheden en het faciliteren van werkhervatting. De interventie kon optioneel worden aangevuld met een werkplekinterventie, bestaande uit gesprekken met patiënt, psycholoog en leidinggevende over de aanpak van stressoren. De interventiegroep bleek ca. vier weken eerder duurzaam aan het werk te zijn dan de controlegroep (HR = 1.57, 95% BI 1.01, 2.44).

De Weerd et al. (2016) onderzochten in een RCT met 60 werknemers met een CMD het effect van CGT aangevuld met een 'convergence dialogue meeting' – een gesprek tussen werknemer, leidinggevende en zorgverlener over oplossingen voor problemen op het werk – in vergelijking met alleen CGT. Er was geen significant verschil tussen de twee onderzoeksgroepen op tijd tot terugkeer naar werk (dagen verschil = 12.348, 95% BI -13.075, 37.770), volledige terugkeer naar werk (dagen verschil = -41.239, 95% BI -94.200, 11.722) en de kans op terugkeer naar werk (OR = 1.066, 95% BI 0.310, 2.842). Ook op de uitkomstmaat psychische gezondheid was er geen significant verschil (MD= -3,243, 95% BI -27,835, 21,350).

**HOOG
GRADE**

Voor het verminderen van het aantal ziekteverlofdagen tot aan terugkeer naar werk bij Common Mental Disorders (CMD) hebben interventies gericht op terugkeer naar werk een klein effect.

Nigatu 2016

**REDELIJK
GRADE**

Voor terugkeer naar werk (% werknemers dat na een bepaalde periode tussen de drie en achttien maanden het werk heeft hervat) bij Common Mental Disorders (CMD) zijn interventies gericht op terugkeer naar werk niet effectiever dan gebruikelijke zorg.

Nigatu 2016

Voor het bevorderen van een gedeeltelijke terugkeer naar werk:

- is cognitieve gedragstherapie (CGT) niet effectiever dan geen interventie
- is oplossingsgerichte therapie (OGT) effectiever dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts
- is OGT niet effectiever dan CGT

Voor het bevorderen van een volledige terugkeer naar werk:

- is oplossingsgerichte therapie (OGT) niet effectiever dan gebruikelijke zorg door huisarts of bedrijfsarts
- is OGT niet effectiever dan CGT
- is participatieve OGT niet effectiever dan OGT zonder participatieve aanpak

Rongen 2015

**LAAG
GRADE**

Voor het bevorderen van duurzame werkhervatting (≥ 4 weken) is cognitieve gedragstherapie (CGT) met focus op klachtenreductie, copingvaardigheden en terugkeer naar werk effectiever dan geen interventie.

Dalgaard 2017

Voor volledige terugkeer naar werk, tijd tot terugkeer naar werk en de kans op terugkeer naar werk bij CMD is cognitieve gedragstherapie (CGT) aangevuld met een 'convergence dialogue meeting' – een gesprek tussen werknemer, leidinggevende en zorgverlener over oplossingen voor problemen op het werk – niet effectiever dan alleen CGT.

De Weerd 2016

Voor volledige terugkeer naar werk:

- is CGT niet effectiever dan geen behandeling of een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn
- is individuele CGT niet effectiever dan CGT in een groep

Voor terugkeer naar werk is CGT met fysieke relaxatie niet effectiever dan alleen fysieke relaxatie.

Rongen 2015

**ZEER LAAG
GRADE**

Voor terugkeer naar werk is een stressmanagement-interventie met gebruikelijke zorg niet effectiever dan alleen gebruikelijke zorg.

Rongen 2015

OVERIGE OVERWEGINGEN

ZELFMANAGEMENT

De Zorgstandaard Aanpassingsstoornis incl. O&B (2017a) benadrukt het belang van zelfmanagement:

Bij zelfmanagement en passende zorg staan de patiënt en zijn herstel centraal. Samen met de zorgverlener stelt de patiënt vast wat hij zelf kan en wil doen en waar (tijdelijk) aanvullende zorg en ondersteuning nodig zijn, om zo zelfstandig mogelijk, met zo weinig mogelijk hulp, het eigen leven op te pakken en in te vullen. De zorgverlener biedt (informatie over) praktische ondersteuning en versterkt zo het keuzeproces van de patiënt. Dit vereist een samenwerking tussen zorgverlener en patiënt die gericht is op het opbouwen van vertrouwen, meer zeggenschap bij de patiënt en minder zorgafhankelijkheid. De patiënt is leidend in de vormgeving van de samenwerking; de zorgverlener kan dit ondersteunen door vanuit zijn professionele kennis te helpen met inrichten van het herstelproces en door zo nodig de kaders aan te geven van wat mogelijk is. Verder kan dit ook door de juiste vragen te stellen en door naar boven te halen wat al in iemand aan herstelpotentie aanwezig is, al dan niet bewust.

Herstel is onlosmakelijk verbonden met de omgeving van een patiënt. Contact van patiënt met familie, partner en vrienden, maar ook lotgenoten, vrijwilligers en zelfstudie, zijn dus van belang. Bij werkenden is contact blijven houden met het werk belangrijk.

Zorgverleners zijn op de hoogte van het (regionale) zelfzorgaanbod en adviseren hierover. Het gaat hierbij onder andere om herstelwerkgroepen, e-health, ‘blended’ aanbod (gecombineerd digitaal en face-to-face aanbod) en websites waarop kennis en ervaringen worden uitgewisseld en gelijkgestemden elkaar kunnen treffen. De praktische toepassingen van zelfmanagement bij A-OB worden beschreven in paragraaf 5.2.2. Zie voor meer informatie www.platformggz.nl, zoekterm zelfmanagement en de generieke module Zelfmanagement.

BEWEGEN

Er zijn aanwijzingen dat lichaamsbeweging kan bijdragen aan het verminderen van psychische klachten, overspanning en burn-out.

In haar proefschrift ‘Exercise as intervention to reduce burn-out’ onderzocht De Vries (2017) of lichaamsbeweging werkgerelateerde vermoeidheid kan verminderen. In twee RCT’s, een met studenten en een met werkenden die sterk vermoeid waren, maar nog wel studeerden resp. werkten, vergeleek zij het effect van een interventie (lichaamsbeweging) met een wachtlijstconditie. De interventie bestond uit zes weken begeleid (twee keer per week een uur) en onbegeleid (een keer per week een uur) hardlopen op een lage intensiteit. De hardloopinterventie leidde tot een vermindering van studiegerelateerde vermoeidheid (kleine tot middelgrote effectgrootten) resp. werkgerelateerde vermoeidheid (middelgrote effectgrootten). Bij follow-up na twaalf weken werden nog kleine verdere verbeteringen in studie- en werkgerelateerde vermoeidheid gevonden. Bij degenen die gedurende die twaalf weken fysiek actief bleven, nam de fysieke fitheid toe (studenten) en de herstelbehoefte af (werknemers).

De Vries adviseert in haar proefschrift om bij werkgerelateerde vermoeidheid regelmatig aan lichaamsbeweging te doen en de intensiteit ervan geleidelijk aan op te bouwen. Zij beveelt werkgevers aan om werknemers (preventief) de mogelijkheid te bieden op het werk te sporten of mee te doen aan een beweegprogramma.

Ook de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk (2017b) beveelt lichaamsbeweging aan bij psychische klachten. Er is een lage kwaliteit van bewijs gevonden dat beweging bij patiënten met een depressie een matig positief effect op de klachten heeft in vergelijking met een controlegroep zonder specifieke interventie. Vanwege de positieve effecten van bewegen op gezondheid in het algemeen adviseert de werkgroep van de Generieke module ondanks het ontbreken van bewijs bij psychische klachten om met de patiënt fysieke activiteiten en beweging te bespreken, afgestemd op persoonlijke voorkeuren.

Ten slotte adviseert de NHG-Standaard Overspanning en burn-out fysieke activiteit (wandelen, zwemmen of fietsen), sport of runningtherapie (hardlopen onder begeleiding van een gespecialiseerde (fysio)therapeut), omdat dit kan bijdragen aan klachtenvermindering en een betere conditie. Ook de NHG-standaard raadt aan bij dit advies rekening te houden met fysieke gesteldheid/belastbaarheid, belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

Perspectief van de werkende en de rol van de leidinggevende

Joosen et al. (2017) deden kwalitatief onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij terugkeer naar werk bij Common Mental Disorders (CMD). Hiertoe werden de perspectieven van werkenden, psychologen, bedrijfsartsen, huisartsen en leidinggevenden in kaart gebracht.

Uit de focusgroepen van (arbo)professionals bleek dat men het behoorlijk eens was over de belemmerende en bevorderende factoren. De belangrijkste thema’s waren: motivatie om weer aan de slag te gaan vs. emoties, cognities en coping, het soort werk waarnaar

men terug gaat, een veilige en stigmavrije werkomgeving, ondersteuning op maat en samenwerking tussen (arbo)professionals.

Uit de interviews met werkenden met CMD kwam naar voren dat ze de hoge werkdruk als belangrijkste oorzaak van hun ziekteverzuim zagen. Met name werkenden die langer verzuimden, gaven aan de inhoud van hun werk niet leuk, waardevol en zingevend meer te vinden.

Volgens de werkenden zijn belangrijke factoren die terugkeer naar werk vergemakkelijken: het bevorderen van zelfbewustzijn en leren grenzen stellen, een steunende en begripvolle leidinggevende, de controle terugkrijgen door herstelbevorderende activiteiten en waardevol werk doen. Werkenden die korter verzuimden, bleken meer plezier in hun werk te hebben en meldden vaker dat ze een prettige werkomgeving en een begripvolle leidinggevende hadden. Ze bleken ook meer herstelbevorderende activiteiten te ondernemen dan werkenden die langer verzuimden. Die laatsten hadden meer ondersteuning nodig om inzicht te krijgen in hun wensen op het gebied van werk.

Joosen et al. (2017) doen de volgende aanbevelingen:

Leidinggevenden spelen een cruciale rol in het proces van terugkeer naar werk. Daarom is het belangrijk dat zij de kennis en vaardigheden ontwikkelen om werkenden met CMD goed te kunnen ondersteunen (ook preventief). Daarnaast is het van belang dat (arbo-) professionals goed samenwerken om het proces van terugkeer naar werk zo goed mogelijk te laten verlopen.

Als interventie gericht op terugkeer naar werk wordt aanbevolen om werkenden te helpen bij het ontwikkelen van zelfbewustzijn en inzicht in hun persoonlijke wensen. Daarnaast is het belangrijk dat leidinggevenden en arboprofessionals een goed contact onderhouden met de werkende en mogelijke stagnatie in een vroeg stadium opmerken. Belangrijk is een aanpak op maat, waarbij de waarden en wensen op het gebied van werk worden besproken en de person-job-fit zoveel mogelijk wordt verbeterd. Ten slotte wordt geadviseerd de werkdruk serieus aan te pakken.

Het belang van contact tussen werkende en leidinggevende kwam al eerder naar voren in een studie van Nieuwenhuijsen et al. (2004), waaruit bleek dat een goede communicatie tussen leidinggevende en werknemer geassocieerd was met volledige terugkeer naar werk bij werkenden met psychische problemen (m.u.v. depressie).

In aansluiting hierop laten recente onderzoeksresultaten van Van Beurden et al. (2017) zien dat ook frequent contact tussen bedrijfsarts en werkgever/leidinggevende belangrijk is. Dit bleek volledige terugkeer naar werk significant te bespoedigen bij werkenden met CMD.

TOEPASSEN VAN DE RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN DOOR BEDRIJFSARTSEN

Uit onderzoeken rond de richtlijn blijkt dat de compliance op een aantal onderdelen beperkt is. Bedrijfsartsen blijken de richtlijn inhoudelijk niet goed te kennen (Lugtenberg e.a. 2016). Ze vinden het veel leeswerk, terwijl ze maar beperkt de tijd hebben voor het bestuderen van de richtlijn. Verder kwam naar voren dat externe barrières de uitvoering van de richtlijn belemmerden. Het ging om gebrek aan tijd, een beperkt aantal contacten met de werkende, onvoldoende afstemming en overleg met de werkgever, maar ook met behandelaars. In samenhang met het onderzoek van Lugtenberg, liet het onderzoek van Joosen e.a. (2015a) zien dat het richtlijngebruik ook na een gerichte training laag was, met name op de punten terugvalpreventie en contact met de werkgever, terwijl bedrijfsartsen zelf dachten dat ze de richtlijn redelijk tot goed volgden.¹⁰ Regelmatig (iedere vier weken) contact tussen bedrijfsarts en werkgever was significant geassocieerd met eerdere volledige, duurzame werkhervatting van werkenden (HR 1,87 (95% CI 1,10-3,16), $p = 0,021$). Uit deze onderzoeken komt het advies voor zeer heldere kernaanbevelingen voor professionals en het verminderen van organisatorische beperkingen, zodat professionals in staat worden gesteld om kwalitatief hoogwaardige bedrijfsgeneeskundige zorg te bieden. Arbodiensten en werkgevers moeten daarom betrokken worden bij de herziening van de richtlijn (van Beurden, 2016).

E-HEALTH

Hoewel in het literatuuronderzoek geen (blended) e-health-interventies naar voren kwamen, zijn er wel aanwijzingen dat die effectief kunnen zijn bij het bevorderen van terugkeer naar werk.

In een cluster RCT vergeleken Volker et al. (2015) het effect van een blended e-health-interventie met dat van gebruikelijke zorg bij werkenden met common mental disorders. De interventie bestond uit twee delen: een e-health-module voor de werkende, gericht op het veranderen van cognities m.b.t. terugkeer naar werk; daarnaast voor de bedrijfsarts een beslisthulp, die via e-mail adviezen gaf over behandeling en verwijzing. De interventie bleek een gedeeltelijke (maar geen volledige) terugkeer naar werk significant te bespoedigen.

In de NHG-Standaard Overspanning en burn-out (2018) wordt zelfhulp in de vorm van e-health (bij voorkeur gecombineerd met begeleiding door de huisarts/POH-GGZ) als generieke interventie aanbevolen.

MINDFULNESS

Hoewel er onzekerheid bestaat over de effecten van mindfulness bij patiënten met psychische klachten meldt de NHG-Standaard Overspanning en burn-out (2018) dat mindfulness mogelijk een positieve invloed heeft op de zelfredzaamheid van en (herstel van de) regie door de patiënt. De NHG-standaard adviseert daarom mindfulness te overwegen bij patiënten met overspanning of burn-out.

10 Actual knowledge examined by the knowledge-test showed that before the training 9.7% of the OPs had correctly answered 75% (or more) of the questions, versus 61.3% afterward ($p < .01$)

INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN VERMOEIDHEID BIJ BURN-OUT

Voor interventies gebaseerd op het biopsychosociale model, zoals bijvoorbeeld die van het Chronic Stress Reversal-centrum, is geen literatuur gevonden. De interventies zijn wel gebaseerd op veel evidence uit de stressfysiologie. Ze gaan uit van zowel een psychische als fysiologische oorzaak van burn-out, waarbij eerst fysiek herstel moet plaatsvinden voordat kan worden gewerkt aan herstel van het functioneren.

INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN COGNITIEVE PROBLEMEN BIJ BURN-OUT

Zoals eerder vermeld in hoofdstuk 3 blijkt uit de literatuur dat cognitieve problemen veel voorkomen bij werkenden met burn-out. Uit het literatuuronderzoek zijn echter geen interventies naar voren gekomen die specifiek aansluiten bij deze problematiek. Hoewel verondersteld mag worden dat interventies gericht op het verminderen van burn-outklachten ook effectief kunnen zijn voor herstel van cognitieve functies, is nader onderzoek nodig.

SAMENWERKING

De samenwerking tussen psychiaters, psychologen, huisartsen, POH-GGZ, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kan nog steeds verder verbeterd worden. Aandachtspunten uit de LESA Overspanning en burn-out (NGV, NVAB, LvE 2011):

- Om tot een goede afstemming te komen tussen de verschillende disciplines is het noodzakelijk overeenstemming te hebben over behandeldoelen, de gebruikte methodes en elkaars rol.
- Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig: vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet al voldoende om tot een goede afstemming in het behandelen te komen. Vooral bij stagnatie van het herstelproces worden overleg en afstemming aanbevolen.
- Zorg voor adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop.
- Overleg als er een verschil van mening tussen de behandelaars bestaat over de diagnose of het beleid.
- Motiveer bij arbeidsconflicten de patiënt om het conflict op de werkplek op te lossen en waak ervoor dat de behandelaars meegetrokken of uitgespeeld worden. De bedrijfsarts geeft aan de patiënt, andere behandelaars en de werkgever inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door bestending van 'het ziekteverzuim' een schijnoplossing ontstaat met een groot risico op langdurig verzuim en verlies van werk. De bedrijfsarts adviseert een onafhankelijke mediation of bemiddeling als na twee weken nog geen de-escalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn.

Voorwaarde voor informatieverstrekking is dat de patiënt gerichte toestemming geeft. Met deze toestemming kan informatie zowel schriftelijk als mondeling uitgewisseld worden tussen de betrokken behandelaars.

VERWIJSINDICATIES:

- Voor huisarts en bedrijfsarts of verzekeringsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, wanneer:
 - er stagnatie optreedt bij het herstel en de bedrijfsarts of huisarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen;
 - interventies van de bedrijfsarts of de huisarts om de stagnatie op te heffen onvoldoende resultaat hebben;
 - er twijfel is over de diagnose.
- Voor de eerstelijnspsycholoog en de huisarts bestaat een indicatie voor het inschakelen van de bedrijfsarts/verzekeringsarts, wanneer:
 - er sprake is van een arbeidsconflict;
 - er werkgerelateerde stressoren zijn die met de overspanning samenhangen;
 - werkgerelateerde factoren het herstel(proces) en/of de werkhervatting belemmeren.
- Voor de bedrijfsarts of de verzekeringsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de huisarts, wanneer:
 - oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstelproces vooral in de privésfeer liggen.
- Verwijzing naar de tweedelijns ggz is geïndiceerd:
 - bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de eerstelijnspsycholoog;
 - bij psychiatrische problematiek, waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn.

Als verwijzing plaatsvindt (binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn), geeft de projectgroep aan dat de patiënt binnen twee weken na verwijzing terecht moet kunnen bij de behandelaar naar wie verwezen wordt.

Voor interventies gericht op het werk/de werkomgeving, werken bedrijfsartsen en verzekeringsartsen samen met andere (arbo)deskundigen en/of schakelen deze in voor specifieke interventies. Het gaat dan met name om arbeids- en organisatie deskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkenden, arbeidsdeskundigen of arbeids- en organisatiepsychologen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

CONCLUSIES

De richtlijnversie van 2007 ging uit van een procesmatige en activerende aanpak. In de update van de literatuur zijn hiervoor geen contra-indicaties gevonden en wel indirecte positieve indicaties. De procesmatige aanpak is voor een belangrijk deel gebaseerd op de stress inoculation-training (Van der Klink en Van Dijk, 2003). Daarvan is effectiviteit aangetoond (met een lage Grade-scoring). Bovendien is de procesmatige aanpak bij uitstek geschikt voor het versterken van zelfregie, zelfdeterminatie en (werk) self-efficacy. Het positieve effect van deze concepten op burn-out en stressgerelateerde klachten is aangetoond (Fernet et al., 2004; Omholt et al., 2017; Lloyd et al., 2017). Over het algemeen lijkt een interventie, ongeacht het type, meestal wel enig effect op burn-outklachten te hebben. Veel interventies gericht op het verminderen van overspannings- en burn-outklachten of het bespoedigen van terugkeer naar werk zijn een vorm van CGT of OGT. De recente literatuur laat zien dat deze interventies met CGT of OGT vaak zijn vergeleken met zeer uiteenlopende controlecondities en met wisselende uitkomsten. Daarom kan (nog) geen eenduidige conclusie worden geformuleerd over de effectiviteit van CGT en OGT.

Ook de bevindingen uit onderzoek naar organisatiegerichte interventies en interventies gericht op terugkeer naar werk lopen uiteen of zijn moeilijk generaliseerbaar. Uit de overige overwegingen komt naar voren dat voor het bespoedigen van terugkeer naar werk een regelmatig contact tussen bedrijfsarts/verzekeringsarts en de werkende EN de werkomgeving nodig is. Het is cruciaal dat de bedrijfsarts/verzekeringsarts steeds het proces monitort en evalueert (ook bij verwijzing naar of interventies door andere zorg- of arboprofessionals). Goed contact tussen werkende en leidinggevende en een ondersteunende werkomgeving zijn ook essentiële randvoorwaarden voor terugkeer naar werk en duurzame inzetbaarheid. Het is daarom belangrijk de werkomgeving al vroeg in het re-integratieproces te betrekken. Werkdruk en werkbeleving zijn thema's die daarbij aan de orde moeten komen. Voor het bespoedigen van terugkeer naar werk zou een (blended) e-health-interventie kunnen worden overwogen. Ten slotte zouden werkenden die veel last hebben van vermoeidheid, baat kunnen hebben bij een op hun wensen aangepaste gedoseerde vorm van lichaamsbeweging. Ook mindfulness kan worden overwogen.

AANBEVELINGEN

- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen begeleiden de werkende op procesmatige wijze en ondersteunen daarmee het zelfmanagement van de werkende.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen betrekken de werkomgeving nadrukkelijk bij het herstel-/re-integratieproces.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen werken samen met andere deskundigen of schakelen andere deskundigen in, zoals arbeids- en organisatiedeskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkenden, arbeidsdeskundigen of arbeids- en organisatiepsychologen.
- ▶ Om terugkeer naar werk te bespoedigen kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aanvullend een (blended) e-health-interventie overwegen.
- ▶ Vooral als vermoeidheidsklachten op de voorgrond staan kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen een op lichaamsbeweging gerichte interventie adviseren.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen met de werkende bespreken dat mindfulness bij sommige mensen een positief effect heeft.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen verwijzen op indicatie naar de huisarts, psycholoog of een ggz-behandelaar.

WAT TE DOEN BIJ STAGNATIE?

Om na te gaan welke interventies aangewezen zijn bij stagnatie bij overspanning en burn-out werd in de recente literatuur een antwoord gezocht op uitgangsvraag 5:

Uitgangsvraag 5

Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out waarbij sprake is van stagnatie?

In het literatuuronderzoek dat de kerngroep heeft uitgevoerd, is echter geen literatuur gevonden over effectieve interventies bij stagnatie in het herstel bij werkenden met overspanning of burn-out.

Bij stagnatie adviseert de werkgroep om te handelen volgens de werkwijze zoals beschreven in hoofdstuk 2, namelijk met de 4DKL (bijlage 3) en de Lijst Werk Capabilities (bijlage 5) de Lijst Werk Capabilities kan ook al een rol spelen in de oplossingsfase, de mate van stagnatie en oorzakelijke en onderhoudende factoren in beeld brengen.

Daarnaast doet de projectgroep de volgende aanbevelingen:

- ▶ Indiceer en initieer (generalistische of specialistische) interventies en zie toe op adequate uitvoering daarvan.
- ▶ Raadpleeg bij verwijzing de NVAB-Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts.
- ▶ Verwijs/delegeer zo nodig:
 - voor steunende en/of coachende interventies naar bedrijfsmaatschappelijk werker, psycholoog of psychiater;
 - voor verdergaande werkanalyses en (werkgerichte) interventies naar arbeids- en organisatiedeskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkenden, arbeidsdeskundigen of arbeids- en organisatiepsychologen.

