

RICHTLIJN

*Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met*

# PSYCHISCHE PROBLEMEN



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

## **Colofon**

© NVAB 2007

*Uitgave*

NVAB

### **Kwaliteitsbureau NVAB**

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2845750

E [kwaliteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwaliteitsbureau@nvab-online.nl)

W [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)

### *Auteurs*

Dhr. J.J.L. van der Klink, bedrijfsarts/psycholoog

Mw. C.M.M. Ausems, bedrijfsarts

Dhr. B.D. Beijderwellen, bedrijfsarts

Dhr. R. Blonk, psycholoog

Dhr. D.J. Bruinvels, bedrijfsarts

Dhr. J. Dogger, bedrijfsarts

Dhr. R. Hoedeman, bedrijfsarts

Mw. J. Janssen, bedrijfsarts

Mw. M. Loo, bedrijfsarts

Mw. K. Nieuwenhuijsen, psycholoog

Dhr. T.S. Oeij, bedrijfsarts

Mw. E. van Rees, bedrijfsarts

Dhr. W. van Rhenen, bedrijfsarts

Mw. L. de Roos, bedrijfsarts

### *Coördinatie en eindredactie*

Dhr. J.H.M. Manders

Mw. A.P. Nauta

Mw. M. Lebbink

### *Datum autorisatie*

22 mei 2007

### *Ontwerp en opmaak*

CO3

### *Coverfoto*

PurestockX

### *Druk*

Drukkerij Kwak & Van Daalen & Runday

ISBN: 978-90-76721187

# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING</b>	5
Begripsbepaling	5
Doel van de richtlijn	5
Opbouw van de richtlijn	6
Overeenkomsten en verschillen ten opzichte van de vorige editie	7
Tot stand koming van deze herziening en nieuwe herziening van de richtlijn	8
Voorwaarden en benodigde kennis en vaardigheden voor uitvoering van de richtlijn	8
<b>1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK</b>	10
1.1 Komt de werkende in aanmerking voor begeleiding conform deze richtlijn?	10
1.2 Procesdiagnose: is er sprake van stagnatie in het herstelproces?	10
1.3 Probleemdiagnose: wat veroorzaakt het probleem of houdt het in stand?	11
1.4 Dimensionale en categoriale diagnose	11
1.5 Zijn er risicosituaties of complicaties?	12
1.6 Met welke werkhypothese wordt de begeleiding ingezet?	13
<b>2 INTERVENTIES</b>	14
2.1 Welke rollen en taken vervult de bedrijfsarts?	14
2.2 Wat is de taak van de bedrijfsarts als procesbegeleider?	14
2.3 Wat zijn de interventietaken gericht op de werkende?	15
2.4 Wat zijn de interventietaken gericht op de werkomgeving (als coach/adviseur)?	15
2.5 Wat te doen bij andere dan stressgerelateerde psychische problemen?	16
2.6 Wat te doen bij andere complicaties?	17
<b>3 PREVENTIE EN TERUGVALPREVENTIE</b>	18
3.1 <i>Structureel</i> : hoe wordt voorkómen dat structurele factoren in de werkomgeving problemen blijven geven voor deze werkende en/of voor anderen?	18
3.2 <i>Individueel</i> : hoe wordt voorkómen dat deze werkende terugvalt naar controleverlies?	18
<b>4 EVALUATIE EN AFSLUITEN VAN DE BEGELEIDING</b>	20
4.1 Hoe worden het proces en de eigen verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer geborgd?	20
4.2 Wat zijn de evaluatiemomenten en met wie wordt afgestemd?	20
4.3 Wat is de inhoud van de evaluatie?	21
4.4 Wanneer wordt de begeleiding afgesloten?	21

<b>BIJLAGEN</b>	<b>22</b>
1 Hulpmiddelen voor de diagnostiek	22
2 Diagnostische criteria	27
3 Interventies crisisfase (fase 1)	32
4 Interventies probleem- en oplossingsfase (fase 2)	46
5 Interventies toepassingsfase (fase 3)	48
6 Interventies werksysteem	49
7 Begrippenlijst	50

# INLEIDING

Het beloop van psychische problematiek in relatie tot functioneren is heel divers. Veel psychische problematiek is oplosbaar en veel klachten(beelden) zijn self-limiting, verdwijnen als het functioneren is hersteld of na een adequate interventie. Er blijkt weinig verband te zijn tussen het herstel op klachtniveau en het herstel op functioneringsniveau. Klachtgerichte interventies leiden (dan ook) niet automatisch tot functioneringsherstel. Voorwaarde voor functioneringsherstel is vooral dat de werkende de controle, de greep op de situatie weer hervindt. In veel gevallen beschikken betrokkenen over voldoende motivatie en probleemoplossend vermogen om de problemen op te lossen en de goede prognose te 'verzilveren'. Er kunnen echter complicaties en stagnaties optreden als één van de betrokken partijen er niet in slaagt het probleemoplossend vermogen weer op te bouwen of als de interactie niet goed op gang komt.