WAT TE DOEN BIJ ANDERE DAN STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN?

Werkenden met een depressie

Voor het beleid bij werkenden met een depressie verwijzen wij naar de Richtlijn Depressie (NVAB, NVVG, GAV, 2016). Hierin zijn de risicofactoren voor werkgebonden depressie opgenomen en de aanbevelingen hoe deze aan te pakken, namelijk het bevorderen van regelmogelijkheden en het verminderen van werkstress, zero tolerance voor ongewenste omgangsvormen en een oplossing adviseren voor niet-passend werk. Verder wordt aanbevolen om allereerst zorg te dragen voor een adequate behandeling en afstemming met de behandelaar. Aanvullend zijn aanpassingen op het werk (taken, uren, begeleidingen) belangrijk. In het kader van stagnatie en/of terugvalpreventie zijn maatregelen gericht op de oorzakelijke of onderhoudende factoren nodig. Deze kunnen gericht zijn op persoonlijke factoren of factoren in de werkomgeving.

Werkenden met angstaandoening

Voor het beleid bij werkenden met een angst-aandoening verwijzen wij naar de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Van Balkom et al., 2013) en de Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Over werk en participatie is opgenomen dat werken in aangepaste taken een eerste stap is in het re-integratietraject naar werk in de oude of een nieuwe functie. Wanneer de ziekteoorzaak mede in het werk gelegen is, kunnen afspraken gemaakt worden over werkhervatting als onderdeel van de behandeling. Bij angstaandoeningen, en meer in het bijzonder sociale fobie, geldt dit des te meer. De werkgever en werknemer evalueren bij herhaling hoe het proces verloopt. De werkgever geeft mede op grond daarvan feedback over hoe het terugkeerproces verloopt, zowel naar de werknemer als naar de bedrijfsarts.

WAT TE DOEN BIJ ANDERE RISICFACTOREN?

Beleid bij werkenden met somatisatie¹¹

Voor het beleid bij werkenden met somatisatie verwijzen wij naar de Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK): <https://ggzstandaarden.nl>). Hierin staat een hoofdstuk over herstel, participatie en

11 Wij gebruiken hierbij de term somatisatie als het fenomeen waarbij de patiënt/werkende een lichamelijke vertaling geeft aan interactionele, psychosociale problematiek. De term verwijst hier dus niet naar de somatiestoornis zoals beschreven in de DSM.

re-integratie. De kernaanbeveling luidt om de algemene bedrijfsgeneeskundige principes voor werkhervatting bij lichamelijke klachten ook bij SOLK toe te passen:

- 1 Een benadering vanuit biopsychosociaal perspectief;
- 2 Een geleidelijke opbouw van activiteiten (vergelijkbaar met graded activity die de fysiotherapeut als behandeling kan inzetten) en werkzaamheden doordat aangepast werk en/of aangepaste uren beschikbaar komen;
- 3 Een schriftelijke overeenstemming tussen patiënt en zijn werkgever over het doel en het traject van werkhervatting;
- 4 Een start van het traject op het optimale moment, in principe tussen zes weken en drie maanden na het begin van het werkverzuim, met ruimte voor individuele variatie.

Beleid bij werkenden met een conflict

Voor het beleid bij werkenden met een conflict verwijzen wij naar de Richtlijn Arbeidsconflicten (NVAB, 2019). Hierin zijn de risicofactoren voor het ontstaan en de voorspellers voor het mogelijke beloop van een arbeidsconflict opgenomen. Ook staan de interventies beschreven, variërend van als bedrijfsarts zelf coachen/begeleiden van de conflictpartijen tot het inschakelen van mediation en/of adviseren over scheiden van de conflictpartijen. Ook wordt nader ingegaan op conflictmanagement op organisatieniveau.

Ongewenste omgangsvormen op het werk

Adviseer de volgende aanpak:

- 1 stel de norm (zero-tolerance)
- 2 draag de norm uit
- 3 geef als leidinggevende/HR het goede voorbeeld
- 4 grijp in en neem actie
- 5 bied steun aan de werkende die te maken heeft (gehad) met ongewenste omgangsvormen.

Hulpmiddelen voor deze aanpak zijn te vinden op <http://www.duurzameinzetbaarheid.nl>

Beleid bij werkenden met suïciderisico

Voor het beleid bij werkenden met suïciderisico verwijzen wij naar de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (NVvP NIP V&VN, 2012) en de Zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (www.ggzstandaarden.nl). Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort volgens de Zorgstandaard tot de basisvaardigheden van iedere arts, verpleegkundige, psycholoog en psychotherapeut die actief in de zorg werkzaam is. Oriënterend onderzoek omvat: contact maken; onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand (doorvragen!); stress- en kwetsbaarheidsfactoren in kaart brengen; naasten bij de zorg betrekken; een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen; en zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.

In de laatste fase van de ontwikkeling van deze richtlijn verscheen de Triagetool voor bedrijfsartsen bij suïcidepreventie. Deze is als bijlage opgenomen in de herziene richtlijn.

5 EVALUATIES EN TERUGVALPREVENTIE

5.1 INLEIDING

Zoals in dit achtergronddocument al eerder te lezen was, kwam uit onderzoek naar van Lugtenberg et al.(2016) naar voren dat bedrijfsartsen de NVAB richtlijn Psychische problemen (2007) niet goed volgen. In samenhang met het onderzoek van Lugtenberg, liet het onderzoek van Joosen et al. (2017) zien dat het richtlijngebruik ook na een gerichte training laag was, met name op de punten terugvalpreventie en contact met de werkgever, terwijl bedrijfsartsen zelf dachten dat ze de richtlijn redelijk tot goed volgden.¹²

5.2 TERUGVALPREVENTIE

Er zijn in de literatuur een aantal aandachtspunten gevonden over terugvalpreventie. Zo liet onderzoek van Van Beurden (2017), verricht in samenhang met de onderzoeken van Lugtenberg en Joosen, zien dat regelmatig (d.w.z. elke 4-5 weken in de eerste drie maanden van het verzuim en elke 7-8 weken gedurende de rest van het verzuim) contact tussen bedrijfsarts en werkgever significant samenhangt met een eerdere volledige, duurzame werkhervatting (HR 1,87 (95% CI 1,10-3,16), p = 0,021).

Arends e.a. (2014) onderzochten in een Controlled Clinical Trial een populatie van 158 werkenden met common mental disorders de voorspellende factoren voor terugval. Een bedrijfsgrootte van meer dan 100 medewerkers [odds ratio (OregR) 2.59, 95% confidence-interval (95% CI) 1.40-4.80] en conflicten met de leidinggevende (OR 2.21, 95% CI 1.21-4.04) voorspellen terugval in ziekteverzuim. Voor mensen met één of meer chronische aandoeningen was het risico op terugval juist kleiner (OR 0.54, 95% CI 0.30-0.96).

Arends (2013) deed ook onderzoek naar de SHARP-at work-methode (Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention, een vijfstappenmethode¹³ om problemen op het werk in kaart te brengen en op te lossen). Ze liet deze uitvoeren door bedrijfsartsen in een cluster-randomised controlled trial met een follow-up na 3, 6 en 12 maanden. Bedrijfsartsen werden in twee groepen verdeeld. De interventiegroep kreeg een 2-daagse training in de SHARP-at work methode. De andere groep bood gebruikelijke zorg.

12 Actual knowledge examined by the knowledge-test showed that before the training 9.7% of the OPs had correctly answered 75% (or more) of the questions, versus 61.3% afterward (p < .01)

13 De 5 stappen waren:

- 1 Inventariseren van de problemen en/of de kansen die je tegenkomt op het werk na werkhervatting
- 2 Brainstorm over oplossingen
- 3 Oplossingen opschrijven, samen met de steun die nodig is en onderzoek de toepasbaarheid van de oplossingen
- 4 Bespreken van de oplossingen en een actieplan maken met de leidinggevende
- 5 Evaluatie van het actieplan en de implementatie van de oplossingen

In de interventiegroep zaten 80 deelnemers en in de controlegroep 79. De incidentie van terugval was significant lager in de interventiegroep (OR 0.40, 95% CI 0.20 tot 0.81). De tijd tot terugval was significant langer in de interventiegroep 0.53 (95% CI 0.33 tot 0.86). Arends concludeert dat het verzuim in de eerste groep 60% lager was dan in de controlegroep. Wanneer er wel sprake was van een terugval, dan vond deze in de eerste groep gemiddeld 100 dagen later plaats dan in de controlegroep. Deze studie benadrukt het belang van voortdurende aandacht voor werkenden wanneer zij teruggekeerd zijn in werk na een periode van ziekteverzuim vanwege psychische problemen. De methode kan volgens Arends in de praktijk toegepast worden wanneer er goede afspraken gemaakt worden tussen bedrijfsartsen en werkgevers.

NIVEAU 3

Regelmatig contact tussen bedrijfsarts en werkgever hangt samen met een eerdere, duurzame werkhervatting

Van Beurden 2017

NIVEAU 3

Een bedrijfsgrootte van meer dan 100 medewerkers en conflicten met de leidinggevende vormen een voorspellende factor voor terugval. Het hebben van één of meer chronische aandoeningen vormt een bescherming tegen terugval.

Arends 2014

NIVEAU 3

Aandacht voor de werkende na werkhervatting vermindert de kans op terugval

Arends 2013

5.3 OVERIGE OVERWEGINGEN

BARRIÈRES EN OPLOSSINGSRICHTINGEN

Op basis van hun onderzoeken naar het gebruik van de richtlijn door bedrijfsartsen geven Lugtenberg et al. (2016), Joosen et al. (2017) en Van Beurden et al. (2017) aanbevelingen, zodat bedrijfsartsen kwalitatief hoogwaardige bedrijfsgeneeskundige zorg kunnen bieden. Zo is het belangrijk om zeer heldere kernaanbevelingen te maken en ook om de organisatorische barrières te verminderen. Deze barrières leiden tot gebrek aan tijd, beperkt aantal contacten met de werkende, onvoldoende afstemming en overleg met de werkgever, maar ook met behandelaars. Verder faciliteren IT-systemen waarmee bedrijfsartsen werken niet om volgens de richtlijn te werken. Uit de onderzoeken van Tranzo kwam ook naar voren dat werkenden die langer dan 6 maanden verzuimden vaak hun werk niet leuk, interessant of zinvol vonden. Dit betekent dat bij interventies gericht op terugval het werk/de werkomstandigheden betrokken moeten worden.

PROCESMATIGE BEGELEIDING

Zoals eerder in dit achtergronddocument is beschreven, is herstel een actief proces waarin de betrokkene zelf de grip en eigen regie opbouwt. De meeste werkenden doorlopen het proces 'spontaan' en daarbij is het in de procesrol belangrijk en voldoende om de eigen werkzaamheid en regie te bekrachtigen en het proces te blijven monitoren. Treedt (alsnog) stagnatie op, dan wordt geïnventariseerd wat daaraan ten grondslag ligt.

Een 'primaire' begeleiding gericht op de opbouw van grip en eigen regie is het belangrijkste aspect van terugvalpreventie. In dat proces wordt de werkende zich bewust van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. Bij de afsluiting van de begeleiding worden deze 'leermomenten' geëxpliciteerd.

ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT

In het kader van evaluatie en terugvalpreventie is het belangrijk om aandacht te besteden aan hoe de werkende en de werkomgeving vroege signalen kunnen herkennen en wat ze kunnen doen als er klachten ontstaan of verergeren (Generieke Module Zelfmanagement, 2016).

De projectgroep is van mening dat een begeleiding waarin de werkende met optimale zelfregie en zelfmanagement de controle weer opbouwt, het belangrijkste aspect is van terugvalpreventie. Tijdens zo'n begeleiding wordt de werkende zich bewust van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren. In een afsluitend gesprek worden deze 'leermomenten' geëxpliciteerd.

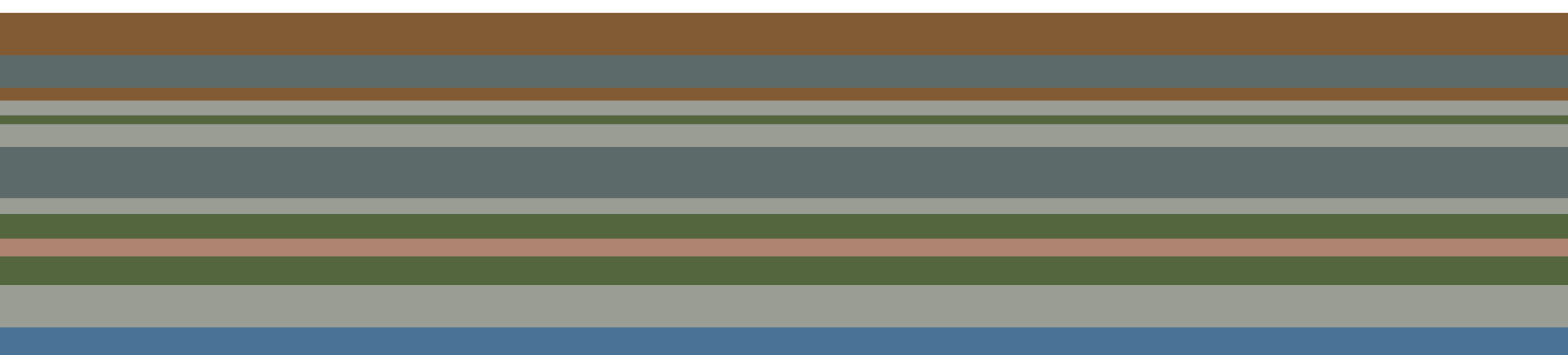
5.4 AANBEVELINGEN

- ▶ Om terugval te voorkomen, dragen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zorg voor eenmaal per drie weken contact met de werkende gedurende de eerste drie maanden, en eenmaal per zes weken in de periode daarna; de eerste drie maanden is iedere 5-6 weken contact met de leidinggevende/werkgever nodig, en daarna iedere per 7-8 weken.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen brengen de risicofactoren voor terugval in beeld en dragen in overleg met betrokkene zorg voor (individuele en/of werk-) interventies om deze factoren aan te pakken, op te lossen.
- ▶ Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen werken hierbij, in overleg met betrokkene, samen met of schakelen andere deskundigen in, zoals arbeids- en organisatie-deskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeidsdeskundigen of arbeids- en organisatiepsychologen.
- ▶ Verzekeringsartsen beoordelen bij de toetsing van de re-integratie-inspanningen de relevante specifieke aspecten over het (herstel van) functioneren:
Wat de werkende (nog) wel kan
 - Gezonde en sterke kanten en kwaliteiten van de werkende
 - Herstelgedrag/zelfregie en zelfmanagement van de werkende
 - Bevorderende en belemmerende factoren voor herstel en werkhervatting in het werk (werkgebonden factoren)
 - Bevorderende en belemmerende factoren voor herstel en werkhervatting bij de werkende (persoonsgebonden factoren)
 - Bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek wordt contact geadviseerd tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts om de eigen bevindingen toe te lichten of te verduidelijken. Dit is in het belang van goede zorg voor de werkende met psychische problemen

ACHTERGRONDDOCUMENT

BIJ DE RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN

BIJLAGEN



BIJLAGE 1

LITERATUUR EN REFERENTIES

- Abma, F.I., Brouwer, S., Vries, H.J. de, Arends, I., Robroek, S.J.W., Cuijpers, M.P., ... Klink, J.J. van der. The capability set for work: Development and validation of a new questionnaire.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M. & Meeuwissen, J.A.C. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bastiaanssen, M., Hulshof, C., Verhoeven, A., Wind, H., Zwerver, F., Broekhuizen, M., . . . Sweets, M. (2016). Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen.
- Bastiaanssen, M., Loo, M., Terluin, B., Vendrig, L., Verschuren, C., & Vriezen, J. (2011). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out.
- Beck, B.D., Hansen, A.M., & Gold, C. (2015). Coping with Work-Related Stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomized Controlled Trial. *Journal Of Music Therapy*, 52, 323-352. doi:10.1093/jmt/thv011
- Beurden, K.M. van, Joosen, M.C.W., Terluin, B., Weeghel, J. van, Klink, J.J.L. van der, & Brouwers, E.P.M. (2017). Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*. doi:10.1080/09638288.2017.1347209
- Blonk, R.W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., & Houtman, I.L.D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20, 129-144.
- Dalgaard, V.L., Aschbacher, K., Andersen, J.H., Grasscock, D.J., Willert, M.V., Carstensen, O., & Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. doi:10.5271/sjweh.3655
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A.J. & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*, 28(2), 107-123. doi:dx.doi.org/10.1080/02678373.2014.909545
- Eskildsen, A., Andersen, L.P., Pedersen, A.D. & Andersen, J.H. (2016). Cognitive impairments in former patients with work-related stress complaints - one year later. *Stress*, 19(6), 559-566. doi:10.3109/10253890.2015.1004629
- Everdingen, J. van, Dreesens, J., Burgers, J., Swinkels, J., Barneveld, T. van & Weijden, T. van der (2014). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fernet, C., Guay, F., Senecal, C. Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocational Behavior* 2004;65:39-56.doi:10.1016/s0001-8791(03)00098-8
- Gaillard, A.W.K. (2003). *Stress, productiviteit en gezondheid* (Tweede ed.). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Ganzel, B.L., Morris, P.A. & Wethington, E. (2010). Allostatic and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychology Reviews*, 117(1), 134-174. doi:10.1037/a0017773
- Gheaus, A., Herzog, L. The goods of work (other than money!). *Journal of Social Philosophy* 2016;47(1):70-89. doi:10.1111/josp.12140

- Hayden, J.A., Windt, D.A. van der, Cartwright, J.L., Cote, P. & Bombardier, C. (2013). Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann. Intern. Med*, 158, 280-286.
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: Wiley Blackwell.
- Hoofman, W.E., Mars, G.M.J., Janssen, B., Vroome, E.M.M. de, Pleijers, A.J.S.F., Michiels, J.J.M. & Bossche, S.N.J. van den (2017). Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2016. Methodologie en globale resultaten: TNO.
- Hoogduin, C.A.L., Schaufeli, W.B., Schaap, C.P.D.R. & Bakker, A. B. (2001). *Behandelingsstrategieën bij burn-out* (Tweede ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hulshof, C. T. J. (2009). *Introductie NVAB-richtlijnen*. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB.
- Huysmans, M., Schaafsma, F., Viester, L. & Anema, J. R. (2016). *Multidisciplinaire Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek*.
- Jacquet, A., Grolleau, A., Jove, J., Lassalle, R. & Moore, N. (2015). Burnout: evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1® for professional fatigue syndrome (burnout) *Journal of Int Med Res*, 43(1), 54-66. doi:10.1177/0300060514558324
- Jahoda, M. *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. London: Cambridge University Press 1982.
- Jong, M.A. de, Nieuwenhuijsen, K. & Sluiter, J.K. (2016). Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians. *Occupational Medicine*, 66, 506-513. doi:10.1093/occmed/kqw030
- Joosen, M., Arends, I., Lugtenberg, M., Gestel, H. van, Schaapveld, B., Klink, J. van der, ... Brouwers, E. (2017). Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: Perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers. Wigston (UK): Institution of Occupational Safety and Health.
- Klink J.J.L. van der. Value at work: Sustainable employability as capability; a multidisciplinary perspective. Inaugural lecture. Tilburg University, 2015.
- Klink, J.J.L. van der, Ausems, C.M.M., Beijderwellen, B.D., Blonk, R.W.B., Bruinvels, D.J., Dogger, J., ... Roos, L. de (2007). Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen.
- Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H. & Dijk, F.J.H. van (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Klink, J.J.L. van der, Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli W.B., Zijlstra F.R.H., Abma F.I., ... Wilt G.J. van der. Sustainable employability – Definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2016;42(1):71-79. doi:10.5271/sjweh.3531
- Klink, J.J.L. van der & Terluin, B. (2005). Checklist voor probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek.
- Klink, J.J.L. van der, Dijk F.J.H. van. Dutch practice guideline for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Environ Health* 2003;29(6): 478-87

Kwah, J., Weintraub, J., Fallar, R. & Ripp, J. (2016). The effect of burnout on medical errors and professionalism in first-year internal medicine residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 597-600.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen*.

Lugtenberg, M., Beurden, K.M. van, Brouwers, E.P.M., Terluin, B., Weeghel, J. van, Klink, J.J.L. van der & Joosen, M.C.W. (2016). Occupational physicians' perceived barriers and suggested solutions to improve adherence to a guideline on mental health problems: Analysis of a peer group training. *BMC Health Services Research*, 16(271). doi:10.1186/s12913-016-1530-3

LVE NHG NVAB. (2011). *Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout*, Utrecht.

Lloyd, J. Bond, F.W., Flaxman, P.E. Work-related self-efficacy as a moderator of the impact of a worksite stress management training intervention: Intrinsic work motivation as a higher order condition of effect. *J Occup Health Psychol*. 2017 Jan;22(1):115-127. doi: 10.1037/ocp0000026. Epub 2016 Apr 7.

Maricutoiu, L.P., Sava, F.A. & Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 1-27. doi:10.1111/joop.12099

Martinez, M.C., do Rosario Dias de Oliveira Latorre, M. & Fischer, F.M. (2015). A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers. *American Journal Of Industrial Medicine*, 58, 795-806.

Molen, H. van der, Kuijjer, P., Groene, G. de, Bakker, J., Sorgdrager, B., Lenderink, A., ... Brand, T. (2017). *Kerncijfers beroepsziekten 2017*. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Mommersteeg, P.M.C., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J.P.M. & Doornen, L.J.P. van (2006). Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 216-225.

Mommersteeg, P.M.C., Keijsers, G.P.J., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J.P.M. & Doornen, L.J.P. van (2006). Cortisol deviations in people with burnout before and after psychotherapy; a pilot study. *Health Psychology*, 25(2), 243-248.

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. (2016). *Registratierichtlijn E002 Overspanning/burnout als beroepsziekte*. Amsterdam.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017a). *Zorgstandaard Aanpassingsstoornis (inclusief overspanning en burn-out)*. Utrecht.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017b). *Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk*. Utrecht.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., Boer, A.G.E.M. de, Blonk, R.W.B. & Dijk, F.J.H. van (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational Environmental Medicine*, 61, 817-823. doi:10.1136/oem.2003.009688

Nigatu, Y.T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. & Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46, 3263-3274. doi:10.1017/S0033291716002269

NVAB. (2016). Visie, missie & strategie van de NVAB.

NVvP NIP V&VN. (2012). Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht.

Omholt M.L., Tveito T.H., Ihlebæk C. Subjective health complaints, work-related stress and self-efficacy in Norwegian aircrew. *Occup Med (Lond)*. 2017 Mar 1;67(2):135-142. doi: 10.1093/occmed/kqw127.

Oosterholt, B.G., Maes, J.H.R., Linden, D. van der, Verbraak, M.J.P.M. & Kompier, M.A.J. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. *Stress*, 17(5), 400-409. doi:10.3109/10253890.2014.949668

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., ... Esmail, A. (2016). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177, 195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

Quartarone, J. (2017). *Psychophysiology as leading role in chronic stress-related problems and burnout? About the importance of underlying physiology and implications for interventions: A multi-method study*. Maastricht University, Maastricht.

RIVM. (2017). Volksgezondheidszorg.info: cijfers en achtergronden. Retrieved from www.volksgezondheidszorg.info

Rongen, A., Zemouri, C., Nieuwenhuijsen, K., Hulshof, C., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. *Update van de kennis over overspanning en burnout: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief*. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/UvA, 2015

Salyers, M.P., Bonfils, K.A., Luther, L., Firmin, R.L., White, D.A., Adams, E.L. & Rollins, A.L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of Gen Intern Med*, 32(4), 475-482. doi:10.1007/s11606-016-3886-9

Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 2016;42(1):34-42.

Schaufeli, W.B. (2007). Burn-out in discussie. De stand van zaken. *De Eerstelijns Psycholoog*, 42, 534-540.

Schmidt, A.J.M. (2001). Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? *Huisarts en wetenschap*, 44, 283-287.

Sen, A.K. *Development as Freedom*, New York, Knopf, 1999.

Sonnenschein, M., Mommersteeg, P.M.C., Houtveen, J.H., Sorbi, M.J., Schaufeli, W.B. & Doornen, L.J.P. van. (2007). Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the experience sampling method. *Biological Psychology*, 75(2), 176-184.

Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartsenpraktijk*. Universiteit Utrecht.

Terluin, B., Klink, J.J.L. van der & Schaufeli, W.B. (2005). Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout. In Klink, J.J.L. van der & B. Terluin (Eds.), *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. (pp. 259-290). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

TNO. (2014). Factsheet Werkstress, Burn-out & Verzuim in cijfers.

- TNO. (2016). Arbobalans 2016. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland.
- Vendrig, A.A. (2005). De Vragenlijst ArbeidsReïntegratie. *Diagnostiekwijzer*, 8, 27-39.
- Venkatapuram S. Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach. Cambridge, Polity Press 2011.
- Verhoeven, A., Hulshof, C., Vliet, C. van, Zwerver, F., Wind, H., Faas, W., ... Lebbink, M. (2015). Programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen.
- Verschuren, C., Nauta, A., Bastiaanssen, M., Terluin, B., Vendrig, L., Verbraak, M., ... Loo, M. (2011). Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out.
- Vries, J.D. de (2017). *Exercise as intervention to reduce burnout*. Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T.F., Brouwers, E.P.M., Emons, W.H.M., ... Feltz-Cornelis, C.M. van der (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: Results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), 1-16.
- Weerd, B.J. de, Dijk, M.K. van, Linden, J.N. van der, Roelen, C.A.M. & Verbraak, M.J.P.M. (2016). The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. *Work*, 54, 647-655. doi:10.3233/WOR-162307
- Welp, A., Meier, L.L., & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care*, 20. doi:10.1186/s13054-016-1282-9
- World Health Organization. (2017). WHO Disability Assessment Schedule 2.0.

BIJLAGE 2

GRADE EN EBRO-SYSTEMATIEK; METHODE GEBRUIKT VOOR DEZE RICHTLIJN

BEOORDELEN VAN DE KWALITEIT VAN BEWIJS

In deze richtlijn is waar mogelijk de kwaliteit van bewijs beoordeeld met behulp van GRADE (Guyatt, 2008). Voor een aantal literatuurbronnen was dit niet goed mogelijk en is de EBRO-methode gebruikt. Het 'hertalen' van GRADE naar EBRO of andersom is niet goed mogelijk. Daarom heeft de projectgroep besloten om beide methoden in deze richtlijn te gebruiken.

GRADE

De Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Working Group is een internationale groep zorgverleners, onderzoekers en richtlijnmakers. De groep ontstond in 2000 en bestaat inmiddels uit zo'n tweehonderd leden, onder wie een handvol Nederlanders. Doel is de ontwikkeling van een optimaal systeem voor het beoordelen van de kracht van de evidentie en het bepalen van de sterkte van de aanbevelingen voor klinische richtlijnen. De GRADE-methode is inmiddels overgenomen door een groot aantal organisaties, waaronder de Cochrane Collaboration, BMJ en de WHO.

De GRADE-methode kent per uitkomstmaat van een interventie een gradering toe aan de kwaliteit van bewijs op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte (figuur 1, tabel 1 en 2).

Figuur 1. Quality of evidence volgens GRADE

QUALITY OF EVIDENCE		QUALITY ASSESSMENT CRITERIA				
FOUR LEVELS		STUDY DESIGN	INITIAL QUALITY OF A BODY OF EVIDENCE	LOWER IF	HIGHER IF	QUALITY OF A BODY OF EVIDENCE
■ ■ ■ ■ High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect	Randomised trials	High	Risk of bias Inconsistency	Large effect Dose response	■ ■ ■ ■ High
■ ■ ■ □ Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different			Indirectness Imprecision	All plausible residual confounding & bias - Would reduce a demonstrated effect - Would suggest a spurious effect if no effect was observed	■ ■ ■ □ Moderate
■ ■ □ □ Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect	Observational studies	Low	Publication bias		■ ■ □ □ Low
■ □ □ □ Very low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect					■ □ □ □ Very low

Tabel 1. Indeling van de kwaliteit van bewijs volgens GRADE

■ ■ ■ ■ Hoog	Er is veel vertrouwen dat het werkelijke effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.
■ ■ ■ □ Matige	Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect : het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
■ ■ □ □ Laag	Er is beperkt vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect
■ □ □ □ Zeer laag	Er is weinig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk af van de schatting van het effect.

Tabel 2. De kwaliteit van bewijs wordt bepaald op basis van de volgende criteria

Type bewijs	RCT start in de categorie 'hoog'. Observationele studie start in de categorie 'laag'. Alle overige studietypen starten in de categorie 'zeer laag'.	
Downgraden	'Risk of bias'	-1 Serieus -2 Zeer serieus
	Inconsistentie	-1 Serieus -2 Zeer serieus
	Indirectheid	-1 Serieus -2 Zeer serieus
	Imprecisie	-1 Serieus -2 Zeer serieus
	Publicatiebias	-1 Waarschijnlijk -2 Zeer waarschijnlijk
Upgraden	Groot effect	+1 Groot +2 Zeer groot
	Dosis-respons relatie	+1 Bewijs van gradiënt
	Alle plausible confounding	+1 Zou een effect kunnen reduceren +1 Zou een tegengesteld effect kunnen suggereren terwijl de resultaten geen effect laten zien.

Meer informatie over GRADE en de GRADE-methode is te vinden op www.gradeworkinggroup.org

EBRO-METHODE

De beoordeling van de kwaliteit van het bewijs volgens de EBRO-methode gebeurt als volgt:

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

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

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies

Tabel 2 Niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies

Niveau 1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
Niveau 2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
Niveau 3	1 onderzoek van niveau B of C
Niveau 4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

METHODE GEBRUIKT IN DEZE RICHTLIJN

METHODE

1 Zoekstrategie

De zoekstrategie voor deze richtlijn is een update (tot 6 juli 2017) van de zoekstrategie van het rapport van Rongen et al. (2015), die liep (van 2005) tot aan juni 2015. Allebei de zoekstrategieën zijn in Medline en PsycInfo verricht.

Criteria voor de selectie van de met de zoekstrategie gevonden artikelen waren: er moet een begin en nameting zijn, een RCT-design bij interventiestudies, populatie > 60% personen met overspanning of burn-out, de context is werkgerelateerd. Deze komen in grote mate overeen met het rapport van Rongen et al. (2015).

2 Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies

In totaal werden na ontdebellen 2.564 referenties vanaf 2015 gevonden. Van deze studies werden er op basis van titel en abstract 45 artikelen geselecteerd.

Op basis van de volledige tekst vond een tweede selectie plaats. Van de 45 studies en reviews werden er 10 geïnccludeerd (Beck et al., 2015; Dalgaard et al., 2017; De Jong et al., 2016; Eskildsen et al., 2016; Kwah et al., 2016; Maricutoiu et al., 2016; Martinez, do Rosario Dias de Oliveira Latorre, & Fischer, 2015; Panagioti et al., 2016; Salyers et al., 2017; Welp et al., 2016), nog één extra door de sneeuwbal methode (Oosterholt et al., 2014) en 36 geëxcludeerd, met name vanwege: een te lage hoeveelheid personen met overspanning of burn-out in de onderzochte populatie (<60%), het onderzoek was naar risicofactoren op een burn-out, de methode van het meten van stress/burn-out was niet valide, het design was een non-RCT (interventiestudies), het onderzoek was naar preventieve interventies, het artikel was een reviewprotocol en de studie was aanwezig in een geïnccludeerde review, (in bijlage 3 staan de redenen voor exclusie per studie).

3 Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

Voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit van de studie zijn kwaliteitsbeoordelingsformulieren gebruikt, zoals de AMSTAR (Shea et al. 2009) (score van 0 tot 3 werd beschouwd als lage kwaliteit; score 4 tot 7 gemiddelde kwaliteit en score 8 tot 11 als hoge kwaliteit review (Sharif, Janjua-Sharif, Ali, & Ahmed, 2013) voor systematische reviews, de Cochrane Risk of Bias tool (Higgins & Green, 2008) (bij een score van 5 of lager is er sprake van een hoog risico op bias) voor RCTs, en de QUIPS (Hayden, Van der Windt, Cartwright, Cote, & Bombardier, 2013) (bij een score van 3 of lager is er sprake van een hoog risico op bias) voor cohortonderzoek. De methodologische kwaliteit van de studies is één criterium van GRADE¹⁴ (Guyatt, Oxman, Schunemann, Tugwell, & Knottnerus, 2011). GRADE¹⁵ helpt om te bezien hoeveel vertrouwen (hoog, redelijk, laag of zeer laag) er is in een uitkomstmaat over een bepaald onderwerp (prognostische factoren, meetinstrumenten, interventies etc.), met andere woorden hoeveel zeggingskracht heeft het bewijs. Andere factoren waarop het vertrouwen wordt gebaseerd zijn de mate van consistentie en nauwkeurigheid van de gevonden resultaten, directheid van het bewijs en publicatie bias.

14 GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

15 Methodiek voor het beoordelen en graderen van de kwaliteit van wetenschappelijke studies en van aanbevelingen, alom gebruikt bij richtlijn-/zorgstandaard-ontwikkeling.

Om GRADE-conclusies te trekken hebben wij de methode overgenomen zoals deze is gebruikt in “Update van de kennis over overspanning en burn-out: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief” (Rongen et al., 2015). De basiscriteria van GRADE werden daarin gebruikt om op narratieve wijze inzicht te geven in het vertrouwen van de uitkomsten. Hieronder worden de oorzaken van afwaarderen (of eventueel opwaarderen) beschreven.

GRADE voor prognostische factoren

Redenen voor afwaarderen zijn:

- Risico op bias, een QUIPS-score ≤ 3 (bij $>50\%$ van de studies).
- Inconsistenties, indien betrouwbaarheidsintervallen tussen studies niet overlappen of als er een studie wel significante relatie aantoont en een ander niet.
- Indirectheid, wordt niet op afgewaardeerd in verband met de breedte van de onderzoeksvraag.
- Onnauwkeurigheid, bij een niet-significant resultaat waarbij de ‘upper of lower limit’ van de betrouwbaarheidsinterval in het niet klinische relevant gebied (tussen de 0.9 en 1.10) ligt.
- Publicatiebias, bij een vermoeden op (kan alleen worden ingeschat als ≥ 10 primaire studies zijn).

Opwaarderen (alleen bij studies die bij ‘lage kwaliteit’ beginnen)

- Effect ≥ 2.0 (bij $>50\%$ van de studies).
- Er is sprake van een dosis-responsrelatie.

GRADE voor interventies

Redenen voor afwaarderen zijn:

- Risico op bias, als het gewicht van studies met hoog risico op bias zwaarder is dan die van laag risico.
- Inconsistenties, $I^2 > 50\%$ of als er geen overlap is in betrouwbaarheidsintervallen.
- Indirectheid, wordt niet op afgewaardeerde in verband met de breedte van de onderzoeksvraag.
- Onnauwkeurigheid, bij een betrouwbaarheidsinterval die in het klinisch relevant en niet relevant gebied valt of de uitkomst is gebaseerd op < 400 patiënten (continue variabele) of < 300 events (dichotome variabele).
- Publicatiebias, bij een vermoeden op (kan alleen worden ingeschat als ≥ 10 primaire studies zijn).

BIJLAGE 3

4DKL, HET INSTRUMENT EN MOGELIJKHEDEN VOOR GEBRUIK

De 4DKL is een unieke vragenlijst ontwikkeld door Terluin in de huisartsenpraktijk (Terluin, 1996).

Met de uitkomsten van deze door de patiënten zelf (thuis) in te vullen lijst kunnen de bedrijfs- of de verzekeringsarts en de werkende beoordelen of en op welk vlak verdere diagnostiek en behandeling nodig is. Ook kan deze lijst gebruikt worden voor het volgen van de klachten in de loop van de tijd. De lijst bestaat uit 50 items verdeeld in 4 dimensies (distress, depressie, angst, somatisatie), met vragen naar klachten in de afgelopen zeven dagen. De 50 items zijn verdeeld over 16 items voor distress, 6 items voor depressie, 12 items voor angst en 16 items voor somatisatie. De vragen worden beantwoord met: “nee” (0 punten), “soms” (1 punt), “regelmatig”, “vaak”, “heel vaak” of “voortdurend” (allemaal 2 punten). Hoe hoger de somatisatie-, depressie- of angstscore, hoe groter de kans op het bestaan van respectievelijk somatisatie, een depressie of een angststoornis. De bedrijfsarts of de verzekeringsarts bespreekt de 4DKL-uitkomsten met de werkende en maakt onderscheid tussen spannings-, angst-, depressieve en somatisatieklachten.

De uitkomsten zijn als volgt te interpreteren:

- bij alleen spanningsklachten: hoge score op distress en lage op depressie en angst;
- bij angst- of depressieve klachten: hoge score op distress en op angst respectievelijk depressie.

Hoe hoger de score op distress, hoe groter het subjectief lijden en hoe groter de kans op sociaal disfunctioneren. Bij somatisatieklachten is er een hoge score op somatisatie en meestal ook op distress.

- De Distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).
- De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities.
- De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst.
- De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten. De 4DKL is gratis beschikbaar via internet voor niet-commerciële doeleinden (www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp).

In een crosssectioneel onderzoek met gegevens uit 10 eerstelijnsonderzoeken is de criterium- en constructvaliditeit van de 4DKL onderzocht. Criteriumvaliditeit: de Distress-schaal was geassocieerd met psychosociale problemen (Area Under the Curve (AUC) = 0,79), de depressieschaal met een depressie (AUC = 0,83), de angstschaal met een angststoornis (AUC = 0,66) en de somatisatieschaal met de verdenking van een huisarts op somatisatie (AUC = 0,65). Constructvaliditeit: de schalen hadden onderlinge correlaties van 0,35 tot 0,71. 30 tot 40% van de variantie van elke schaal was uniek voor deze schaal. De factoranalyse bevestigde de 4-factorenstructuur met een comparative fit index van 0,92 ($\geq 0,90$ = adequaat). Stressmaten (bijvoorbeeld life events, psychosociale problemen en werkstress) waren voornamelijk geassocieerd met de Distress-schaal [Terluin 2006].

Conclusie: de 4DKL is gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Aanvullend aan de anamnese kan de 4DKL de bedrijfsarts en de verzekeringsarts helpen onderscheid te maken tussen distress, depressie, angststoornis en somatisatie.

BIJLAGE 4

GESPREKSADVIEZEN VOOR BEDRIJFSARTSEN EN VERZEKERINGSARTSEN IN DE ROL VAN PROCESBEGELEIDER

Jac van der Klink en Frans Vlek, 2018

De gespreksvoering als procesbegeleider kent twee aspecten:

- 1 Monitoring:
 - Het gaat vooral om een inventariserende en neutraal informerende rol. De procesbegeleider wil een beeld krijgen van waar de werkende staat in het proces, of hersteltaken worden vervuld en of dat voldoende binnen de tijdkaders voor het signaleren van stagnatie (tijdlijn van het fasen-takenmodel) valt. Hier past een meer formele proces-beoordelende gespreksvoering.
- 2 Begeleiding van het proces van het versterken van zelfregie en zelfmanagement en functioneringsherstel:
 - Hierbij is vooral de coachende basishouding (gelijkwaardigheid, openheid, aandacht en focus) belangrijk. Uit onderzoek naar oplossingsgerichte gespreksvoering en bijvoorbeeld motivational interviewing blijkt dat de grondhouding voor een groot deel het effect bepaalt. Het is in die rol niet aan de orde dat de procesbegeleider bijvoorbeeld veel kennis vergaart over de werknemer, vervolgens een oordeel velt en dan een aantal verstandige adviezen geeft, zoals in de 'klassieke' expertrol. Een coachend gesprek is erop gericht dat de werkende zelf inzicht krijgt en op grond daarvan keuzes maakt en beslissingen neemt om tot herstel van controle te komen. Het procesbegeleidende gesprek heeft zoals gezegd een gecombineerd doel. De begeleider kan zeker een aantal oriënterende vragen stellen en natuurlijk kan het geen kwaad af en toe een verstandig advies te geven, maar dat blijkt alleen effectief als de werkende daarom vraagt, het verwacht en eraan toe is.

GESPREKSTIPS BIJ MONITORING: PROCESVRAGEN

De algemene proces-monitoringsvraag is: *Wat houdt u momenteel bezig? Waar denkt u veel over na?*

In veel gevallen geeft het antwoord op die vraag een eerste indruk in welke fase de werkende zit.

- Duidt het antwoord erop dat de werkende erg bezig is met/peikert over problemen en klachten (als moeheid, pijn, lusteloosheid, slapeloosheid), dan betekent dit dat de werkende waarschijnlijk in de crisisfase zit.
- Blijkt uit het antwoord dat betrokkene vooral nadenkt over hoe hij/zij tot een oplossing kan komen of wat er moet gebeuren, dan zit hij/zij waarschijnlijk in de oplossingsfase.
- Is de werkende al concreet in gesprek of anderszins bezig de oplossingen te onderzoeken of uit te proberen, dan wijst dit erop dat hij/zij in de toepassingsfase zit.

Om na te gaan of de werkende binnen de fase effectief bezig is hersteltaken te vervullen, wordt een aantal fase-specifieke vragen gesteld. Voor het monitoren van de werkomgeving kan een soortgelijke set vragen gebruikt worden.

Voorbeelden fase-specifieke procesvragen

Aan werkende	Aan werkomgeving
Crisisfase	
<ol style="list-style-type: none"> 1 Wat is er gebeurd en wat betekent dat voor u?* 2 Wat is voor u een belangrijke verklaring voor het feit dat u in deze situatie terecht bent gekomen?* 3 Wat vindt u ervan dat dit (u) is gebeurd en dat u nu thuis zit? 4 Zijn er ook dingen die (desondanks) goed gaan en waar u tevreden over bent? <p>* De vragen 1 en 2 zijn voor een werkende in het begin van de crisisfase wellicht moeilijk te beantwoorden</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Wat is er gebeurd en wat betekent dat voor de werkzaamheden op de afdeling? 2 Wat is voor u de verklaring voor het feit dat uw medewerker in deze situatie terecht is gekomen? 3 Wat vindt u ervan dat dit met uw medewerker is gebeurd en dat hij/zij nu thuis zit? 4 Zijn er ook dingen die (desondanks) goed gaan en waar u tevreden over bent?
Oplossingsfase	
<ol style="list-style-type: none"> 1 Wat zou u willen (bereiken)? Hoe ziet een werksituatie eruit waarin u weer met plezier zou werken? 2 Wat zou er dan anders moeten? Wat zou daarvan het voordeel zijn? 3 Hoe zou een oplossing eruit kunnen zien? Wat zou dat u (of anderen) kunnen opleveren? 4 Wat zou u zelf anders kunnen doen? 5 Is dat haalbaar? Is er vanuit uw werk bereidheid? Waartoe bent u zelf bereid? 6 Welke invloed kunt u daarop hebben? Wat zou u ervoor moeten doen? 7 Wie zijn voor u belangrijke mensen in uw omgeving als gewenste situatie? 8 Wat ziet u als gunstige (bevorderende) en wat als ongunstige (belemmerende) factoren? 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Wat zou u willen (bereiken)? Hoe ziet een werksituatie eruit waarin uw medewerker weer met plezier zou werken? 2 Wat zou er dan anders moeten? Wat zou daarvan het voordeel zijn? 3 Hoe zou een oplossing eruit kunnen zien? Wat zou dat u (en de afdeling) kunnen opleveren? 4 Wat zou u zelf anders kunnen doen? 5 Is dat haalbaar? Waartoe bent u zelf bereid? 6 Welke invloed kunt u daarop hebben? Wat zou u ervoor moeten doen? 7 Wie zijn volgens u sleutelfiguren in de werkomgeving om tot de gewenste situatie te komen? 8 Wat ziet u als gunstige (bevorderende) en wat als ongunstige (belemmerende) werkfactoren?
Toepassingsfase	
<ol style="list-style-type: none"> 1 Welke dingen zijn er al veranderd in uw werk? 2 Wat doet u zelf al anders (en hoe)? 3 Wat is gelukt en wat hielp daarbij? 4 Wat werkt het best in uw situatie op dit moment? 5 Wat heeft u nog meer nodig? 6 Welke concrete afspraken heeft u kunnen maken? 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Welke dingen zijn er al veranderd in het werk? 2 Wat doet u zelf al anders (en hoe)? 3 Wat is gelukt en wat hielp daarbij? 4 Wat werkt het best in de situatie van uw medewerker op dit moment? 5 Wat heeft uw medewerker nog meer nodig? En wat heeft u nodig? 6 Welke concrete afspraken heeft u met uw medewerker kunnen maken?

GESPREKSTIPS BIJ HET VERSTERKEN VAN ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT

De richtlijn bevat de stappen: oriëntatie op de situatie, diagnose, interventies en evaluatie & terugvalpreventie.

GEEN STAGNATIE – ONGECompliceerd BeLoop

Als het herstelproces binnen de tijdsaders voor het signaleren van stagnatie verloopt, geldt een terughoudend beleid. Werkende en werkomgeving worden ondersteund in zelfregie en zelfmanagement. Daarbij kan de procesbeleider in de verschillende stappen van de richtlijn een rol spelen:

STAP 1: ORIËNTATIE OP DE SITUATIE (met voorbeeldvragen)

Eén van de belangrijkste aandachtspunten voor de bedrijfs- en verzekeringsarts is om het accent op de toekomst te leggen en niet te veel op het verleden. In plaats van in kaart te brengen wat er wanneer, waar en tussen wie is fout gegaan, ligt het accent op de inventarisatie van wat er moet gebeuren zodat werknemer en werk weer een werkomgeving kunnen bewerkstelligen waarin belangrijke doelen en waarden kunnen worden gerealiseerd.