## BEGRIPSBEPALING

Ook in deze herziene versie van de richtlijn wordt als uitgangspunt genomen dat controleverlies een belangrijk aspect is van vrijwel alle psychische problematiek. De werkende is de greep op het eigen functioneren kwijt en moet die weer opbouwen. Dat geldt eveneens voor de werkomgeving: ook die is (voor een deel) de greep kwijt, en mist een collega. Bovendien heeft de leidinggevende de verantwoordelijkheid de werkende te ondersteunen in het herstelproces. Deze processen kunnen alleen tot een goed einde worden gebracht in de directe interactie tussen de werkende en de werkomgeving. Dat werkt het beste als de (functionerings)relatie zo snel als mogelijk wordt hersteld. De bedrijfsarts moet de ondersteuning dus richten op beide partijen én op hun interactie en daarbij trachten de werkende zo snel mogelijk weer bij het werk te betrekken. In de regel zal de bedrijfsarts deze aanpak afstemmen met de huisarts.

## DOEL VAN DE RICHTLIJN

Deze richtlijn beoogt de bedrijfsarts handvatten te geven om de werkende met psychische problemen en diens werkomgeving optimaal te ondersteunen in behoud of herstel van functioneren.

De doelgroep betreft werkenden die lijden aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van stressgerelateerde klachten en lichte tot matige depressies, angststoornissen of overige psychiatrische stoornissen.

Buiten het domein van deze sociaal-medische begeleidingsrichtlijn vallen: collectieve preventie, verzekeringsgeneeskundige beoordeling en de diagnostiek van beroepsgebonden aandoeningen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Het signaleren (en melden) van beroepsgebonden 'psychische' aandoeningen behoort wel tot het domein van deze richtlijn. De daarop volgende diagnostiek behoort uiteraard tot de taken van de bedrijfsarts maar wordt in deze richtlijn niet uitgewerkt. Zie hiervoor de richtlijnen van het NCvB: [www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl)

In afwijking van de titel van editie 2000 van de richtlijn wordt nu gesproken over psychische ‘problemen’ in plaats van ‘klachten’. De intentie daarvan is om niet de klachten te benadrukken maar juist de oplossingsgerichte oriëntatie van de richtlijn. Uiteraard besteedt de bedrijfsarts aandacht aan de klachten van werkenden. Bij een primaire gerichtheid op klachten en symptomen concentreert men zich echter vanzelfsprekend op de werkende die de klachten heeft. Herstel lijkt dan vooral een verantwoordelijkheid van de werkende. Een activerende, omgevingsgerichte benadering zou dan ten onrechte ontbreken.

Deze richtlijn bepleit dat de bedrijfsarts zo terughoudend als mogelijk en zo activerend als nodig begeleidt. Dat betekent dat de bedrijfsarts voortdurend een taxatie maakt van het (natuurlijk) herstelproces van de werkende en ook van de rol die de werkomgeving speelt. Zitten de partijen hier constructief in dan volstaat uitleg over het proces en bevestiging dat partijen hier goed mee omgaan. De bedrijfsarts blijft het proces monitoren omdat het in iedere fase alsnog kan stagneren. Bij stagnatie moet de bedrijfsarts snel en gericht ingrijpen. Dit kan door eigen interventies of door verwijzing. De interventiemogelijkheden van de bedrijfsarts liggen vooral op de interactie tussen werkende en diens werkomgeving. Zowel de werkende als het werksysteem kunnen begeleiding nodig hebben bij het optimaliseren van die interactie. Het werksysteem kan begeleiding nodig hebben 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 reïntegratie. De bedrijfsarts ondersteunt de eigen verantwoordelijkheid van de werkende en de (werk)omgeving door het versterken van het probleemoplossend vermogen van werkende en van het werksysteem. Daarbij hanteert de bedrijfsarts de fasering en de daarbij behorende taken uit het probleemoplossend proces (zie schema 1).