Voorbeeldvragen voor de werkende	Voorbeeldvragen voor de werkomgeving
1 Wat vindt u belangrijk in uw werk en lukt het u dat ook te realiseren? (zie hulpmiddel 3, de Lijst Werk Capabilities en de bijbehorende toelichting)	1 Wat vindt uw medewerker belangrijk in het werk en lukt het hem/haar dat te realiseren? (zie hulpmiddel 3, de Lijst Werk Capabilities en de bijbehorende toelichting)
2 Hoe ziet voor u een werksituatie eruit waar u weer met plezier naar terug zou gaan?	2 Hoe ziet voor uw medewerker een werksituatie eruit waar hij/zij weer met plezier naar terug zou gaan?
3 In wat verschilt die van de huidige situatie?	3 In wat verschilt die van de huidige situatie?
4 Wat zou er moeten gebeuren om zo'n gewenste situatie voor elkaar te krijgen?	4 Wat zou er moeten gebeuren om zo'n gewenste situatie voor elkaar te krijgen?
5 Wat zou daarbij kunnen helpen?	5 Wat zou daarbij kunnen helpen?
6 Wie zou daarbij kunnen helpen?	6 Wie zou daarbij kunnen helpen?
7 Heeft u al eens eerder zoiets voor elkaar gekregen? Hoe heeft u dat toen aangepakt?	7 Heeft u al eens eerder zoiets voor elkaar gekregen? Hoe heeft u dat toen aangepakt?

STAP 2: DIAGNOSTIEK (toekomstgericht) (met voorbeeldvragen)

Ook hierbij ligt het accent op de toekomst en op krachten in plaats van op klachten. Wanneer de werkende klachten en problemen heeft waaraan niet voorbij kan worden gegaan, is erkenning ervan een belangrijke factor in het ontwikkelen van een constructieve werkrelatie. Echter, een te vroeg of te groot accent op klachten kan stagnerend werken, omdat het idee kan ontstaan dat eerst die klachten moeten verdwijnen alvorens aan oplossingen kan worden gewerkt.

Voorbeeldvragen voor de werkende	Voorbeeldvragen voor de werkomgeving
1 De moeheid die u beschrijft is natuurlijk heel vervelend. Het is een duidelijk signaal dat er veel energie 'weglekte' in uw werk. Hoe zou voor u een werksituatie eruit zien, waar u energie van krijgt?	1 Hoe ziet op het werk een situatie eruit waar uw medewerker energie van krijgt? Hoe zou die kunnen worden bereikt?
2 Moe worden van je werk is op zich niet erg, maar je moet wel weer kunnen opladen. Hoe zou een situatie eruit zien waar dat weer lukt? Hoe zou die kunnen worden bereikt?	2 Hoe kunt u uw medewerker ondersteunen om dit bij u aan te kaarten/met u te bespreken?
3 Hoe is het u ondanks uw klachten toch gelukt om dit allemaal aan te kaarten bij uw leidinggevende?	

STAP 3: INTERVENTIES

Bij een ongecompliceerd beloop is de arts terughoudend met interventies. Het adagium 'zo weinig als mogelijk en zo veel als nodig' geeft optimaal ruimte aan zelfregie en zelfmanagement. Soms kunnen interventies ook bij een ongecompliceerd beloop een steuntje in de rug geven. Zie voor tips bij interventies de hulpmiddelen 7 tot en met 11.

STAP 4: EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE (met voorbeeldvragen)

In de evaluatie wordt besproken wat de werkende en de werkomgeving hebben geleerd en wat zij anders gaan doen. Een begeleiding waarin de werkende de zelfregie en het zelfmanagement weer leert opbouwen en zich bewust wordt van wat hij/zij wil bereiken en hoe daar te komen, is op zichzelf al een effectieve terugvalpreventie. In een afsluitend gesprek worden deze 'leermomenten' geëxpliciteerd.

Voorbeeldvragen voor de werkende	Voorbeeldvragen voor de werkomgeving
1 Wat heeft u geleerd van deze episode?	1 Welke signalen herkent u als leidinggevende in algemene zin en bij deze werkende?
2 Wat gaat u anders doen?	2 Welke afspraken zijn er gemaakt over hoe de betrokken werkende signalen kan uitwisselen met u c.q. zijn/haar omgeving?
3 Wanneer gaat er bij u een belletje rinkelen dat het misschien weer mis gaat?	3 Is er structureel overleg over belangrijke zaken in het werk?
4 Wat doet u als dat belletje weer gaat rinkelen?	4 Wat doet u wanneer er opnieuw signalen komen?
5 Heeft u het idee dat u voor u belangrijke doelen en waarden in het werk kunt realiseren?	5 Uitgaande van 'voorkomen is beter dan genezen': welke preventieve acties onderneemt u om psychische problemen bij uw medewerkers te voorkomen?
6 Hoe gaat u met regelmaat checken of u nog voldoende waarde in uw werk vindt?	6 Welke afspraken zijn er over de toegankelijkheid
7 Wat kan u helpen om naar uw idee goed te kunnen blijven functioneren?	
8 Wie kan u helpen om naar uw idee goed te kunnen blijven functioneren?	

WEL STAGNATIE – GECOMPLICEERD BELOOP

Als het herstelproces stagneert, zal de arts de structuur van de richtlijn aanhouden om betrokkene te steunen in het weer greep krijgen op het proces.

STAP 1: ORIËNTATIE OP DE SITUATIE (met voorbeeldvragen)

Bij stagnatie ligt het accent zwaarder op wat bevorderende of belemmerende factoren zijn op persoonlijk en op werkniveau om tot (functionerings)herstel te komen. Wat staat in de weg om tot zelfregie en zelfmanagement te komen en de hersteltaken te vervullen? Welke acties zijn door de werkende en/of de werkomgeving al ondernomen en waarom leiden ze (vooralsnog) niet tot het gewenste resultaat? Wat kan er nog meer gedaan worden? Bij stagnatie kan het zinvol zijn naar het verleden terug te kijken, met name om te zien of daar oorzaken liggen voor het stagnerend beloop. Op basis van deze inventarisatie wordt het accent vervolgens gelegd op de toekomst en mogelijke acties.

Check of de werkende ook vindt dat er stagnatie is. Bij verschil van mening moet eerst consensus worden bereikt. Dat kan met openingen als: "Fijn dat u het gevoel hebt dat het goed gaat; ik trok de conclusie vooral op grond van dat u zei dat u nog steeds de hele dag extreem moe bent en niet van de bank afkomt. Hoe kijkt u daar tegenaan?"

Voorbeeldvragen voor de werkende	Voorbeeldvragen voor de werkomgeving
1 Uit wat u vertelt, merk ik op dat het u moeite kost weer greep te krijgen op uzelf en op de situatie. Hoe kijkt u daar tegenaan?	1 Uit wat uw medewerker vertelt, merk ik op dat het moeite kost weer greep te krijgen op zichzelf en op de situatie. Hoe kijkt u daar tegenaan?
2 Wat is daar volgens u de oorzaak van?	2 Wat is daar volgens u de oorzaak van?
3 Welke problemen of belemmeringen spelen daarbij een rol?	3 Welke problemen of belemmeringen spelen daarbij volgens u een rol?
4 Ik maak me wat zorgen over hoe het met u gaat. Vindt u het goed dat ik u daar wat over vertel?	4 Heeft u al eens eerder zo'n situatie met een medewerker meegemaakt? Wat heeft toen geholpen?
5 Wat zou u op dit moment het liefste willen?	5 Hoe moet uw werksituatie er dan uitzien?
6 Heeft u al eens eerder in zo'n situatie gezeten? Wat heeft toen geholpen?	6 Wat zou daarbij kunnen helpen?
7 Wat zou er moeten gebeuren om weer greep op uw herstelproces te krijgen?	7 Wie zou daarbij kunnen helpen?
8 Hoe moet uw werksituatie er dan uitzien?	8 Heeft u al eens eerder zoiets voor elkaar gekregen? Hoe heeft u dat toen aangepakt?
9 Wat heeft u nodig om weer aan het werk te gaan?	
10 Wat zou u bij het herstelproces en/of werkherleving kunnen helpen?	
11 Wie zou u bij het herstelproces en/of werkherleving kunnen helpen?	

STAP 2: DIAGNOSTIEK (toekomstgericht) (met voorbeeldvragen)

Te veel problemen kunnen stagnatie veroorzaken en ertoe leiden dat de werkende geen overzicht en dus geen grip krijgt. De stagnatie kan ook worden veroorzaakt door een 'angel' op klachtniveau, bijvoorbeeld depressieve of angstklachten. Dan is er vaak sprake van een stoornis in de zin van de DSM. Zie voor de criteria daarvan hulpmiddel 5.

Voorbeeldvragen voor de werkende	Voorbeeldvragen voor de werkomgeving
1 Wat is volgens u de oorzaak van de situatie waar u nu in zit?	1 Wat is volgens u de oorzaak van de situatie waarin de medewerker nu zit?
2 Heeft u eerder een periode van psychische klachten doorgemaakt, bijvoorbeeld een depressie, hevige angstklachten of andere klachten? Wat heeft u toen geholpen?	2 Wat moet er volgens u gebeuren om weer greep op het herstel(proces) te krijgen?
3 Hebben uw ouders of zussen en broers wel eens een depressie of een ander psychisch ziektebeeld doorgemaakt?	3 Wat heeft u nodig om uw medewerker te ondersteunen bij werkherleving?
4 Zou u begeleid willen worden voor uw (sombere, angstige) klachten?	
5 Heeft u wel eens eerder begeleiding voor uw klachten gehad? Hoe heeft u dat ervaren?	
6 Wat moet er volgens u gebeuren om weer greep op uw herstel(proces) te krijgen?	
7 Wat heeft u nodig om weer aan het werk te gaan?	

STAP 3: INTERVENTIES

Zie voor tips bij interventies de hulpmiddelen 7 t/m 11.

STAP 4: EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE (voor voorbeeldvragen zie boven bij 'geen stagnatie')

Dit aspect verschilt niet tussen een beloop zonder stagnatie en met stagnatie.

BIJLAGE 5

LIJST WERK CAPABILITIES MET TOELICHTING

Toelichting Lijst Werk Capabilities¹⁶

Jac van der Klink, 2018

Waarom weer een andere vragenlijst?

Werk is voor het overgrote deel van de werkenden een levensdomein geworden om belangrijke doelen en waarden te realiseren. Om dat aspect in kaart te brengen, meet de vragenlijst 'Lijst Werk Capabilities' (LWC) zeven belangrijke werkwaarden die uit onderzoek naar voren zijn gekomen (Van der Klink, 2016; Abma, 2016). Onderzoek heeft uitgewezen dat de uitkomsten van de Capability Set voor werk samenhangen met ervaren gezondheid, functioneren in werk, werkvermogen, ziekteverzuim en andere indicatoren (Abma, 2016).

De lijst heeft als hoofdvraag: Wat is voor u belangrijk in werk?

De vragenlijst betreft de waarden:

- 1 het gebruik maken van kennis en vaardigheden
- 2 de ontwikkeling van kennis en vaardigheden
- 3 betrokkenheid bij belangrijke besluiten
- 4 het opbouwen van betekenisvolle contacten op het werk
- 5 eigen doelen stellen
- 6 een goed inkomen hebben
- 7 bijdragen aan iets waardevols

Het instrument bevraagt en scoort ieder item met een drieslag:

- A Hoe belangrijk is deze waarde in uw werk?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"
- B Stelt uw werksituatie u in staat deze waarde te realiseren?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"
- C Lukt het u ook de waarde te realiseren?
- 1 "In het geheel niet"
 - 2 "Niet"
 - 3 "Neutraal"
 - 4 "Wel"
 - 5 "In zeer grote mate"

16 Gebaseerd op de handleiding bij de Lijst Werk Capabilities; auteurs: J.Meerman MSc, BSc, dr. F.I. Abma en prof. dr. Jac J.L. van der Klink

DE LIJST WERK CAPABILITIES

De volgende vragen gaan over verschillende aspecten van werk. Vraag a gaat steeds over hoe belangrijk de verschillende aspecten voor u zijn. Bij vraag b wordt gevraagd naar de mogelijkheden in uw huidige werk om de betreffende aspecten te realiseren. Bij vraag c wordt gevraagd in hoeverre het u daadwerkelijk lukt om deze aspecten in uw werk te realiseren.

CC 1

Kennis en vaardigheden **gebruiken**

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk uw kennis en vaardigheden kunt gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt het u</i> om dat ook daadwerkelijk te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 2

Kennis en vaardigheden **ontwikkelen**

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk uw kennis en vaardigheden verder kunt ontwikkelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt het u</i> om dat ook daadwerkelijk te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 3

Betrokken zijn bij belangrijke beslissingen

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk betrokken wordt bij belangrijke beslissingen over uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> daartoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt dat</i> ook daadwerkelijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 4

Betekenisvolle werkcontacten met anderen hebben of opbouwen

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk betekenisvolle werkcontacten met anderen (collega's, klanten) kunt hebben of op kunt bouwen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt het u</i> ook daadwerkelijk om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 5

Eigen doelen stellen

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk eigen doelen kunt stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt het u</i> ook daadwerkelijk om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 6

Een goed inkomen verdienen

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk een goed inkomen kunt verdienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> daartoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt u dat</i> ook daadwerkelijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CC 7

Een bijdrage leveren aan het creëren van iets waardevols

	In het geheel niet 1	Niet 2	Neutraal 3	Wel 4	In zeer grote mate 5
a Hoe <i>belangrijk</i> is het voor u dat u in uw werk een bijdrage kunt leveren aan het creëren van iets waardevols?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Biedt uw werk u voldoende <i>mogelijkheden</i> om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In hoeverre <i>lukt het u</i> ook daadwerkelijk om dat te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCOREN, INTERPRETATIE EN TOEPASSING OP INDIVIDUEEL NIVEAU MET VOORBEELDVRAGEN.

De vragenlijst kan op twee manieren gescoord worden: op capabilities en op discrepanties. Afhankelijk van de vraag en van het niveau waarop men de vragenlijst toepast kan een keuze gemaakt worden.

Capability scoring maakt het mogelijk om een oordeel te geven over en eventueel vergelijkingen te maken tussen personen of groepen op de mate waarin zij waarden kunnen realiseren en welke factoren daarbij bevorderend of belemmerend werken. Het brengt daarmee de 'duurzame inzetbaarheid' in kaart en kan – preventieve – aanwijzingen geven om die te bevorderen.

Discrepantie scoring signaleert vooral belemmeringen in de realisatie van specifieke werkwaarden. Het legt daarmee de vinger op zaken die in het hier en nu mis gaan en kan daarmee ondersteunen in een probleem-oriëntatie met in het verlengde een probleemoplossing. Het biedt daarmee goede aanknopingspunten voor het interpreteren van de 'actuele inzetbaarheid' van de werkende.

Capability scoring

De scores op A, B en C worden gedichotomiseerd:

- A=1-3 → geen belangrijke waarde in werk
OF A=4-5 → wel een belangrijke waarde
- B=1-3 → niet voldoende mogelijkheden om waarde te realiseren
OF B=4-5 → wel voldoende mogelijkheden om waarde te realiseren
- C=1-3 → het lukt niet om waarde daadwerkelijk te realiseren
OF C=4-5 → het lukt wel om de waarde daadwerkelijk te realiseren

Een werkwaarde is onderdeel van de capability set (score 1) als een respondent A de waarde belangrijk vindt (A=4-5), B voldoende mogelijkheden heeft om de waarde te realiseren (B=4-5), en C de waarde ook daadwerkelijk kan realiseren (C=4-5). In alle andere gevallen is een waarde geen onderdeel van de capability set voor werk (score 0). De somscore voor het berekenen van de totale capability set is de som van de aspecten die 1 scoren. De totale capability set loopt van een minimale score 0 tot een maximale score 7. Hoe hoger de score, hoe groter de capability set voor werk en hoe hoger de duurzame inzetbaarheid.

Discrepantie scoring

De vragenlijst kan tevens gebruikt worden om actuele capability-discrepanties te meten. Een discrepantie kan gemeten worden per capability. Er is sprake van een discrepantie als:

- de capability wel belangrijk is (A = 4 of 5), maar de werkomgeving biedt onvoldoende mogelijkheden (B = 1,2 of 3) OF
- de capability wel belangrijk is (A = 4 of 5), maar de participanten kunnen de capability zelf niet realiseren (C = 1, 2 of 3) OF
- de werkomgeving biedt voldoende mogelijkheden (B = 4 of 5), maar de participanten kunnen de capability zelf niet realiseren (C = 1, 2 of 3) OF
- indien een waarde niet belangrijk wordt geacht (A = 1,2 of 3) dan is de waarde niet relevant voor de praktijk en zijn scores op vraag B & C niet relevant.

De discrepantie-somscore is gedefinieerd als het aantal discrepanties op de zeven werkwaarden (min. 0, max. 7). Bij een score van 4 of hoger kunnen mensen als 'at-risk' worden beschouwd voor een verminderde inzetbaarheid. Er is nog een discrepantie mogelijk, namelijk:

- De participanten kunnen de capability wel realiseren (C = 4, 5), ondanks dat hun werkomgeving hier onvoldoende mogelijkheden toe biedt (B = 1,2 en 3).

Deze discrepantie telt niet mee in de somscore, maar is wel een aandachtspunt voor aanpassingen in de werksituatie.

Toepassing op individueel niveau met voorbeeldvragen.

Bij afname op individueel niveau is de vragenlijst te scoren met behulp van capability scoring en discrepantie scoring. Als het doel is de duurzame inzetbaarheid van werkenden te optimaliseren, wordt de capability scoring geadviseerd als uitgangspositie voor het gesprek. Als het doel is knelpunten van werkenden in kaart te brengen, is gerichtheid op discrepanties aan te bevelen. Als bij een waarde een discrepantie gescoord wordt kan dit aanleiding geven voor een analyse van persoonlijke en werkgebonden bevorderende en belemmerende factoren.

Als de lijst tijdens het spreekuur besproken wordt is het goed met een algemene vraag te beginnen:
Hoe was het om dit soort vragen over uw werk te beantwoorden?

Vrijwel altijd is het antwoord dat men het bijzonder vindt over dit soort aspecten van het werk bevestigd te worden en na te denken. De ervaring leert dat bij mensen met psychische klachten de reactie kan komen: 'Dit zijn nu eindelijk de punten waarom het gaat'. In alle gevallen komt er een gesprek op gang dat niet over klachten of problemen gaat maar over wat men belangrijk vindt in werk. Een volgende vraag kan zijn:
Wat valt u op aan de ingevulde lijst?

Het antwoord hierop kan uiteraard heel divers zijn. Een veel gehoord antwoord is: 'Het valt me op dat ik bijna alles belangrijk vind; eigenlijk word ik ook overal wel toe in staat gesteld. Toch lukt een aantal dingen me niet.' Vaak is een stilte laten vallen al genoeg om de werkende zelf hier een conclusie aan te laten verbinden: 'Misschien kan ik niet alles tegelijk realiseren en moet ik keuzes maken'. Zo niet dan kan het helpen het antwoord nog eens te herhalen met de vraag wat dat volgens de persoon betekent:
U zegt dat het u opvalt dat u bijna alles belangrijk vindt en dat u eigenlijk ook overal toe in staat wordt gesteld. Wat betekent dat volgens u?

Een ander mogelijk antwoord van de cliënt is: 'Het valt me op dat ik punt x heel belangrijk vind, maar dat ik daar niet toe in staat gesteld wordt.' Ook hier is het goed de werkende zelf zoveel mogelijk te laten nadenken door een algemene vraag te stellen wat dat volgens de werkende betekent. De bedrijfsarts moet terughoudend zijn allerlei oplossingen te gaan bedenken en die aan de betrokkene voor te leggen. Het is een uitstekende kans voor betrokkene om tot een probleemoplossende houding te komen en daarmee tot zelfregie en zelfmanagement. Een opdracht om verder op de lijst en de invulling daarvan te reflecteren en er eventueel met een partner, vriend(in) of bekende over te praten, kan ook als huiswerk worden meegegeven.

Niet altijd komt betrokkene zelf met alle relevante bespreekpunten. Uiteraard kan de bedrijfsarts dan haar of zijn reflectie op de lijst met de betrokkene delen:

Wat mij nog opvalt is wat u bij item x heeft ingevuld: u vindt dat heel belangrijk, het werk realiseert het niet, maar het lukt u toch. Wat betekent dat?

Een dergelijke invulling kan op een ‘energielek’ duiden. Betrokkene vindt iets heel belangrijk en probeert het tegen weerstand in te realiseren.

Met een zo open mogelijke bevraging biedt de lijst een handvat om het gesprek te richten op wat voor betrokkene belangrijk is en wat randvoorwaarden zijn om dat te realiseren. Het brengt betrokkene in een oplossingsgerichte attitude waarbij hij of zij meestal zelf gaat nadenken hoe zaken (toch) gerealiseerd kunnen worden, wat er zou moeten gebeuren en wie daarbij zou kunnen helpen. Uiteraard kan op individueel niveau een waarde spelen die voor deze specifieke persoon in deze context belangrijker is dan één van de zeven waarden in de lijst. Het is altijd goed daarnaar te vragen:

Deze zeven waarden komen uit een onderzoek wat mensen belangrijk vinden in hun werk. Voor u zou uiteraard iets heel anders misschien belangrijker kunnen zijn. Is dat zo? Geldt voor u een achtste waarde? En zo ja, wordt u in staat gesteld die te realiseren en lukt het u ook?

Voor een goede gesprekshouding zijn zaken als empathie, respect, interesse en betrokkenheid van belang. Die kunnen worden geoefend in een trainings- of intervisiecontext, waarbij feedback van collega’s belangrijk is. Gesprekstechnische tips om de zelfregie van de cliënt te ondersteunen zijn: stel open vragen; draag als hulpverlener zo min mogelijk conclusies aan en geef geen oplossingen en durf stiltes te laten vallen.

BIJLAGE 6

EVIDENCE-TABELLEN

Voor het literatuuronderzoek is als basis de zoekstrategie van Rongen et al. (2015) gebruikt (zie voor een uitgebreide toelichting [bijlage 2](#)).

De uitgangsvragen waarop met het literatuuronderzoek antwoorden zijn gezocht zijn:

- Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?
- Welke factoren voorspellen en beïnvloeden het (herstel van) werkfunctioneren bij werkenden met overspanning en burn-out?
- Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out (waarbij sprake is van stagnatie)?
- Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met common mental disorders?

Hieronder staat eerst de evidence-tabel over het onderzoek van Rongen et al.; daarna volgen per uitgangsvraag de evidence-tabellen van de literatuur die gevonden is over de periode 2015-2017. Tot slot vindt u de GRADE-tabellen voor de mate van bewijs.

REFERENCE	<i>Rongen, A., Zemouri, C., Nieuwenhuijsen, K., Hulshof, C., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2015). Update van de kennis over overspanning en burnout: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief Amsterdam: Coronel Instituut, Academisch Medisch Centrum Amsterdam en Universiteit van Amsterdam.</i>
METHODS	<p>Study aim: In kaart brengen van prevalentie- en incidentiecijfers, en prognostische factoren van personen met overspanning en burnout in Nederland. Op welke wijze klachten en functioneren kan worden vastgesteld.</p> <p>Study design: Systematic Review</p> <p>Analysis: Narratief</p> <p>Setting: Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundig</p>
PATIENTS	<p>Number of studies and patient type:</p> <p>Beperkingen K=1 Een systematic review (Deligkaris et al., 2014)</p> <p>Prognostisch K=10 K=3 over overspanningsklachten (Leone et al., 2006; Leone et al., 2008; de Vente et al., 2015, (18-20)) K=4 burnout klachten (Leone et al., 2008; Sonnenschein et al., 2008; Glise et al., 2012; de Vente et al., 2015, (18, 20-22)) K=6 over een werkgerelateerde uitkomsten (Leone et al., 2006; Brouwers et al., 2009; Stansfeld et al., 2011; Catalina-Romero et al., 2012; Arends et al., 2014, (19, 23-27)).</p> <p>Interventies K=14 K=3 Systematic reviews (Arends et al., 2012 AMSTAR: 9 hoog kwaliteit; Doki et al., 2015 AMSTAR: 6 gemiddelde kwaliteit; Virgili et al., 2015 AMSTAR: 5 gemiddelde kwaliteit (14, 28, 29)) K=9 primaire studies (van Rhenen et al., 2005; Peterson et al., 2008; Grossi et al., 2009; Flaxman et al., 2010; Karlson et al., 2010; Gavelin et al., 2015; Jacquet et al., 2015; Jansson et al., 2015; Saganha et al., 2012; Sato et al., 2014; Willert et al., 2014, (38-48))</p> <p>Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012;12:Cd006389</p> <p>Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. <i>Scand J Work Environ Health.</i> 2014;40(2):195-202.</p> <p>Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. <i>J Occup Rehabil.</i> 2009;19(4):323-32.</p> <p>Catalina-Romero C, Pastrana-Jimenez JI, Tenas-Lopez MJ, Martinez-Munoz P, Ruiz-Moraga M, Fernandez-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. <i>Occup Med (Oxf).</i> 2012;62(5):375-8.</p> <p>de Vente W, Kamphuis Jh Fau - Blonk RWB, Blonk Rwf Fau - Emmelkamp PMG, Emmelkamp PM. Recovery of Work-Related Stress: Complaint Reduction and Work-Resumption are Relatively Independent Processes. (1573-3688 (Electronic)).</p>

Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: a systematic review. *Work & Stress*. 2014;28(2):107-23.

Doki S, Sasahara S Fau - Matsuzaki I, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. (1432-1246 (Electronic)).

Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(8):816-20.

Gavelin HM, Boraxbekk CJ Fau - Stenlund T, Stenlund T Fau - Jarvholm LS, Jarvholm Ls Fau - Neely AS, Neely AS. Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. 2015 (1607-8888 (Electronic)).

Glise K, Ahlborg G, Jr., Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry*. 2012;12:18.

Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J Rehabil Med*. 2009;41(8):632-8.

Jacquet A, Grolleau A, Jove J, Lassalle R, Moore N. Burnout: evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1 for professional fatigue syndrome (burnout). *J Int Med Res*. 2015;43(1):54-66.

Jansson I, Gunnarsson A, Bjorklund A, Brudin L, Perseus K-I. Problem-based self-care groups versus cognitive behavioural therapy for persons on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled study. *J Occup Rehabil*. 2015;25(1):127-40.

Karlson B, Jonsson P, Palsson B, Abjornsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301.

Leone SS, Huibers MJ, Kant I, Van Schayck CP, Bleijenberg G, Andre Knottnerus J. Long-term predictors of outcome in fatigued employees on sick leave: a 4-year follow-up study. *Psychol Med*. 2006;36(9):1293-300.

Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, Kant I. The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: a comparison. *J Occup Environ Med*. 2008;50(10):1195-202.

Norlund S, Reuterwall C, Hoog J, Nordin M, Edlund C, Slunga Birgander L. Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: experiences from the REST-project. *J Occup Rehabil*. 2011;21(1):23-30.

Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008;63(5):506-16.

Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ, van Doornen LJ. Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout. *Scand J Work Environ Health*. 2008;34(1):23-32.

Saganha JP, Doenitz C, Greten T, Efferth T, Greten HJ. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2012;10(11):1233-9.

Sato Kurebayashi LF, da Silva MJP. Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: A randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):731-8.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med*. 2011;68(6):408-13.

Van Rhenen W, Blonk RW, van der Klink JJ, van Dijk FJ, Schaufeli WB. The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *Int Arch Occup Environ Health*. 2005;78(2):139-48.

Virgili M. Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*. 2015;6(2):326-37.

Willert MV, Wieclaw J, Thulstrup AM. Rehabilitation of individuals on long-term sick leave due to sustained stress-related symptoms: a comparative follow-up study. *Scand J Public Health*. 2014;42(8):719-27.

RESULTS

Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?

Deligkaris en collega's (2014) hebben een systematische review uitgevoerd naar de relatie tussen burnout (gemeten met een gevalideerde methode) en cognitief functioneren (gemeten met diverse testen) (17). De systematische review includeerde vijftien primaire studies met verschillende studiedesigns. De methodologie van de systematische review scoorde drie van de 11 punten op de AMSTAR en wordt hiermee beoordeeld als zijnde van lage kwaliteit. De lage kwaliteit van de uitvoering van de studie werd met name veroorzaakt doordat niet alle stappen van de selectie en data-extractie door twee mensen waren uitgevoerd en de methodologische kwaliteit was de geïncludeerde studies niet was bepaald.

Dertien van de vijftien studies vonden dat het hebben van meer burnoutklachten significant was geassocieerd met verminderd cognitief functioneren. In de tien studies die executief functioneren (bijv. informatie updaten, inhibitie van respons) hadden gemeten vonden negen studies een significante associatie tussen meer burnoutklachten en verminderd functioneren. In de zeven studies die aandachtsvermogen hadden gemeten werden in vijf studies een significante associatie gevonden tussen meer burnout klachten en verminderd aandachtsvermogen. In de zeven studies die geheugen hadden gemeten vonden zes studies een associatie tussen meer burnoutklachten en verminderd geheugen.

Welke factoren voorspellen en beïnvloeden het (herstel van) werkfunctioneren bij werkenden met overspanning en burn-out? (uitkomstmaten: re-integratie, terugkeer naar werk, langdurig verzuim, verlies van werk)

In het rapport van Rongen en collegae (2015) staan de evidence tabellen per studie over prognostische factoren.

Tabel 1: Prognostische factoren voor vermindering van overspanningsklachten.

PROGNOSTISCHE FACTOR	SIGNIFICANT EFFECT (N)	GEEN EFFECT (N)	KWALITEIT VAN BEWIJS (GRADE)
Meer steun van collega's	2	0	Redelijk
Korte duur van klachten	2	0	Laag
Minder emotionele uitputting	1	1	Zeer laag
Lagere leeftijd	0	2	Redelijk
Minder autonomie in werk	1	1	Laag
Man	1	1	Laag
Lagere psychologische of somatische attributie	1	1	Laag
Kortere duur van verzuim	1	1	Laag
Minder werkuren	1	1	Laag

Tabel 2: Prognostische factoren voor vermindering van burnoutklachten.

PROGNOSTISCHE FACTOR	SIGNIFICANT EFFECT (N)	GEEN EFFECT (N)	KWALITEIT VAN BEWIJS (GRADE)
Minder autonomie in werk	2*	0	Laag
Minder uitputting	2	0	Redelijk
Meer taakvariatie	0	2	Redelijk
Minder werkuren	0	2	Redelijk
Kortere duur van klachten	1	1	Laag
Meer steun van collega's	1	1	Laag
Meer steun van leidinggevende	1	1	Laag
Lagere leeftijd	1	1	Laag
Man	1	1	Laag

* De richtingen van de effecten zijn allemaal dezelfde kant op, uitzondering is autonomie (1 negatief, 1 positief)

Tabel 3: Prognostische factoren voor verslechtering in werkgerelateerde uitkomstmaat.

PROGNOSTISCHE FACTOR	SIGNIFICANT EFFECT (N)	GEEN EFFECT (N)	KWALITEIT VAN BEWIJS (GRADE)
Een bezoek van een professional	0	2	Hoog
Hogere leeftijd	2	0	Redelijk
Meer ziekteverzuim	1	2	Redelijk
Opleidingsniveau	0	2	Redelijk
Lager inkomen	0	2	Redelijk
Wel co-morbiditeit	1	1	Laag

Overspanningsklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat meer steun van collega's (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) en laag kwaliteit bewijs dat kortere duur van klachten (n=2, follow-up:48 maanden)(19, 20) geassocieerd zijn met vermindering van overspanningsklachten. Lagere leeftijd (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) blijkt op basis van redelijk bewijs kwaliteit geen effect te hebben op de uitkomstmaat en voor de factoren minder autonomie in werk (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20), mannelijk geslacht (n=2, follow-up: 13-48 maanden) (18, 19), lagere psychologische/somatische attributie (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 20), kortere duur van verzuim (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 19) en minder werkuren(n=2, follow-up: 13-48 maanden) (18, 19) is er laag kwaliteit bewijs van het inconsistente effect. Het bewijs dat minder emotionele uitputting (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 20) een inconsistente relatie heeft met de uitkomstmaat is zelfs van zeer lage kwaliteit.

Burnoutklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat minder uitputting (n=2, follow-up: 6-48 maanden)(20, 22) samenhangt met meer vermindering in burnoutklachten. Er is ook bewijs van redelijke kwaliteit dat meer taakvariatie op het werk (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) en minder uren werken (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) deze uitkomst niet voorspellen. Voor minder autonomie (n=2, follow-up:13-48 maanden)(18, 20), kortere duur van de klachten (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21), meer steun van collega's en leidinggevende (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20), lagere leeftijd(elk jaar jonger of onder de 39 jaar) (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21) en man zijn (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21) is er inconsistent bewijs van lage kwaliteit voor een relatie met vermindering van burnoutklachten.

Werkgerelateerde uitkomsten

Er is bewijs van hoge kwaliteit dat bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) geen relatie heeft met werkgerelateerde uitkomsten (n=2, follow-up: 6-12 maanden)(23, 24). Er is daarnaast bewijs van redelijke kwaliteit dat een lager inkomen (n=2, follow-up: 12 maanden)(23, 25) en opleidingsniveau (n=2, follow-up: 48 maanden) geen relatie hebben met deze uitkomst. Echter, een hogere leeftijd (elk jaar ouder of boven de 25 jaar) (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 25) is wel een voorspeller (redelijke kwaliteit van bewijs). Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat meer ziekteverzuim (n=2, follow-up: 3-6 maanden)(19, 24) en bewijs van lage kwaliteit dat het hebben van co-morbiditeit (n=2, follow-up: 12 maanden) (23, 25) een inconsistente relatie hebben met deze uitkomst.

Conclusie

In de afgelopen tien jaar is bekend geworden dat er enige zekerheid is dat meer steun van collega's significant samenhangt met een vermindering van overspanningsklachten. Voor een kortere duur van klachten werd deze relatie ook gevonden, maar is er weinig zekerheid. Er is daarnaast enige zekerheid dat een lagere leeftijd geen voorspeller is van deze uitkomst en voor de factoren mindere autonomie, mannelijk geslacht, lagere psychologische/somatische attributie, kortere verzuimduur en minder werkuren is er inconsistent bewijs. Voor de vermindering van burnoutklachten is er enige zekerheid dat minder uitputting een significante voorspeller is, en dat minder taakvariatie en minder werkuren geen relatie hebben tot deze uitkomst. Ook voor deze uitkomst geldt dat er voor meerdere factoren, namelijk minder autonomie in het werk, kortere duur van de klachten, meer steun van collega's, meer steun van leidinggevende en een lagere leeftijd inconsistent bewijs voor een relatie is. Voor werkgerelateerde uitkomsten blijkt er een redelijke mate van zekerheid te bestaan dat een hogere leeftijd geassocieerd is met een verslechtering, terwijl er hoge mate van zekerheid bestaat dat een bezoek aan een professional geen voorspeller is. Voor een lager opleidingsniveau en een lager inkomen bestaat er enige zekerheid dat het geen voorspellers zijn. Voor de factoren meer ziekteverzuim en het hebben van co-morbiditeit is de relatie inconsistent.

4. en 5. Wat zijn effectieve (individuele en organisatorische/werkgerichte) interventies bij werkenden met overspanning of burn-out (waarbij sprake is van stagnatie)?

(uitkomstmaten: re-integratie, werkfunctioneren, terugkeer naar werk, instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen)
In het rapport van Rongen en collegae (2015) staan de evidence tabellen per studie over Interventies.

Tabel 4

	NIET EFFECTIEF		EFFECTIEF	
	KLACHTEN VERBETEREN	TERUGKEER NAAR WERK	KLACHTEN VERBETEREN	TERUGKEER NAAR WERK
Hoog	OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (OK) (N=3)	-	-	-
Redelijk	<ul style="list-style-type: none"> - CGT vs. geen behandeling (OK) (N=1) - Participatieve OGT vs. OGT (OK) (N=1) - Psychosociale therapie vs. geen interventie (BU bevlogenheid) (N=1) - Qigong vs. wachtlijst (BU) (N=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - CGT vs. geen behandeling (gedeeltelijk) (N=2) - OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (volledig) (N=2) - OGT vs. CGT (gedeeltelijk & volledig) (N=1&1) - Participatieve OGT vs. OGT (volledig) (N=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosociale therapie vs. geen interventie (BU uitputting) (N=1) - CGT vs. OGT (OK) (N=1) - Acupunctuur vs. geen interventie (OK) (N=1) - Voedingssupplement vs. placebo (BU) (N=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (gedeeltelijk) (N=1)
Laag	<ul style="list-style-type: none"> - CGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn* (OK) (N=1) - Individuele CGT vs. groep CGT (OK) (N=1) - Fysieke en relaxatie oefeningen vs. CGT (OK, BU) (N=1) - Multimodale stress revalidatie plus cognitieve training via computer vs. multimodale stress revalidatie (BU) (N=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - CGT vs. geen behandeling (volledig) (N=1) - CGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (volledig) (N=1) - Individuele CGT vs. groep CGT (volledig) (N=1) - CGT plus fysieke relaxatie vs. fysieke relaxatie (gedeeltelijk, volledig) (N=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - CGT plus fysieke relaxatie vs. fysieke relaxatie (BU) (N=1) - Stress inoculation training vs. wachtlijst (OK) (N=1) - Acceptatie en commitment therapie vs. wachtlijst (OK) (N=1) 	-
Zeer laag	Multicomponent interventie binnen vs. buiten (OK) (N=1)	Stress management + gebruikelijk vs. gebruikelijk (volledig, N=1)	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness (alleen pre- post-test) (OK) (N=19) - Gesprek over RTW vs. geen interventie (OK) (N=1) 	-

Overspanningsklachten

Er is bewijs van hoge kwaliteit dat Opglossingsgerichte Therapie (OGT) niet effectiever is dan een behandeling die niet gebaseerd is op een richtlijn in het verminderen van overspanningsklachten, gebaseerd op drie studies uit één review (Arends et al., 2012)(28). De niet op een richtlijn gebaseerde behandelingen omvatte in deze studies reguliere zorg geleverd door huisarts of bedrijfsarts. Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat participatieve OGT voor deze uitkomst niet effectiever is dan OGT zonder participatieve aanpak, gebaseerd op één studie (28).

Er is bewijs van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) niet effectiever is dan geen behandeling in het verminderen van overspanningsklachten (28). Daarnaast is er bewijs van lage kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat CGT niet effectiever is dan een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn(28). De niet op een richtlijn gebaseerde behandeling omvatte in deze studie zorg geleverd door huisarts of bedrijfsarts. In een directe vergelijking tussen CGT en OGT werd bewijs gevonden van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat CGT effectiever is dan OGT in het verminderen van overspanningsklachten (42).

Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat acupunctuur effectiever is dan geen interventie in het verminderen van overspanningsklachten (46). Voor de andere vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van (zeer) lage kwaliteit dat deze wel of niet effectief zijn (zie tabel 4). Zo is er bijvoorbeeld bewijs van zeer lage kwaliteit dat mindfulness zorgt voor een afname in burnoutklachten, gebaseerd op 19 studies (29). Opgemerkt moet worden dat er bij veel van de interventies slechts een voor- en nameting was en dat het dus gaat om een vermindering in overspanningsklachten over de tijd.

Burnoutklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat psychosociale therapie ten opzichte van geen interventie effectief is in het verminderen van burnoutklachten wanneer gekeken wordt naar uitputting maar niet effectief in het veranderen van bevoegenheidsaspect van burnout, gebaseerd op één studie (44). Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat het innemen van een specifiek voedingssupplement effectiever is dan het innemen van een placebo in het verlagen van burnoutklachten, gebaseerd op één studie (41). Daarnaast is er bewijs gevonden van redelijke kwaliteit dat Qigong (fysieke oefeningen volgens een Chinese leer methode gericht op lichaamsenergie stromingen en ademhaling) niet effectiever is dan op een wachtlijst worden geplaatst in het verlagen van burnoutklachten, gebaseerd op één studie (45). Voor de andere onderzochte vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van (zeer) lage kwaliteit over de effectiviteit (zie tabel 4).

Werkgerelateerde uitkomstmaten

De Arends review uit 2012 (28) had meerdere studies opgenomen waarin gedeeltelijke of volledig terug naar werk werd gemeten door verschillende studies. Zo blijkt dat er redelijk kwaliteit van bewijs is dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) niet effectiever is in het bevorderen van een gedeeltelijke terugkeer naar werk dan geen interventie. Er is ook bewijs van redelijke kwaliteit dat Oplossingsgerichte Therapie (OGT) beiden niet effectiever is in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk dan een behandeling die niet gebaseerd is op een richtlijn door een huisarts of bedrijfsarts. OGT blijkt wel effectiever te zijn dan een behandeling niet gericht op richtlijn voor gedeeltelijke terugkeer naar werk, hiervoor is er redelijk kwaliteit van bewijs gebaseerd op één studie (28).

In een directe vergelijking, gebaseerd op één studie, bleek er redelijke kwaliteit van bewijs te zijn voor de bevinding dat OGT niet effectiever is dan CGT in beide vormen van terugkeer naar werk. Tevens is participatieve OGT niet effectiever dan alleen OGT in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk, op basis van redelijke kwaliteit bewijs, gebaseerd op één studie (28).

Voor de andere vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van lage kwaliteit dat deze niet effectief zijn (zie tabel 4), dit geldt voor de effectiviteit van CGT versus geen behandeling of een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk. Er is ook lage kwaliteit van bewijs dat CGT met fysieke relaxatie niet effectiever is dan fysieke relaxatie alleen in het bevorderen van een gedeeltelijke of volledige terugkeer naar werk. Voor individuele CGT versus groep CGT is er kwaliteit van laag bewijs dat individueel niet effectiever is in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk (28). Eén studie heeft het effect gemeten van stress management met gewoonlijke zorg versus gewoonlijke zorg, dit bleek na vijf jaar follow-up de tijd tot terugkeer naar werk niet te verminderen, hoewel de kwaliteit van bewijs hier van zeer lage kwaliteit is (40).

Conclusie

Er zijn veel interventies ontwikkeld gericht op het verminderen van overspanning en burnout en die terugkeer naar werk zouden moeten bespoedigen. Veel van deze interventies zijn een vorm van CGT of OGT. Deze vormen van therapieën werden al aangeraden in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Echter, in de huidige wetenschappelijke literatuur zijn de interventies onderzocht ten opzichte van een diversiteit aan controlecondities (andere interventie, behandeling niet volgens richtlijn, geen interventie etc.). Dit maakt het formuleren van een eenduidige conclusie over welke interventie het meest effectief is problematisch zonder dat er eerst meer onderzoek verricht wordt.

Op basis van de recente wetenschappelijke literatuur kunnen we met grote zekerheid concluderen dat OGT niet effectiever is in het verminderen van klachten dan een niet op een richtlijn gebaseerde behandeling door een huisarts of bedrijfsarts. Daarnaast kunnen we met enige zekerheid concluderen dat OGT vergeleken met deze controlegroep wel de gedeeltelijke maar niet de volledige terugkeer naar werk kan bevorderen.

Van geen enkele andere interventie is aangetoond dat deze terugkeer naar werk kan bevorderen. Ten aanzien van het verminderen van klachten kan er met enige zekerheid gesteld worden dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedingssupplement effectiever zijn dan geen interventie. En dat CGT effectiever is dan OGT. Echter, al deze bevindingen zijn gebaseerd op telkens één studie.

WAT ZIJN DE BEPERKINGEN IN HET WERKFUNCTIONEREN BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING OF BURN-OUT?