In de procesevaluatie wordt voortdurend beoordeeld of het beleid gecontinueerd kan worden of dat een eerdere stap herhaald moet worden. In de richtlijn zijn deze stappen beknopt en schematisch weergegeven. Aanvullende checklists en andere praktische uitwerkingen waarmee in de dagelijkse praktijk vlot en gemakkelijk te werken is, zijn opgenomen in de bijlagen.

## **OPBOUW VAN DE RICHTLIJN**

Per hoofdstuk worden de vier stappen behandeld die aansluiten bij de vragen waarvoor werkende en werkgever zich gesteld zien. In hoofdstuk 1 vinden probleemoriëntatie en diagnostiek plaats. Vragen die beantwoord moeten worden zijn: *wat zou er kunnen spelen? en hoe benoemen we dat?* Hoofdstuk 2 behandelt de vraag *wat doen we eraan?* en gaat in op het uitvoeren van interventies. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de (terugval)preventie vormgegeven om de vraag *hoe voorkomen we dat het (weer) gebeurt?* te beantwoorden. Tenslotte wordt het resultaat van de interventies beoordeeld in hoofdstuk 4. Daarin wordt door middel van evaluatie de vraag *werkt het?* beantwoord om de begeleiding af te kunnen sluiten. In de bijlagen staan concrete hulpmiddelen die nodig zijn bij het uitvoeren van de aanbevelingen in de richtlijn.

Het afzonderlijke achtergronddocument biedt de wetenschappelijke onderbouwing en de verantwoording voor de aanbevelingen die in deze richtlijn worden gedaan. U vindt het achtergronddocument op [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl).

## **OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN TEN OPZICHTE VAN DE VORIGE EDITIE**

### **OVEREENKOMSTEN**

Vanwege het succes van de eerste editie van de richtlijn is een groot aantal kernaspecten hetzelfde gebleven dan wel versterkt:

- Het concept dat psychische problematiek voor een belangrijk deel is te begrijpen als controleverlies en dat het herstelproces derhalve grotendeels een proces van herstel van controle is.
- Herstel van controle is te operationaliseren als een proces van probleemoplossing.
- Het herstelproces is daarmee een interactieel proces dat alleen in contact met de (werk)omgeving kan plaatsvinden. Problemen in kaart brengen en oplossen gaat het beste in interactie met de omgeving en niet in de thuissituatie ('zwemmen leer je in het water', of: 'place-then-train').
- De activerende begeleiding gericht op het versterken van het probleemoplossend vermogen.
- Een sobere indicerende diagnostiek; vooral datgene in kaart brengen wat relevantie heeft voor de begeleiding.

### **NIEUW**

Ten opzichte van editie 2000 van de richtlijn zijn de volgende verschillen te benoemen:

- Een sterker accent op het procesmatige karakter van het herstelproces en de begeleiding: procescontingentie speelt een belangrijke rol naast tijdcontingentie.
- Meer accent op de omgevings(mede)verantwoordelijkheid en op interventies gericht op de (werk)omgeving.
- Het fasenmodel is uitgebreid tot een fasen/takenmodel
- Meer aandacht voor de depressieve stoornis en angststoornissen.
- Onderbouwing voor bewijsvoering van stappen in de richtlijn zijn systematischer aangegeven (zie achtergronddocument).
- Een aantal zaken die in de eerste editie voornamelijk practice based waren, zijn nu wetenschappelijk te onderbouwen.
- Een aantal veranderingen berust op voortschrijdend praktijkinzicht waarvoor in dit stadium nog geen wetenschappelijke evidence is te geven.

## **TOT STANDKOMING VAN DEZE HERZIENING EN NIEUWE HERZIENING VAN DE RICHTLIJN**

Voor de opstelling van deze herziening is uit een groep belangstellenden een projectgroep samengesteld van 15 leden (inclusief inhoudelijke en procedurele projectleider). Van de 15 leden zijn 12 bedrijfsarts, daarvan 11 praktiserend.

De projectgroep is tien maal plenair bijeen geweest. Daarnaast zijn er subgroepbijeenkomsten geweest.

Afhankelijk van wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen adviseert de projectgroep deze richtlijn na 2 tot 4 jaar opnieuw te herzien.