AUTEUR; JAAR; LAND	DOEL	
<i>Salyers; 2017; Verenigde Staten</i>	Relaties tussen burn-out bij zorgprofessionals (emotionele uitputting, depersonalisatie, en verminderde persoonlijke bekwaamheid) en de kwaliteit (waargenomen kwaliteit, patiënttevredenheid) en de veiligheid van de zorg.	
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	UITKOMSTMATEN
Publicaties werden gevonden door doelgerichte literatuur-searches in Ovid MEDLINE, PsycINFO, Web of Science, CINAHL, en ProQuest Dissertations & Theses t/m maart 2015. Twee data-specialisten deden de data-extractie en berekenden effect-groottes en potentiële moderators. We berekenden Pearson's r voor alle onafhankelijke verbanden tussen burn-out en de kwaliteitsmaten; daarbij maakten we gebruik van een random effects-model. De gegevens werden beoordeeld op mogelijke impact van toegepaste wetenschappelijke methoden, outliers, en publicatie-bias.	Aantal studies: 82 Aantal participanten: 210.669	Waargenomen kwaliteit, patiënttevredenheid
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL	KWALITEIT
<p>Samenvatting Er werden statistisch significante negatieve verbanden gevonden tussen burn-out en kwaliteit ($r = -0.26$, 95 % CI [-0.29, -0.23]) en tussen burn-out en veiligheid ($r = -0.23$, 95 % CI [-0.28, -0.17]). In beide gevallen betekende het negatieve verband dat een grotere mate van burn-out bij zorgprofessionals was geassocieerd met een lagere kwaliteit van de zorg en verminderde patiëntveiligheid. Moderators for the quality relationship included dimension of burnout, unit of analysis, and quality data source. Moderators van het verband tussen burn-out en veiligheid waren type veiligheidsindicatoren, populatie en land. Toegepaste wetenschappelijke methoden was geen significante moderator.</p>	<p>Burn-out bij zorgprofessionals laat een consistent negatief verband zien met waargenomen kwaliteit (inclusief patiënttevredenheid), kwaliteitsindicatoren en waargenomen veiligheid. Hoewel de effecten klein tot gemiddeld zijn, benadrukken de resultaten het belang van effectieve burn-out-interventies voor zorgprofessionals. Moderatie-analyses wijzen op contextuele factoren die in toekomstig onderzoek nader zouden kunnen worden beschouwd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - we vonden kleine tot middelgrote verbanden tussen burn-out en zowel verminderde zorgkwaliteit als verminderde veiligheid. - van de burn-out-componenten had emotionele uitputting het sterkste verband met kwaliteit, gevolgd door depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. - In termen van kwaliteit had burn-out een middelgroot verband met lagere waargenomen (door de zorgprofessional gerapporteerde) kwaliteit, en een zwakker maar wel significant verband met verminderde patiënttevredenheid. 	<p>+; -; ?; NVT (Niet van toepassing) Ja, Nee, Weet niet (Niet van toepassing)</p> <p>We hebben de richtlijnen van de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) gevolgd.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Was an 'a priori' design provided? - 2 Was there duplicate study selection and data extraction? + 3 Was a comprehensive literature search performed? + 4 Were limitations in the literature search reported? + (Studies were predominantly cross-sectional) 5 Was a list of studies (included and excluded) provided? + 6 Were the characteristics of the included studies provided? - 7 Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? + 8 Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? + 9 Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? (Finally, meta-analyses were characterized by high levels of heterogeneity; in most moderator analyses, I² values remained above 25%, indicating likely additional moderators.) + 10 Was the likelihood of publication bias assessed? + 11 Was the conflict of interest stated? + <p>Algemene conclusie: 9/11</p>

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE	
<i>De Jong; 2016; Nederland</i>	Relatie tussen Common mental disorders (CMD–burn-out, stress, depressie en angststoornissen) en medische incidenten en/of onprofessioneel gedrag.	
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	UITKOMSTMATEN
In PubMed werd gezocht op alle artikelen gepubliceerd tussen 2003 en 2013. De sterkte van het bewijs werd vastgesteld m.b.v. vijf niveaus van bewijs.	<p>CMD bij artsen</p> <p>Aantal studies: K=15 (12 over burn-out (drie longitudinale en zeven cross-sectionele studies)</p> <p>8. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. <i>BMJ</i> 2008;336:488-491.</p> <p>14. Block L, Wu AW, Feldman L, Yeh HC, Desai SV. Residency schedule, burnout and patient care among first-year residents. <i>Postgrad Med J</i> 2013; 89:495-500.</p> <p>15. de Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. <i>Anesth Analg</i> 2013;117:182-193.</p> <p>16. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. <i>Korean J Fam Med</i> 2013;34:36-42.</p> <p>17. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. <i>Ann Surg</i> 2010;251:995-1000.</p> <p>18. Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. <i>Psychol Health Med</i> 2009;14:654-666.</p> <p>19. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. <i>Occup Med (Lond)</i> 2009;59:8-13.</p> <p>20. Argentero P, Dell'Olivo B, Ferretti MS. Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. <i>Am J Kidney Dis</i> 2008;51:80-92.</p> <p>23. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. <i>Health Care Manage Rev</i> 2007;32:203-212.</p> <p>25. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. <i>JAMA</i> 2009;302:1294-1300.</p> <p>26. Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. <i>J Gen Intern Med</i> 2008;23:1581-1588.</p> <p>27. West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. <i>JAMA</i> 2006; 296:1071-1078.</p> <p>Aantal patiënten: N= 13.161</p>	Medische incidenten en onprofessioneel gedrag
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL	KWALITEIT
<p>Samenvatting</p> <p>Associatie van burn-out en het vóórkomen van medische incidenten: OR= 1.07-5.5 gevonden in 9 studies. Eén longitudinale studie vond een niet-significante associatie (sterk bewijs). Er werd geen significante associatie gevonden tussen burn-out en onprofessioneel gedrag (inconsistent bewijs).</p> <p>Resultaten</p> <p>De associatie tussen burn-out en medische incidenten werd onderzocht in 10 van de</p>	<p>CMD bij ziekenhuisartsen was geassocieerd met het vóórkomen van zelf-gerapporteerde medische incidenten, maar er was inconsistent bewijs voor onprofessioneel gedrag.</p> <p>Uitgaande van de criteria voor de niveaus van bewijs, vonden we sterk bewijs voor de associatie tussen burn-out en medische incidenten bij ziekenhuisartsen. We vonden inconsistent bewijs voor de associatie tussen burn-out en onprofessioneel gedrag bij ziekenhuisartsen.</p>	<p>+: -; ?; NVT (niet van toepassing)</p> <p>Ja, Nee, Weet niet (niet van toepassing)</p> <p>1 Was an 'a priori' design provided? -</p> <p>2 Was there duplicate study selection and data extraction? +</p> <p>3 Was a comprehensive literature search performed? -</p> <p>4 Were limitations in the literature search reported? +</p> <p>5 Was a list of studies (included and excluded) provided? +</p>

geïnccludeerde studies [8,14- 19,23,25,27]. Drie daarvan waren longitudinaal en zeven hadden een cross-sectioneel design. Twee longitudinale studies en zeven cross-sectionele studies vonden een significante positieve associatie in dezelfde richting [8,14-19,23,25,27]. Eén longitudinale studie liet niet-significante uitkomsten van het verband zien [8]. Block et al. vonden dat artsen met hoge burn-out-scores minder vaak een goede kwaliteit van patiëntenzorg rapporteerden ($P < 0.001$) [14]. Volgens De Oliveira et al. waren medische fouten gerelateerd aan alle drie de dimensies van burn-out ($P < 0.001$) [15]. Verder vonden Kang et al. een significante associatie tussen medische fouten en twee dimensies van burn-out, nl. emotionele uitputting [odds ratio (OR) 1.07; $P < 0.01$] en depersonalisatie (OR 1.11; $P < 0.05$) [16]. De associatie tussen burn-out en persoonlijke bekwaamheid, de derde dimensie van burn-out, was niet-significant. Drie studies vonden een associatie tussen zelf-gerapporteerde fouten en burn-out ($P < 0.001$) [17,18,25]. In de studie van Toral-Villanueva rapporteerden junior-dokters met burn-out in vergelijking met junior-dokters zonder burn-out 5,5 keer zo vaak een of meer keer per maand dat ze suboptimale zorg hebben geleverd ($P < 0.001$) en 5,2 keer zo vaak suboptimale zorg per week te leveren ($P < 0.01$) [19]. Fahrenkopf et al. vonden in een longitudinale studie geen significant effect in de associatie tussen burn-out en medische incidenten [8]. Zij vonden vergelijkbare aantallen fouten tussen artsen met en zonder burn-out.

De associatie tussen het hebben van burn-out-klachten en het vóórkomen van onprofessioneel gedrag werd onderzocht in twee van de geïnccludeerde studies [20,26]. De ene studie had een longitudinaal, de andere een cross-sectioneel design. Beide studies vonden een niet-significant positief effect voor de associatie tussen burn-out en onprofessioneel gedrag bij ziekenhuis-artsen. Argentero et al. vonden een negatieve correlatie tussen patiënttevredenheid met dialysezorg en alle drie dimensies van burn-out: emotionele uitputting ($\rho = -0.391$; $P = 0.1$), depersonalisatie ($\rho = -0.154$; $P = 0.6$) en persoonlijke bekwaamheid ($\rho = 0.488$; $P = 0.07$) [20]. Volgens Ratanawongsa et al., waren hogere burn-out scores geassocieerd met verzekerde patiënten ($P < 0.05$), maar werd burn-out bij artsen niet significant geassocieerd met patiënttevredenheid, vertrouwen in het algemeen en vertrouwen in hun arts [26]. Verder vonden ze geen significante verschillen in de associatie tussen burn-out en communicatie door de arts.

- 6 Were the characteristics of the included studies provided? +
- 7 Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? +
- 8 Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? +
- 9 Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? Narratief -
- 10 Was the likelihood of publication bias assessed? -
- 11 Was the conflict of interest stated? +

Algemene conclusie: 7/11
(gemiddelde kwaliteit)

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE; SAMPELING		
<i>Eskildsen; 2016; Denemarken (originele cross-sectionele studie Eskildsen 2015)</i>	<p>Werkgerelateerde stressklachten: ≥ 1 maand, ernst symptomen is T-score ≥ 63 op 1 of meer SCL-90-R-subschalen depressie, angst en somatisatie.</p> <p>Studiepopulatie getrokken uit patiënten die door huisarts waren verwezen naar afd. Arbeidsgeneeskunde van Regionaal Ziekenhuis West-Jutland. Redenen van verwijzing: werkgerelateerde psychische problemen, behoefte aan hulp bij RTW en/of ziekte dient te worden gemeld als beroepsziekte. Gezonde controlegroep getrokken uit werknemers in dienst bij dit ziekenhuis of bij de gemeente Herning.</p>		
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	PREDICTOREN	UITKOMSTMATEN
Prospectief; 12 maanden follow-up	N=56: M=16%, gem. leeftijd 44.2 (range 28.6-61.3); Controle N=56: M=16%, gem. leeftijd 45.1 (range 27.6-61.7)	Werkgerelateerde stress-klachten Cognitieve problemen op baseline: neuropsychologische testbatterij voor het meten van verwerkingssnelheid, werkgeheugen, kortetermijnegeheugen en algemeen geheugen.	Verandering in cognitieve problemen na 12 maanden: neuropsychologische testbatterij voor het meten van verwerkingssnelheid, werkgeheugen, kortetermijnegeheugen en algemeen geheugen.
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL		KWALITEIT
<p>Verandering in cognitief functioneren tussen baseline en follow-up na 12 maanden is significant groter bij de patiëntengroep voor: Prospectief geheugen: ruwe score 12.37 (95% BI 4.59, 20.15) Verwerkingssnelheid: index score 3.29 (95% BI 0.65, 5.93)</p> <p>Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden voor: Paced auditory serial addition test (meet aspecten van werkgeheugen, aandacht, snelheid en rekenvaardigheden): ruwe score 1.15 (95% BI -1.19, 3.50) Kortetermijnegeheugen: index score -2.61 (95% BI -5.78, 0.56) Algemeen geheugen: index score 0.83 (95% BI -2.41, 4.06) Werkgeheugen: index score 1.64 (95% BI -1.65, 4.92) Rey complex figure test (visueel-ruimtelijk geheugen, visueel-ruimtelijke vaardigheden) onmiddellijk: $t = -0.84$ (95% BI -4.07, 2.39) Rey complex figure test, uitgesteld: $t = 0.04$ (95% BI -3.11, 3.19)</p> <p>Significante verschillen in cognitief functioneren tussen (voormalige) patiënten en controle bij follow-up na 12 maanden, Cohens d (95% BI): Prospectief geheugen: $d = 0.38$ (0.02, 0.75) Verwerkingssnelheid: $d = 0.39$ (0.05, 0.73) Paced auditory serial addition test: $d = 0.31$ (0.001, 0.61) Kortetermijnegeheugen: $d = 0.47$ (0.10, 0.83)</p> <p>Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden voor Algemeen geheugen, Werkgeheugen, Rey complex figure test onmiddellijk en uitgesteld (visueel-ruimtelijk geheugen, visueel-ruimtelijke vaardigheden).</p>	<p>Vergeleken met de controlegroep lieten (voormalige) patiënten met werkgerelateerde stress-klachten vooral verbeteringen zien op prospectief geheugen en verwerkingssnelheid (waar ze ook de grootste beperkingen hadden op baseline). De patiënten presteerden na 12 maanden echter nog wel significant slechter dan de controles op prospectief geheugen, verwerkingssnelheid, Paced auditory serial addition test (meet aspecten van werkgeheugen, aandacht, snelheid en rekenvaardigheden) en kortetermijnegeugen.</p>		<p>Studie participatie - (51 personen die wel aan de inclusiecriteria voldeden zagen af van deelname aan de studie, 60 personen namen wel deel, dus $> 50\%$ = OK; er is geen non-responsanalyse gedaan, maar van de 51 pers. die niet deelnamen was de reden meestal dat ze er niet nog meer activiteiten bij konden hebben in hun situatie en de auteurs erkennen wel dat die personen wellicht de meeste stressklachten hadden en daarmee waarschijnlijk ook veel cognitieve problemen); Studieverloop +; Meting prognostische factor +; Meting uitkomstmaat +; Statistische analyse en rapportage +; Totaal 4/5</p>

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; HR= Hazard Ratio; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLB= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/ Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE; SAMPELING		
<i>Oosterholt; 2014; Nederland</i>	Klinische burn-out, vastgesteld door team van klinisch psychologen Niet-klinische burn-out, uitputtingsschaal UBOS \geq 2.20 Controle, uitputtingsschaal UBOS $<$ 2.20 Klinische burn-outpatiënten van drie vestigingen van HSK Groep in Oost-Nederland. Niet-klinische burn-out en controle geworven via advertentie en sociaal netwerk.		
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	PREDICTOREN	UITKOMSTMATEN
CT	N=92, waarvan - klinische burn-out N=33: M=18, V=15, gem. leeftijd 41.91, SD=10.89, 100% ziekteverlof N=12, deels ziekteverlof N=16, geen ziekteverlof N=5 - niet-klinische burn-out N=29: M=13, V=16, gem. leeftijd 37.55, SD=12.55 - gezonde controlegroep N=30 (M=16, V=14, gem. leeftijd 38.93, SD=11.23)	Klinische burn-out Niet-klinische burn-out	Zelf-gerapporteerde cognitieve problemen Cognitieve testprestaties: testbatterij voor het meten van executief functioneren en meer algemene cognitieve verwerking Subjectieve kosten door het maken van de cognitieve tests: zelf-gerapporteerde vermoeidheid, motivatie, inspanning en belasting (demands)
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL	KWALITEIT	
Univariate analyse klinisch/niet-klinisch/controle gemiddelde (SD) (F, p, n ²) Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) (zelf-rapportage) 76.42 (13.36)/64.17 (10.77)/53.80 (9.70) (F=30.80, p<.001, n2=0.41) Prestaties Cognitieve testbatterij Onafhankelijk van het soort test (schakel- of herhaaltaken) reageerde de klinische burn-out-groep significant trager dan de gezonde controlegroep (p=0.016) en iets trager dan niet-klinische burn-out-groep (p=0.051). Op de overige cognitieve testen zijn geen significante verschillen tussen de groepen gevonden. Alle deelnemers waren vermoeider na de test dan voor de cognitieve testbatterij. Op beide meetmomenten scoorde de klinische burn-out-groep significant hoger op vermoeidheid vergeleken met de niet-klinische burn-out-groep en die scoorde weer hoger dan de controlegroep (p<.05). De groepen verschilden niet in motivatie. De klinische burn-out-groep scoorde significant hoger op geleverde inspanning dan de niet-klinische burn-out-groep (p=.033) en de controlegroep (p=.045). De klinische burn-out-groep vond de cognitieve testbatterij in zijn geheel significant meer belastend dan de controlegroep (p=.021).	Mensen met klinische burn-out rapporteerden meer cognitieve problemen dan mensen met niet-klinische burn-out, die op hun beurt meer cognitieve problemen rapporteerden dan de gezonde controlegroep. Mensen met klinische burn-out presteerden t.o.v. de gezonde controlegroep minder goed op cognitieve verwerking (ze reageerden trager) maar even goed op executief functioneren. Mensen met klinische burn-out rapporteerden grotere subjectieve kosten (vermoeidheid, inspanning, belasting) bij het maken van de cognitieve testen.	Studie participatie – (ca. 40% van de mensen die voldeden aan de inclusie-criteria voor klinische burn-out deed mee aan de studie, dus < de vereiste 50%); Studie verloop +; Meting prognostische factor + (analyse OK, alleen post-hoc-analyse ‘subjectieve kosten’ niet); Meting uitkomstmaat +; Statistische analyse en rapportage +; Totaal 4/5	

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; HR= Hazard Ratio; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLB= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE; SAMPELING		
<i>Kwah; 2016; Verenigde Staten</i>	Artsen in het eerste jaar van hun opleiding Interne geneeskunde, met burn-out vastgesteld met de Maslach Burnout Inventory Studiepopulatie getrokken uit artsen in opleiding van Icahn School of Medicine, Mount Sinai NY		
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	PREDICTOREN	UITKOMSTMATEN
Longitudinale cohort, één jaar	N=53	Burn-out	1 Fouten bij het voorschrijven van medicatie, d.w.z. van medicatie die kan leiden tot gevaarlijke interacties, medicatie in onjuiste doseringen, onjuiste registratie van de voor geschreven medicatie. Gegevens werden verkregen via registratiesysteem ziekenhuisapotheek en werden per arts weergegeven als aantal fouten per 100 medicatievoorschriften. 2 Professionaliteit, bestaande uit: <ul style="list-style-type: none"> - % ontslagrapporten van ziekenhuispatiënten die binnen 48 uur na ontslag uit het ziekenhuis zijn ingevuld/opgesteld - % rapporten van poliklinische consulten die binnen 72 uur na consult zijn ingevuld/opgesteld - tijd tussen het bekend worden van uitslag laboratoriumonderzoek van poliklinische patiënten en het beoordelen ervan in het elektronische dossier (er staat: time to review outpatient laboratory studies in the electronic health record once resulted)
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL		KWALITEIT
Personen met burn-out / personen zonder burn-out aan het eind van het jaar 1 Cumulatieve aantal fouten bij het voorschrijven van medicatie per 100: 0.553 / 0.780 (p=.007) 2 % ontslagrapporten binnen 48 uur: 83.8 / 84 (p=.93) 3 % poliklinische rapporten binnen 72 uur: 93.7 / 94.3 (p=.31) 4 tijd tussen uitslag en review laboratoriumonderzoek: 72.3 / 26.9 (p=.28) Er werden vergelijkbare resultaten gevonden voor het verband tussen het hebben van burn-out aan het begin van het jaar en de cumulatieve maten van professionaliteit. Er zijn geen verschillen gevonden tussen personen die zowel aan het begin als aan het eind van het jaar geen burn-out hadden en personen die aan het begin van het jaar geen burn-out hadden maar wel aan het eind van het jaar.	Bij het voorschrijven van medicatie maakten artsen in opleiding met burn-out iets minder fouten dan artsen in opleiding zonder burn-out. Er is geen verschil gevonden in professionaliteit tussen artsen in opleiding met en zonder burn-out.		Studie participatie + Studie verloop - (40% loss, reden onbekend, geen analyse) Meting prognostische factor + Meting uitkomstmaat + Statistische analyse en rapportage - (de analyse is duidelijk maar niet alle data worden gegeven) Totaal 3/5

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; HR= Hazard Ratio; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLB= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

WELKE FACTOREN VOORSPELLEN EN BEÏNVLOEDEN HET (HERSTEL VAN) WERKFUNCTIONEREN BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING EN BURN-OUT?

REFERENCE

Andrea Gragnano, Alessia Negrini, Massimo Miglioretti, Marc Corbière. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *J Occup Rehabil.* 2017
DOI 10.1007/s10926-017-9714-1

METHODS	PATIENTS	PROGNOSTIC FACTORS
<p>Study aim: het identificeren van gemeenschappelijke psychosociale factoren die de terugkeer naar het werk (RTW) faciliteren of belemmeren na een ziekte als gevolg van veel voorkomende psychische stoornissen (CMDs), hart- en vaatziekten (CVD's) of kanker (CA's)</p> <p>Study design: Review van reviews en een update van de evidentie</p> <p>Analysis: Best evidence synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis.</p> <p>Setting: werk</p>	<p>Number of studies: K= 3 reviews en 15 extra studies</p> <p>Inclusie: (1) aanwezigheid van kwantitatieve en cohortstudies (prospectief / retrospectief); (2) populaties van werknemers die niet werkten vanwege CMD's (dwz burn-out, stress, depressie, angst, aanpassingsstoornissen), CVD's (dwz angina, hartinfarct, hartklepaandoeningen, aangeboren hartafwijkingen en andere hartziekten als aritmieën bradycardie, pericarditis en endocarditis), of CA's (bijv. borstkanker, kankers van het vrouwelijke voortplantingssysteem, gastro-intestinale kankers); (3) een van de uitkomstmaten was de tijd tot RTW of de kans om weer aan het werk te zijn tijdens de follow-up van de studie; (4) voorspellers gemeten binnen 6 maanden na het begin van het ziekteverlof; (5) ten minste één psychosociale factor onder de voorspellers; (6) statistische analyses van de relaties tussen de basislijn-voorspellers en de RTW-uitkomst; en (7) artikelen in het Engels.</p>	<p>Factor: De auteurs beschouwden de voorspellende variabelen als bevorderend (+) als ze de tijd tot RTW verkleinde of de kans vergrote op terugkeer naar werk tijdens de follow-up. Omgekeerd, variabelen die de tijd tot RTW verlengde of de kans verminderde op terugkeer naar werk tijdens de follow-up werden beschouwd als barrières (-).</p>
OUTCOME	RESULTS	QUALITY ASSESSMENT
<p>Primary: de kans om weer aan het werk te zijn tijdens de follow-up of de tijd tot RTW.</p>		<p>+; -; ?; NA (Not applicable) Yes, No, Can't answer (Not applicable)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Was an 'a priori' design provided? - 2 Was there duplicate study selection and data extraction? - 3 Was a comprehensive literature search performed?+ 4 Were limitations in the literature search reported? - 5 Was a list of studies (included and excluded) provided?+/- 6 Were the characteristics of the included studies provided?- 7 Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? + 8 Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? + 9 Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? +/- 10 Was the likelihood of publication bias assessed? - 11 Was the conflict of interest stated? + <p>General conclusion: Redelijk uitgevoerd</p>

WAT ZIJN EFFECTIEVE (INDIVIDUELE EN ORGANISATORISCHE/WERKGERICHTE) INTERVENTIES BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING OF BURN-OUT (WAARBIJ SPRAKE IS VAN STAGNATIE)?

REVIEW AUTEUR; JAAR		DOEL & INCLUSIECRITERIA	
<p><i>Maricutoiu 2016.</i> <i>Geïnccludeerde studies: Anderson 1999; Anderson 2000; Asuero 2014; Berger 2011; Bilgin 2009; Blonk 2006; Bourbonnais 2006; Bragard 2010; Bresco 2011; Brinkborg 2011; Brooks 2010; Chesney 2003; Coban 2004; Collins 2004; Davidson 2007; Dreyer 2012; Duijts 2008; Elder 2014; Emery 2011; Flook 2013; Forsgårde 2000; Franco 2009; Günü 2010; Jennings 2013; Johnson 2013; Kushnir 1994; Kuske 2009; LeBlanc 2007; Lloyd 2013; MacKenzie 2003; Milstein 2009; Oman 2006; Ossebaard 2000; Peterson 2008; Porter 1999; Porter 2008; Redhead 2011; Rowe 2000; Schaer 2008; Sekiya 2009; Siu 2014; Strolin-Goltzman 2010; Unterbrink 2012; Van Dierendonck 2005; Visser 2008; Wright 2008; Zolnierczyk-Zreda 2005</i></p>		<p>Bepalen van de effectiviteit van gecontroleerde interventies op het verminderen van burn-out bij werknemers. Inclusiecriteria: 1 minimaal één burn-out-specifieke variabele (score op totale burn-out-lijst of op minimaal een van de dimensies uitputting, depersonalisatie of persoonlijke bekwaamheid, zoals beschreven door Maslach en Jackson, 1981) 2 vastgesteld voor en na interventie 3 passieve controlegroep (wachtlust/geen interventie) 4 onderzoeksgroepen met vergelijkbaar baselineniveau van burn-out (gerandomiseerde toewijzing en/of geen significant verschil qua baselineniveau) 5 er waren statistische gegevens gerapporteerd waarmee effect size van de groepsverschillen kon worden berekend (voor en na interventie)</p>	
KENMERKEN GEÏNCLUDEERDE STUDIES	INTERVENTIES	ANALYSE	UITKOMSTMATEN
<p>N=47 (Europa: 19, N-Amerika: 17, Turkije: 3, Israël: 2, Australië: 2, Hong Kong: 1, Japan: 1, N-Zeeland: 1, Z-Afrika: 1) Studiepopulatie: vrouw: 69.55% verschillende beroepsgroepen Randomisatie N=34; Controlegroep: N=35 wachtlust, N=12 geen interventie</p>	<p>Interventies gericht op verminderen burn-out: N=15 ja, N=32 nee; N=45 met focus op werknemer, N=2 met focus op organisatie; N=5 individuele therapie/counseling, N=42 groepsactiviteiten; Interventieduur M=11.28 weken; totale duur sessies M=18.60 uur; Standaardisatie: N=26 met manual; N=24 uitvoering door gespecialiseerde trainer</p>	<p>Meta-analyse met random-effects model</p>	<p>Vermindering van (minimaal één van de dimensies van) burn-out zoals beschreven door Maslach en Jackson, 1981</p>
RESULTATEN	CONCLUSIE ARTIKEL	KWALITEIT	
<p>Gemiddelde ES (95% BI) van interventies in vgl met controlegroep: - op alg niveau burn-out: $d=.22$ (0.08, 0.37), $I^2=30.54$, $k=13$, N control =741, overall N intervention =747 - op uitputting: $d=.17$ (0.07, 0.27), $I^2=25.59$, $k=34$, overall N control =1,120, overall N intervention =1,215 - op depersonalisatie: $d=.04$ (-0.09, 0.17), $I^2=39.11$, $k=31$, overall N control =895, overall N intervention =888 - op persoonlijke bekwaamheid: $d=-.02$ (-0.14, 0.18), $I^2=55.43$, $k=29$, overall N control =806, overall N intervention =817 Moderatie van type interventie op de effectiviteit van interventies op burn-out, ES (95% BI): Uitputting: - CBT: $d=.15$ (-0.01, 0.31), $I^2=29.06$, $k=12$ - relaxatie: $d=.51$ (0.11, 0.91), $I^2=66.46$, $k=6$ - interpersonal soft skills: $d=-.01$ (-0.22, 0.20), $I^2=0$, $k=4$ - role related hard skills: $d=.39$ (-0.01, 0.79), $I^2=0$, $k=5$ Depersonalisatie: - CBT: $d=-.01$ (-0.23, 0.21), $I^2=30.34$, $k=10$ - relaxatie: $d=.08$ (-0.13, 0.30), $I^2=0$, $k=6$ - interpersonal soft skills: $d=-.08$ (-0.27, 0.12), $I^2=0$, $k=4$ - role related hard skills: $d=.55$ (-0.60, 1.70), $I^2=85.37$, $k=5$ Persoonlijke bekwaamheid: - CBT: $d=-.08$ (-0.44, 0.28), $I^2=69.97$, $k=9$ - relaxatie: $d=.17$ (-0.16, 0.51), $I^2=62.38$, $k=7$ - interpersonal soft skills: $d=.27$ (0.07, 0.47), $I^2=0$, $k=4$ - role related hard skills: $d=-.22$ (-1.10, 0.66), $I^2=74.17$, $k=4$</p>	<p>Interventies hebben een klein maar significant effect op het niveau van burn-out als geheel en op de uitputtingsdimensie, maar weinig of geen effect op depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Voor het verminderen van uitputting hebben interventies met relaxatietechnieken of interventies die gebruikmaken van role-related hard-skills het meeste effect; voor het verbeteren van persoonlijke bekwaamheid hebben interventies die gebruikmaken van interpersoonlijke soft-skills het meeste effect.</p>	<p>AMSTAR 8/11: 1 a-priori-design ? 2 duplicate study selection + 3 literatuuronderzoek + 4 inclusiecriteria + 5 lijst van geëxcludeerde studies - 6 kenmerken geïnccludeerde studies - 7 wetenschappelijke kwaliteit geïnccludeerde studies + 8 conclusies + 9 methode + 10 publicatie bias + 11 belangenconflict +</p>	

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; BMI= Beck Depression Inventory; CES-D= Center for Epi-demiological Studies Depression Scale; CGT= Cognitieve Gedragstherapie; CT= Controlled Trial/Gecontroleerd Onderzoek; DASS= Depression-Anxiety and Stress Scales; ED-6= Teacher Stress Scale ED-6; Gem= Gemiddelde; mnd= maanden; HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale; JSS= Job Stress Survey; MHPSS= Mental Health Professionals Stress Scale; N= Aantal artikelen; OGT= Oplossingsgerichte therapie PANAS-N= Positive and Negative Affect Scales (Negative Affect Scale); POMS= Profile of Mood States; PSS= Perceived Stress Inventory; PSQI= Pittsburg Sleep Quality Index; RCT= Randomized Controlled Trial/gerandomiseerd onderzoek; RTW= Return to Work/Terugkeer naar Werk; SCL-90= Symptom Checklist 90; SD= Standaard Deviatie; SF-12-MH= Short Form 12 Mental Health scale; SF-36-MCS= Short Form 36 Mental Component Score; SRLE= Survey of Recent Life Experiences; STAI= State Trait Anxiety Inventory; TAI= Trait Anxiety Inventory; vs= versus.

REVIEW AUTEUR; JAAR		DOEL & INCLUSIECRITERIA	
<p>Panagioti, 2016. Geïnccludeerde studies: Ali 2011; Amutio 2015; Asuero 2014; Bragard 2010; Butow 2008; Butow 2015; Garland 2012; Gunasingam 2015; Linzer 2015; Lucas 2012; Margalit 2005; Martins 2011; Milstein 2009; Parshuram 2015; Ripp 2015; Shea 2014; Verweij 2016; Weight 2013; West 2014</p>		<ul style="list-style-type: none"> - bepalen van de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van burn-out bij artsen - bepalen welke interventies (persoons- of organisatiegericht) het meest effectief zijn - bepalen of er verschillen in effectiviteit zijn tussen verschillende gezondheidszorg-settings (eerste-, tweedelijns, IC) en tussen artsen met veel of weinig werkervaring <p>Inclusiecriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 eerstelijns, tweedelijns en intensive-care-artsen (in opleiding) / gemengde groep gezondheidszorgprofessionals waarvan minimaal 70% arts 2 interventies gericht op stressreductie en/of verbetering van functioneren en vermindering van reported burnout outcomes in artsen; zowel persoonsgericht als organisatiegericht 3 kwantitatieve interventiedesigns zoals beschreven in Cochrane handbook, incl RCT's, CT's, gecontroleerde voor/na-studies en interrupted time series; alle mogelijke controlegroepen 4 Burn-out gemeten met gevalideerde burn-out-vragenlijsten 	
KENMERKEN GEÏNCLUDEERDE STUDIES	INTERVENTIES	ANALYSE	UITKOMSTMATEN
<p>N=19 (aantal vergelijkingen N=20), (VS: 8, Europa:4, Australië: 3, Canada: 2, Argentinië: 1, Israël: 1); studiepopulatie: N= 1550 artsen (i.o.), gemiddelde leeftijd 40.3, 51% vrouw RCT N=17 (waarvan N=3 cluster en N=1 cross-over), controlled voor/na N=3</p>	<p>Persoonsgerichte interventies zoals CGT, mindfulness-based stressreductie, leerprogramma's voor het bevorderen van communicatieve vaardigheden; organisatiegerichte interventies beoogden veranderingen in werkbronnen, werkomgeving en/of taken tbv stressreductie, bijv. verandering in intensity and/or schedule of the workload of diepgaander verbeteringen in the operations of health care organizations and teamwork.</p>	<p>Meta-analyse met random-effects model</p>	<p>Burn-out met focus op emotionele uitputting</p>
RESULTATEN		CONCLUSIE ARTIKEL	KWALITEIT
<p>SMD (95% BI), I² (95% BI): Alle interventies, dus de persoonsgerichte en organisatiegerichte interventies samen, zijn geassocieerd met een kleine significante vermindering van burn-out: -0.29 (-0.42,-0.16), 30% (0, 60%); organisatiegerichte interventies zijn geassocieerd met een middelgrote significante vermindering van burn-out: -0.45 (-0.62, -0.28), 8% (0, 60%). Persoonsgerichte interventies zijn geassocieerd met een kleine significante vermindering van burn-out: -0.18 (-0.32,-0.03), 11% (0, 49%). De effecten van organisatiegerichte interventies zijn significant groter dan de effecten van persoonsgerichte interventies: Cohen Q=4.15, p=.04. Interventies in de eerstelijns gezondheidszorg zijn geassocieerd met kleine tot middelgrote vermindering van burn-out: -0.39 (-0.59, -0.19), 4% (0-69%); interventies in de tweedelijns gezondheidszorg zijn geassocieerd met een kleine significante vermindering van burn-out: -0.24 (-0.41, -0.07), 41% (0, 65%). Het verschil tussen de groepen is echter niet-significant: Q=0.51, p=.48. Het pooled effect van beide typen interventies op burn-out was middelgroot en significant in studies vnl. gericht op ervaren artsen: -0.37 (-0.58, -0.16), 42% (0, 70%); het pooled effect van beide typen interventies op burn-out was klein en significant in studies vnl. gericht op onervaren artsen: -0.27 (-0.40, -0.14), 0% (0, 75%). Het verschil tussen de groepen is echter niet significant: Q=0.92, p=.34.</p>		<p>Interventies (persoons- en organisatiegericht) zijn geassocieerd met een kleine significante vermindering in burn-out. In vergelijking met persoonsgerichte interventies zijn organisatiegerichte interventies effectiever. Interventies gericht op ervaren artsen in de eerstelijnszorg blijken effectiever dan interventies gericht op minder ervaren artsen in de tweedelijnszorg, maar deze verschillen zijn niet significant.</p>	<p>AMSTAR 9/11:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 a-priori-design ? 2 duplicate study selection + 3 literatuuronderzoek + 4 inclusiecriteria + 5 lijst van geëxcludeerde studies - (er is een lijst van included studies maar niet van excluded studies) 6 kenmerken geïnccludeerde studies + 7 wetenschappelijke kwaliteit geïnccludeerde studies + 8 conclusies + 9 methode + 10 publicatie bias + 11 belangenconflict +

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; BMI= Beck Depression Inventory; CES-D= Center for Epi-demiological Studies Depression Scale; CGT= Cognitieve Gedragstherapie; CT= Controlled Trial/Gecontroleerd Onderzoek; DASS= Depression-Anxiety and Stress Scales; ED-6= Teacher Stress Scale ED-6; Gem= Gemiddelde; mnd= maanden; HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale; JSS= Job Stress Survey; MHPSS= Mental Health Professionals Stress Scale; N= Aantal artikelen; OGT= Oplossingsgerichte therapie PANAS-N= Positive and Negative Affect Scales (Negative Affect Scale); POMS= Profile of Mood States; PSS= Perceived Stress Inventory;.; PSQI= Pittsburg Sleep Quality Index; RCT= Randomized Controlled Trial/gerandomiseerd onderzoek; RTW= Return to Work/Terugkeer naar Werk; SCL-90= Symptom Checklist 90; SD= Standaard Deviatie.

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE; SAMPELING		
Beck 2015; Denemarken	Werkgerelateerde stressklachten, (parttime) ziekteverlof. Studiepopulatie geselecteerd nav vooraf opgestelde criteria uit personen die zich voor het onderzoek hadden aangemeld.		
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	INTERVENTIE; CONTROLE	UITKOMSTMATEN
RCT - intention to treat	Interventie N=13, M=2, V=11, leeftijd gem. 43 (SD: 8), opleiding kort N=1, middel N=9, hoog N=3, parttime met ziekteverlof N=3, geheel met ziekteverlof N=10; Controle N=7, M=2, V=5, leeftijd gem. 48 (SD: 10), opleiding kort N=0, middel N=6, hoog N=1, parttime met ziekteverlof N=2, geheel met ziekteverlof N=5.	Interventie: aangepaste versie van de Guided Imagery and Music (GIM)-therapie volgens de Bonny-methode, een therapie uit de humanistische psychologie, waarbij klassieke muziek wordt gebruikt om innerlijke verbeelding te stimuleren, om persoonlijk inzicht en verandering te bewerkstelligen. Er waren 6 sessies in 9 weken. Controle: wachtlijst met standaard zorg	Fysiologische stress-respons (cortisol-, testosteron- en melatonineniveau) en psychologische stressmaten: waargenomen stress (PSS-10), stemmingsstoornis (37 item short form Profile of Moods States), slaapkwaliteit (12-item self-rating scale Karolinska Sleep Diary), fysieke stress-symptomen (16-item scale ongepubliceerd), work readiness (1 vraag), welzijn (WHO-5 Well-being index), angst (Generalized Anxiety Disorder-7), depressie (Major Depression Inventory)
RESULTATEN	CONCLUSIE		KWALITEIT
Effect van interventie vs. Controle: ES (95% BI): Cortisol: 0.43 (0.03, 0.83); testosteron: 0.22 (-0.23,0.67); melatonine: 0.18 (-0.41,1.32) Waargenomen stress: 0.70 (-0.21, 1.60); stemmingsstoornis: 0.90 (0.26, 1.53); slaapkwaliteit: 0.73 (-0.01, 1.48); fysieke stress-symptomen: 0.78 (0.04, 1.53); work readiness: 0.52 (0.26, 1.30); welzijn: 1.37 (1.27, 1.48); angst: 0.88 (0.20, 1.55); depressie: 0.88 (-0.10, 1.86)	GIM was effectiever dan controle voor welzijn, stemmingsstoornis, angst, fysieke stress-symptomen en cortisolniveau, maar niet voor waargenomen stress, slaapkwaliteit, work readiness, depressie, testosteron- en melatonineniveau.		Randomisatie + (via computer) verzwijging toewijzing + blinding patiënten en onderzoekers - (patiënten wisten of ze al dan niet deelnamen aan de interventie) blinding afname uitkomstmaat ? incomplete data op de uitkomst - (uitval > 20%) selectieve rapportage - (geen studieprotocol) andere bronnen van bias: studiepopulatie - (N < 50) Score: 2 = hoog risico op bias

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; ES= effect size; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLB= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/ Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

AUTEUR; JAAR; LAND	CASE DEFINITIE; SAMPELING		
<i>Dalgaard 201; Denemarken</i>	(parttime) ziekteverlof wegens werkgerelateerde aanpassingsstoornis of lichte depressie Studiepopulatie door 'Sickness benefit'-afdeling van drie gemeenten doorverwezen naar de Afdeling Arbeidsgeneeskunde van het Regionale Ziekenhuis van West-Jutland.		
METHODE	KENMERKEN POPULATIE	INTERVENTIE; CONTROLE	UITKOMSTMATEN
RCT – intention to treat	Interventie: N=58, M=15, V=43, leeftijd gem. 45 (range 48-60); lichte depressie N=16, aanpassingsstoornis N=42 Controle: N=56, M=16, V=40, leeftijd gem. 44 (range 29-63); lichte depressie N=11, aanpassingsstoornis N=45	Interventie: individuele werkgerichte CGT, gericht op klachtenreductie, versterken van coping-vaardigheden en het faciliteren van RTW, inhoud: - Identificeren van werk-gerelateerde stressoren - Veranderen van cognitieve en gedragsmatige coping-strategieën - Psycho-educatie over werk-gerelateerde stress - Huiswerk - Assisteren bij het plannen van RTW (dzw het werk stap voor stap oppakken) (6 sessies van 1 uur gedurende 16 weken) met optioneel een werkplek-interventie: 1 of 2 bijeenkomsten (gedurende die 16 weken) op het werk met patiënt, psycholoog, supervisor en/of HR-medewerker over bestaande stressoren, zoals hoge werkdruk, rol-onguidelijkheid e.d. en mogelijkheden om eea aan te passen. Controle: voormeting	Tijd tot duurzame RTW (= minimaal 4 aaneengesloten weken), gemeten na 16 en 44 weken aan de hand van registratiegegevens.
RESULTATEN	CONCLUSIE	KWALITEIT	
Register-based median (95% BI) en Restricted mean (95% BI) aantal weken tot duurzame RTW gemeten na 44 weken: Interventie: 15 (12, 19) en 20 (17, 24), controle: 19 (15, 30) en 25 (21, 28) Hazard Ratio's van tijd tot duurzame RTW gemeten na 16 weken HR (95% BI) interventie/controle - ruwe data: 1.50 (0.85, 2.62)/1 - gecontroleerd voor leeftijd en geslacht: 1.56 (0.89, 2.75)/1 - als voorgaand + voor beroep, aantal weken ziekteverlof voorgaand jaar en zelf-gerapporteerde verzuimstatus (full-/parttime) at baseline: 1.57 (0.87, 2.82)/1 - als voorgaand + diagnose: 1.70 (0.94, 3.10)/1 Tijd tot duurzame RTW na 44 weken HR (95% BI) interventie/controle - ruwe data: 1.33 (0.88, 2.01)/1 - gecontroleerd voor leeftijd en geslacht: 1.36 (0.89, 2.05)/1 - als voorgaand + voor beroep, aantal weken ziekteverlof voorgaand jaar en zelf-gerapporteerde verzuimstatus (full-/parttime) at baseline: 1.44 (0.94, 2.21)/1 - als voorgaand + diagnose: 1.57 (1.01, 2.44)/1	De interventiegroep ging ca. 4 weken eerder aan het werk dan controlegroep.	Randomisatie + verzwijging toewijzing + blinding patiënten en onderzoekers – (patiënten wisten of ze al dan niet deelnamen aan de interventie) blinding afname uitkomstmaat + incomplete data op de uitkomst + selectieve rapportage + andere bronnen van bias – : selectiebias (van de 1130 personen die begonnen aan de selectieprocedure hebben er 521 de screeningsvragenlijst niet ingeleverd om onbekende redenen), deelnemers controlegroep zochten op eigen initiatief elders hulp (controlegroep is dus eigenlijk 'care as usual') Score: 5 = hoog risico op bias	

Afkortingen

4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; HR= Hazard Ratio; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLBI= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/ Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

WAT ZIJN EFFECTIEVE (INDIVIDUELE EN ORGANISATORISCHE/WERKGERICHTE) INTERVENTIES BIJ WERKENDEN MET COMMON MENTAL DISORDER?

REFERENCE

Y. T. Nigatu, Y. Liu, M. Uppal, S. McKinney, S. Rao, K. Gillis and J. Wang. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

METHODS	PATIENTS	INTERVENTIONS
<p>Study aim: De effectiviteit van bestaande werkplek- en klinische interventies te onderzoeken die gericht zijn op het bevorderen van terug keer naar werk (Return to work, RTW)</p> <p>Analysis: meta-analyse</p> <p>Setting: Werk setting</p>	<p>Number of studies: K=16</p> <p>Number of patients: N=3345</p> <p>Inclusion: RCT's, werknemers van ≥ 18 jaar die afwezig waren van het werk als gevolg van een Common Mental disorder (CMD): depressieve stoornissen, eventuele angststoornissen (paniekaanvallen, gegeneraliseerde angststoornis en specifieke fobieën), OCD, PTSS of aanpassingsstoornissen.</p> <p>Exclusion: -</p>	<p>Intervention: Probleemoplossingsstrategieën, CGT, ontwikkelen en herstellen van copingstrategieën, exposure-gebaseerde therapie, ergotherapie, psycho-educatie, diagnose en consultatie en doorverwijzing. Er was geen onderzoek dat de effectiviteit van farmacotherapie (d.w.z. antidepressiva of angstmedicatie) op RTW onderzocht.</p> <p>Vijf studies waren op het werk gerichte interventies om RTW op een zodanige manier te verbeteren dat de patiënten gemotiveerd waren om probleemoplossende strategieën voor werkgerelateerde problemen te ontwikkelen.</p> <p>De meeste interventies hadden gemeenschappelijke elementen, zoals CGT, stressvermindering en het bevorderen van probleemoplossend vermogen van patiënten. Deze strategieën zijn erop gericht om de dialoog op de werkplek te bevorderen en het aanpakken van de specifieke barrières van individuen aan te pakken mbt RTW</p> <p>Control: gebruikelijk zorg</p>
OUTCOME	RESULTS	QUALITY ASSESSMENT
<p>Primary: Percentage RTW en ziekteverzuim tot RTW</p> <p>Secondary: -</p>	<p>In totaal werden 11 RCT's en vijf cluster-RCT's geselecteerd. Gecombineerde resultaten van deze studies suggereerden dat de interventies niet leidden tot een verbetering in RTW vergelijking met de controlegroep [RR= 1,05, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,97-1,12], maar het aantal dagen van ziekte was in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep gemiddeld -13,38 dagen (95% BI -24,07 tot -2,69) minder lang.</p> <p>De review vond geen bewijs voor de effectiviteit van RTW-interventies bij werknemers met een CMD. De RTW-interventies hebben een bescheiden effect op het verminderen van het aantal dagen ziekteverlof voor RTW, wat positief is. Geestelijke gezondheidsproblemen zijn van invloed op een groot deel van de beroepsbevolking, en zijn vaak invaliderend en recidiverend, met een verminderd aantal dagen ziekteverlof of een snellere RTW heeft zowel volksgezondheid als economische implicaties.</p>	<p>+; -; ?; NA (Not applicable) Yes, No, Can't answer (Not applicable)</p> <ol style="list-style-type: none"> Was an 'a priori' design provided? + Was there duplicate study selection and data extraction? + Was a comprehensive literature search performed? + Were limitations in the literature search reported? + Was a list of studies (included and excluded) provided? +/- Were the characteristics of the included studies provided? + Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? + Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? + Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? + Was the likelihood of publication bias assessed? + Was the conflict of interest stated? + <p>General conclusion: Zeer goede SR</p>

REFERENCE		
<p><i>Bas J. de Weerd, Maarten K. van Dijk, Jolijn N. van der Linden, Corné A.M. Roelen and Marc J.P.M. Verbraak. The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. Work 54 (2016) 647-655. DOI:10.3233/WOR-162307</i></p>		
METHODS	PATIENTS	INTERVENTIONS
<p>Study aim: De effecten evalueren van een convergence dialogue meeting (CDM) met de medewerker, therapeut en leidinggevende gericht op het bevorderen van terugkeer naar werk (RTW) als onderdeel van een cognitief-gedragsmatige behandeling (CGT).</p> <p>Study design: RCT</p> <p>Analysis: per protocol</p> <p>Setting: Nederlandse instelling gespecialiseerd in ambulante CGT voor werkgerelateerde psychische problemen</p>	<p>Number of patients: N=60</p> <p>Inclusion: medewerkers met een indicatie voor behandeling in de extramurale gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, die op het moment van intake (gedeeltelijk) ziek waren met een veel voorkomende psychische stoornis (common mental disorders, CMD).</p> <p>Exclusion: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, verslaving, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, acute suïcidaliteit, criminaliteit en psychische stoornissen waarvoor geen evidence-based CBT-behandelingsprotocol bestaat.</p> <p>Baseline characteristics (Interventie vs Control): Vrouwelijk, n=18 vs 10; Gem. leeftijd 39,48 vs 40,34; Diagnose= Somatoform, n=17 vs 17, Depressie, n=6 vs 8 Angst, n=8 vs 4</p>	<p>Intervention: CGT met CDM (4 weken)</p> <p>Control: CGT zonder CDM (4 weken)</p> <p>CDM is een bijeenkomst van ongeveer 90 minuten tussen de werknemer, leidinggevende en therapeut bij de gespecialiseerde ggz. CDM wordt volgens een voorgeschreven agenda uitgevoerd, waarbij de leidinggevende eerst werd geïnformeerd over de behandeling en de werknemer zijn/haar ervaringen met de behandeling kon vertellen. Vervolgens werd een dialoog tussen werknemer en leidinggevende gestart om obstakels voor RTW te identificeren en op te lossen. Aan het einde van CDM worden werknemer en leidinggevende het eens geworden over een gezamenlijk RTW-plan.</p>
OUTCOME MEASURES	RESULTS	RoB ASSESSMENT (COCHRANE) +;-? (AMSTAR)
<p>Critical/primary: verschil tussen de interventie- en controlegroepen wat betreft tijd tot de eerste keer RTW en volledige RTW.</p> <p>Important/secondary: wijziging in Symptom Checklist-90, een door de werknemer zelf ingevuld 90-delig instrument voor het meten van symptomen en intensiteit van een breed scala aan psychische problemen en symptomen</p>	<p>De tijd tot de eerste RTW was 12 dagen korter ($p = 0,334$) in de interventiegroep, alhoewel volledige RTW (d.w.z. bij gelijke inkomsten als vóór ziekmelding) 41 dagen langer ($p = 0,122$) was dan de controlegroep. De kansen van volledige RTW aan het einde van de behandeling waren slechts 7% hoger ($p = 0,910$) in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Op SCL-90 werd ook geen significant verschil gevonden tussen de groepen ($p = 0,706$)</p> <p>De auteurs concluderen dat CDM als onderdeel van werkgerichte CGT de tijd tot gedeeltelijke en volledige RTW van werknemers die ziek zijn met veel voorkomende psychische stoornissen niet hebben verkort. Hoewel het volledige RTW niet heeft bespoedigd, kan CDM op langere termijn resulteren in een duurzamere RTW vanwege de verbeterde communicatie tussen werknemer en leidinggevende, die bijdraagt aan een beter begrip van factoren die het welzijn van de werknemer beïnvloeden. Wij adviseren meer onderzoek op het gebied van het bevorderen van terugvalpreventie van werknemers met veel voorkomende psychische stoornissen.</p>	<p>+ = Yes = low RoB - = no = high RoB ? = can't answer = RoB uncertain</p> <p>Selection bias: 1 Random sequence generation + 2 Allocation concealment +</p> <p>Performance bias: 3 Masking patients and professionals -</p> <p>Detection bias: 4 Masking of outcome assessment +</p> <p>Attrition bias: 5 Incomplete outcome data + (<10% dropout)</p> <p>Reporting bias: 6 Selective reporting?</p> <p>Other bias: +</p>

GRADE TABELLEN BEHOREND BIJ DE UITGANGSVRAAG:

WAT ZIJN DE BEPERKINGEN IN HET WERKFUNCTIONEREN BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING OF BURN-OUT? (PRIMAIRE STUDIES IS LONGITUDINAAL EN SR BEVATTE OOK CROSS SECTIONEEL)

BEPERKING	SIGN	NIET SIGN	BIAS	INCONSISTENTIE	INDIRECTHEID	ONNAUWKEURIGHEID	PUB. BIAS	GRADE
Cognitief functioneren	1	0	+	+	+	2x - (N=95)	+	Laag
Executief functioneren	9 ()	2	-	+	+	+	+	Redelijk
Algemeen geheugen	6	2	-	+	+	+	+	Redelijk
Prospectief geheugen	1	0	+	+	+	2x -	+	Laag
Kortetermijngeheugen	1	0	+	+	+	-	+	Redelijk
Werkgeheugen	0	1	+	+	+	2x -	+	Laag
Visueel-ruimtelijk geheugen	0	1	+	+	+	2x -	+	Laag
Aandacht	5	2	-	-	+	+	+	Laag
Verwerkingssnelheid	2	0	+	+	+	2x -	+	Laag
Visueel-ruimtelijke vaardigheden	0	1	+	+	+	2x -	+	Laag
KWALITEIT VAN HET WERK								
Kwaliteit zorg (negatieve relatie)	1 (review)	0	+	+	+	+	+	Redelijk
Veiligheid zorg (negatieve relatie)	1 (review)	1	+	-	+	- (BI niet klinisch relevant)	+	Laag
Maken van meer medische fouten	8 (1 maakt minder fouten)	1	-	-	+	-	+	Zeer Laag
Mate van professionaliteit		1	-	+	+	-	+	Laag

Afkortingen n= aantal patienten; - = risico; + = geen risico

Prognostische factoren voor RTW

De review van Gragnano et al. (2017) heeft gebruik gemaakt van een ander systeem om de kwaliteit van de evidentie te beoordelen met als eindbeoordelingen: Inconsistent, Limited, Moderate en Strong. Omdat de termen redelijk overeenkomstig zijn (wat betreft wijze van beoordeling en betekenis), is ervoor gekozen om deze om te zetten naar het GRADE systeem waarbij de volgende omzetting plaats heeft gevonden: Inconsistent is Zeer laag, Limited is Laag, Moderate is Redelijk en Strong is hoog.

BEVORDERENDE FACTOREN	BELEMMERENDE FACTOREN	GRADE KWALITEIT
-	Personal, Health-related (Comorbidity, History of sick leave/ previous sickness absence, Depression), Personal, Sociodemographic and work status (Age (older)).	Hoog
Werkgerelateerd, organisatie (Supervisor support, Coworker support), Werkgerelateerd, individueel Work ability (Work ability, RTW expectation (positive)), Personal, Sociodemographic and work status (Socioeconomic status (high)).	Werkgerelateerd, organisatie (Psychological job demands, Job strain, Exposure to violence and bullying at work), Personal, Psychological and behavioral characteristics (Unhealthy behavior), Personal, Health-related (Anxiety).	Redelijk
Werkgerelateerd, organisatie (Job control, Job opportunity in the same organization, Job accommodation, Frequent contact by supervisor/ communication with employer, Organization with a formal grievance procedure, Reason for sick leave is a lack of supervisor support (judged by the occupational health physician, Job security, Occupational physician's intervention aimed at the organization, Continuity in meetings with occupational physician)), Werkgerelateerd, individueel (Attempt to RTW <550 days, RTW self-efficacy, Work motivation), Non-work-related psychosocial factors (Social assistance recipient), Personal, Psychological and behavioral characteristics (Conscientiousness, Dispositional optimism), Personal, Health-related (Quality of life, Positive expectation of treatment, Perceived/self-rated health, Guideline-recommended drug use adopted within 30 days of start of short-term benefits), Personal, Sociodemographic and work status (Gender (male), Generous health benefit plan, Position (managerial), Contract (self-employed), Sector (public)).	Werkgerelateerd, organisatie (Front-line manager responsible for disability management, Supervisor fairness, Supervisor contacts other professionals besides occupational physician, Effort-reward imbalance), Werkgerelateerd, individueel (Turnover intention, Low level of functioning at work, Avoidance behavior when experiencing a conflict with supervisor or coworker), Non-work-related psychosocial factors (Low social functioning), Personal, Psychological and behavioral characteristics (Dispositional pessimism, Hopelessness about future, Low self-esteem, Alcoholism/ substance abuse), Personal, Health-related (Diagnosis (major vs. minor/mild depressive disorder)), Personal, Sociodemographic and work status (Education (low), Civil status (has a partner), Health benefit plan with broader criteria for disability continuation, Contract (temporary), Deductible > \$600, Being part of a carve-out (split-off)).	Laag
-	-	Zeer Laag

GRADE

UITGANGSVRAAG:

WAT ZIJN EFFECTIEVE (INDIVIDUELE EN ORGANISATORISCHE/WERKGERICHTE) INTERVENTIES BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING OF BURN-OUT?

UITKOMSTEN				KWALITEIT BEWIJS						
		KLACHTEN	RTW GEDEELT.	RTW	BIAS	INCONSISTENTIE	INDIRECTHEID	ONNAUWKEURIGHEID	PUB. BIAS	GRADE
GUIDED IMAGERY AND MUSIC (GIM)-THERAPIE										
vs TAU	Beck 2015	ES=0.70, 95% BI -0.21, 1.60 (stress)			-	+	+	-	+	Laag
CGT AANGEVULD MET EEN WERKPLEK-INTERVENTIE										
vs WL	Dalgaard 2017			HR=1,57 (95% BI 1.01, 2.44).	-	+	+	-	+	Laag

Afkortingen

WL=Wachttijl; TAU=gebruikelijke zorg

UITGANGSVRAAG:

WAT ZIJN EFFECTIEVE (INDIVIDUELE EN ORGANISATORISCHE/WERKGERICHTE) INTERVENTIES BIJ WERKENDEN MET OVERSPANNING OF BURN-OUT (WAARBIJ SPRAKE IS VAN STAGNATIE)?

UITKOMSTEN					KWALITEIT BEWIJS						
		KLACHTEN BURN-OUT	RTW GEDEELT.	RTW	BIAS	INCONSISTENTIE	INDIRECTHEID	ONNAUWKEURIGHEID	PUB. BIAS	GRADE	
INTERVENTIE GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN BURN-OUT BIJ ARTSEN											
Vs controle	Panagioti 2016	SMD = -0.29 (95% BI -0.42, -0.16)			^results were not influenced by the risk of bias ratings	+ (I ² = 30%)	+	-	+	Redelijk	
ORGANISATIEGERICHTE INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN BURN-OUT BIJ ARTSEN: EENVOUDIGE INTERVENTIES GERICHT OP HET AANPASSEN VAN DE WERKBELASTING OF MEER EXTENSIEVE INTERVENTIES MET DISCUSSIEBIJENKOMSTEN GERICHT OP HET VERBETEREN VAN SAMENWERKING, LEIDERSCHAP EN STRUCTURELE VERANDERINGEN, EN ELEMENTEN VAN PERSOONSGERICHTE INTERVENTIES ZOALS TRAINING VAN COMMUNICATIEVE VAARDIGHEDEN EN MINDFULNESS.											
Vs controle	Panagioti 2016	SMD = -0.45 (95% BI -0.62, -0.28)			+	+ (I ² = 8%)	+	+	+	Hoog	
PERSOONSGERICHTE INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN BURN-OUT BIJ ARTSEN: OP MINDFULNESS GEBASEERDE STRESS-REDUCTIE-TECHNIIEKEN OF EDUCATIEVE INTERVENTIES GERICHT OP ZELFVERTROUWEN, COMMUNICATIETECHNIIEKEN, BEWEGEN OF EEN COMBINATIE HIERVAN.											
Vs controle	Panagioti 2016	SMD = -0.18 (95% BI -0.32, -0.03)			- (>50% studies hadden hoge RoB)	+ (I ² = 11%)	+	-	+	Laag	
INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN VAN BURN-OUTKLACHTEN BIJ WERKNEMERS											
Vs passieve controle-groep (WL /geen interventie)	Maricutiou 2016	burn-out als geheel d = -0.22 (95% BI 0.08, 0.37)			-	+ (I ² = 30.54%)	+	-	+	Laag	
		uitputting d = 0.17 (95% BI 0.07, 0.27)				+ (I ² = 25.59%)		-		Laag	
		depersonalisatie d = 0.04 (95% BI -0.09, 0.17)					+ (I ² = 39.11%)		-		Laag
		persoonlijke bekwaamheid d = -0.02 (95% BI -0.14, 0.18)					- (I ² = 55.43%)		-		Zeer laag

UITKOMSTEN					KWALITEIT BEWIJS					
		KLACHTEN BURN-OUT	RTW GEDEELT.	RTW	BIAS	INCONSIS- TENTIE	INDIRECT- HEID	ONNAUW- KEURIGHEID	PUB. BIAS	GRADE
INTERVENTIES MET RELAXTECHNIKEN										
Vs passieve controle- groep (WL /geen interventie)	Maricutiou 2016	uitputting d = 0.51 (95% BI 0.11, 0.91)			-	- (I ² = 66%)	+	-	+	Zeer laag
		depersonalisatie d = 0.08 (95% BI -0.13, 0.30)			-	+ (I ² = 0%)	+	-	+	Laag
		persoonlijke bekwaamheid d = -0.17 (95% BI -0.16, 0.51)			-	- (I ² = 62.38%)	+	-	+	Zeer laag
INTERVENTIES DIE GEBRUIK MAKEN VAN ROLE-RELATED HARD SKILLS										
Vs passieve controle- groep (WL /geen interventie)	Maricutiou 2016	uitputting d = 0.39 (95% BI -0.01, 0.79)			-	+ (I ² = 0%)	+	-	+	Laag
		depersonalisatie d = 0.55 (95% BI -0.60, 1.70)				- (I ² = 85.37%)		+		Laag
		persoonlijke bekwaamheid d = -0.22 (95% BI -1.10, 0.66)				- (I ² = 74.17%)		+		Laag
INTERVENTIES DIE GEBRUIK MAKEN VAN INTERPERSOONLIJKE SOFT SKILLS										
Vs passieve controle- groep (WL /geen interventie)	Maricutiou 2016	uitputting d = -0.01 (95% BI -0.22, 0.20)			-	+ (I ² = 0%)	+	+	+	Redelijk
		depersonalisatie d = -0.08 (95% BI -0.27, 0.12)			-	+ (I ² = 0%)	+	-	+	Laag
		persoonlijke bekwaamheid d = 0.27 (95% BI 0.07, 0.47)			-	+ (I ² = 0%)	+	-	+	Laag
INTERVENTIES MET CGT										
Vs passieve controle- groep (WL /geen interventie)	Maricutiou 2016	uitputting d = 0.15 (95% BI -0.01, 0.31)			-	+ (I ² = 29.06%)	+	-	+	Laag
		depersonalisatie d = -0.01 (95% BI -0.23, 0.21)				+ (I ² = 30.34%)		+		Redelijk
		persoonlijke bekwaamheid d = -0.08 (95% BI -0.44, 0.28)				+ (I ² = 69.96%)		+		Laag

GRADE

UITGANGSVRAAG:

WAT ZIJN EFFECTIEVE (INDIVIDUELE EN ORGANISATORISCHE/WERKGERICHTE) INTERVENTIES BIJ WERKENDEN MET COMMON MENTAL DISORDERS?

UITKOMSTEN				KWALITEIT BEWIJS						
		KLACHTEN	RTW (DAGEN)	RTW	BIAS	INCONSISTENTIE	INDIRECTHEID	ONNAUWKEURIGHEID	PUB. BIAS	GRADE
'RETURN TO WORK' (RTW) INTERVENTIES (MET O.A. ELEMENTEN VAN CGT, STRESSVERMINDERING EN HET BEVORDEREN VAN PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN VAN PATIËNTEN)										
vs TAU	Nigatu 2016			RR=1,05 (95% BI 0,97-1,12)	+	- (I ² = 54%)	+	+	+	Redelijk
	Nigatu 2016		MD=-13,38 (95% BI -24,07- -2,69)		+	+	+	+	+	Hoog
CGT EN CONVERGENCE DIALOGUE MEETING (CDM)										
vs CGT	De Weerd 2016	MD= -3,243 (95%BI -27,835 -21,350) op de SCL-90	MD= -41,239* (95% BI -94,200 -11,722)	OR = 1,066 (95% CI 0,310-2,842)	+	+	+	2x -	+	Laag

WL=Wachlijst; TAU=gebruikelijke zorg; *=in het voordeel van de controle conditie

Rongen, A., Zemouri, C., Nieuwenhuijsen, K., Hulshof, C., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2015).

Update van de kennis over overspanning en burnout: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief.

Retrieved from Amsterdam:

BIJLAGE 7

COMMENTAARRONDE, REFERENTEN, COMMENTAAR EN REACTIE

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan inhoudelijke experts, aan vertegenwoordigers van patiënten- en werknemersorganisaties en van werkgeversorganisaties, alsmede aan de leden van de NVAB en NVVG. Van onderstaande referenten is commentaar ontvangen en verwerkt.

NVAB

- C.M.J. Gielen
- R. Hoedeman
- M. Ligthart
- I.A.K. Snels
- P. van Wenum

NVVG

- M.L.A. van Broekhuizen
- P.M. Dekkers
- I.T.M. Lindenburg
- R.J. Koster

Werknemersvertegenwoordiger

- R.A. Jurriëns

Commentaarronde (juni 2018). Samenvatting en reactie.

Tien personen hebben het commentaarformulier ingevuld: vijf bedrijfsartsen, vier verzekeringsartsen (waarvan één ANIOS) en een beleidsadviseur veilig en gezond werken.

Een belangrijk punt van commentaar was het ontbreken van een duidelijke overkoepelende integrale visie op overspanning en burn-out, met daarin o.a. de pathofysiologische rationale, recente inzichten over de werking van het brein bij stress, de rol van de samenleving, kennis over aard en werking van mentale hulpbronnen zoals de capability-benadering, de rol van persoonlijke kwetsbaarheden en adviezen over de communicatie van de bedrijfs- of de verzekeringsarts met de werkende. Men merkt op dat zo'n integrale visie op stress, psychisch verzuim en mentale hulpbronnen ook verbindend zou kunnen werken tussen bedrijfsarts, verzekeringsarts en curatieve sector.

- De projectleider heeft in afstemming met de kerngroep de visie op overspanning en burn-out (namelijk verlies van grip en controle) en de relatie met de (procesmatige) aanpak verduidelijkt. Bij overige overwegingen is opgenomen waarom de kern- en projectgroep geen aanbevelingen hebben opgenomen over de neuro-endocriene benadering. De integrale visie is uitgewerkt door positieve gezondheid, de capability-benadering en de procesmatige aanpak met elkaar te verbinden.

Een tweede punt van commentaar is dat niet altijd duidelijk is hoe de rol van de verzekeringsarts zich verhoudt tot die van de bedrijfsarts. Volgens het commentaar hebben beiden dezelfde werkwijze maar werken ze in een andere context. Verder wordt opgemerkt dat de term 'verzekeringsartsen in de arborol' beter kan worden vervangen door 'verzekeringsartsen in de verzuimbegeleidingsrol. In het verlengde hiervan adviseert men duidelijker aan te geven dat de richtlijn ook gaat over begeleiding van mensen met overspanning of burn-out die geen werkgever (meer) hebben.

- In de lijst met begrippen zijn de rollen van bedrijfsarts en verzekeringsarts nader toegelicht.

Uit de commentaren blijkt dat sommigen vinden dat de richtlijn te veel gericht is op het individu, en anderen dat die juist te veel gericht is op de werksituatie. Men is het er wel over eens dat de begeleiding zich moet richten op beide.

- Zowel in de richtlijn zelf als in de hulpmiddelen (met name hulpmiddel 4) is verdere uitwerking gegeven aan de begeleiding van zowel het individu als de werkomgeving.

Door iemand met veel praktijkervaring vanuit de transactionele analyse worden verschillende aanvullende diagnostische instrumenten en interventies aanbevolen die weliswaar niet evidence-based zijn, maar in de praktijk goed blijken te werken.

- De kern- en projectgroep hebben zich vanwege de eisen rond richtlijnontwikkeling gericht op instrumenten die nader onderzocht zijn.

In de tekst over diagnostiek vindt men niet geheel duidelijk hoe je onderscheid maakt tussen overspanning en burn-out, en tussen burn-out en depressie, angst, etc. Verder is niet voor iedereen helder wat de anamnese inhoudt en hoe die zich verhoudt tot de vraag of iemand in aanmerking komt voor begeleiding volgens de richtlijn.

- Deze teksten zijn verduidelijkt en aangescherpt; in de hulpmiddelen zijn de criteria voor de verschillende diagnoses opgenomen.

In de tekst over verwijzen mist iemand de mogelijkheid om (in geval van stagnatie) een psychiatrische expertise te laten doen bij verschil van mening tussen BA/VA en behandelaars, en om een second opinion of deskundigenoordeel aan te vragen. Er worden vraagtekens gezet bij verwijzen bij somatische klachten en bij de termijn van drie weken. Ook mist men informatie over wanneer de werknemer zelf verwezen wil worden.

- Het aanvragen van een expertise, second opinion of deskundigenoordeel is niet specifiek voor psychische aandoeningen, maar een mogelijkheid bij alle aandoeningen; daarom is er geen specifieke aanbeveling over opgenomen.
- De kaders bij somatische klachten en de reden voor het benoemen van een tijdslijn (bijvoorbeeld 3 weken) is nader toegelicht; beide factoren hangen samen met het tijdig signaleren van stagnatie.
- Voor de werkwijze bij verwijzen wordt in de richtlijn verwezen naar de NVAB Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts'.

Over de aanbevelingen in de richtlijn wordt opgemerkt dat ze vaak conflicteren met de dagelijkse praktijk en dat de NVAB die kloof zou moeten (helpen) dichten. Verder vindt iemand het onwenselijk om bepaalde producten aan te bevelen in een richtlijn. De aanbeveling voor 'regelmatig' contact tussen werkgever en werknemer mag wat nader worden gespecificeerd.

- De aanbevelingen zijn na de commentaarronde nog verder aangescherpt; de projectgroep heeft de NVAB aanbevolen om de implementatie verder vorm te (laten) geven.
- Er zijn geen producten aanbevolen, alleen gevalideerde (vragen)lijsten.
- Regelmatig contact met de werkgever en werknemer is geconcretiseerd (namelijk de eerste 3 maanden iedere 3 weken met de werkende, en daarna iedere 4 tot 6 weken; met de werkomgeving de eerste 3 maanden iedere 4 tot 5 weken en daarna iedere 7 tot 8 weken).

Uit het commentaar blijkt verder dat er meer aandacht gewenst is voor preventie van arbeidsverzuim door psychische problemen en voor SOLK en arbeidsconflicten. Daarnaast zou men graag meer concrete tips zien over motiverende en oplossingsgerichte gesprekstechnieken, en op het gebied van stagnatie.

- Preventie van arbeidsverzuim was niet opgenomen in de uitgangsvragen; uiteraard onderschrijft de projectgroep het belang van preventie.
- Er is een hulpmiddel over motiverende en oplossingsgerichte gesprekstechnieken in de richtlijn opgenomen.
- De definitie van stagnatie is verduidelijkt.

Ten slotte bleek er nogal wat overlap en herhaling in de tekst te staan. Verder werd gewezen op wat onjuiste referenties en tekstuele slordigheden en onduidelijkheden, zowel in de tekst als in de tabellen.

- Deze zijn aangepast dan wel verbeterd bij de verwerking van het commentaar en de laatste lay-outronde.

BIJLAGE 8

OVERZICHT BELANGENVERKLARINGEN

Overzicht van belangen bij commerciële bedrijven van de leden van de kerngroep en de projectgroep.

De leden van de **kerngroep** hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring van een industrie in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

NAAM	ACTIVITEITEN
Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen	Geen
Mw. dr. E.P.M. (Evelien) Brouwers	Geen
Mw. drs. G. (Gerda) Jekel	Geen
Mw. dr. K. (Karen) Nieuwenhuijsen	Geen
Dhr. drs. M. (Matthijs) Oud	Geen
Dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind	Geen

De leden van de **projectgroep** hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring van een industrie in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

NAAM	ACTIVITEITEN
Mw. drs. M. (Maud) van Aalderen	Geen
Mw. drs. T. (Thea) Heijnen	Geen
Dhr. drs. L. (Lars) van Kessel	Geen
Mw. drs. H.H. (Heleen) Kloosterhuis	Geen
Mw. drs. R. (Renske) Krispijn	Geen
Mw. drs. L. (Leonore) Nicolai	Geen
Dhr. drs. T.S. (San) Oeij	Geen
Dhr. drs. H. (Henk) van Ringen	Geen
Mw. drs. M. (Marijke) Roseboom	Geen
Dhr. drs. M. (Martijn) Sijbom	Geen
Dhr. drs. E. (Erik) Verbart	Geen
Dhr. dr. F. (Feico) Zwerver	Geen