## **VOORWAARDEN EN BENODIGDE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VOOR UITVOERING VAN DE RICHTLIJN**

Het uitvoeren van de richtlijn veronderstelt enerzijds een aantal competenties (attitude, kennis en vaardigheden) van de bedrijfsarts en anderzijds een aantal randvoorwaarden vanuit de klantorganisatie en de eventuele werkgever van de bedrijfsarts (arbodienst).

- Van de bedrijfsarts wordt verwacht de attitude en de vaardigheden te hebben die nodig zijn om een vertrouwensrelatie met de werkende tot stand te brengen.
- Voor het uitvoeren van de begeleiding is een aantal vaardigheden nodig die niet vanzelfsprekend tot het basisrepertoire van de bedrijfsarts horen, maar die wel in het bestek van een aantal dagen zijn te trainen. Het is de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts deze vaardigheden te verwerven.
- Het past bij goed werkgeverschap als een eventuele werkgever van de bedrijfsarts deze in de gelegenheid stelt de gevraagde vaardigheden te leren en toe te passen.
- Herstel van psychische problematiek en terugvalpreventie veronderstelt gedragsverandering van werkende en mogelijk van collega's en leidinggevenden. De bedrijfsarts zal dit moeten verhelderen en zonodig interventies moeten inzetten. Hiervoor moet voldoende tijd beschikbaar zijn.
- Voor een adequate uitvoering van de richtlijn dient aan de volgende randvoorwaarden te zijn voldaan:
  - de bedrijfsarts moet in een vroeg stadium (binnen circa 2 weken na verzuimmelding) een eerste taxatie maken en de begeleiding starten. Soms kan dit via anderen (bijvoorbeeld de leidinggevenden) als deze hiertoe voldoende zijn geëquipeerd;
  - minimaal 30 minuten per consult;
  - vervolgsconsulten gemiddeld eenmaal per drie weken;
  - contact met werkomgeving/leidinggevende gemiddeld eenmaal per maand;
  - contact met de huisarts of een andere behandelaar bij behoefte aan informatie, afstemmen begeleiding en verwijzing;
  - een dossier waarin de bedrijfsarts alle stappen uit de richtlijn overzichtelijk kan documenteren.



Procesfase	Hersteltaken	Interventies	Tijdpad	Stagnatie
Controleverlies leidt tot  1. CRISISFASE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- begrip en inzicht</li> <li>- acceptatie</li> <li>- rust en ontspanning</li> <li>- structuur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichting (mondeling en schriftelijk)</li> <li>- rationale</li> <li>- praatadviezen</li> <li>- perspectief geven</li> <li>- positief etiketteren</li> <li>- piekeropdrachten</li> <li>- dagstructuur</li> <li>- slaapstructuur</li> </ul>	Afronden na ca. 3 weken <b>Doel dan niet bereikt?</b> <b>Zie stagnatie →</b>	Heroverweeg de uitgangspunten:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- probleem-oriëntatie aanvullen?</li> <li>- diagnose wijzigen?</li> <li>- interventies aanpassen?</li> </ul> Doorloop opnieuw de fase (+ bijbehorende taken) en rond af conform het gegeven tijdpad.
Zicht op oorzaken leidt tot  2. PROBLEEM- EN OPLOSSINGSFASE	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen. <ul style="list-style-type: none"> <li>- in kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- probleem- en oplossingsinventarisatie,</li> <li>- schrijf- en registratie-opdrachten.</li> </ul>	Afronden na 3-6 weken na afsluiten van 1 <sup>e</sup> fase <b>Doel dan niet bereikt?</b> <b>Zie stagnatie →</b>	
Toepassen van oplossingen leidt tot  3. TOEPASSINGSFASE	Oriëntatie op toepassingen. <ul style="list-style-type: none"> <li>- oppakken van alle rollen en taken</li> <li>- functioneringsherstel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schemata</li> <li>- anticipatie opdracht</li> <li>- saneringsopdrachten</li> </ul>	Afronden uiterlijk 6 weken na afsluiten van de 2 <sup>e</sup> fase <b>Doel dan niet bereikt?</b> <b>Zie stagnatie →</b>	

Schema 1. Handelen van de bedrijfsarts bij het proces van controleverlies naar functioneringsherstel.

# 1

## PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSTIEK

### 1.1 KOMT DE WERKENDE IN AANMERKING VOOR BEGELEIDING CONFORM DEZE RICHTLIJN?

*In de praktijk zal het antwoord op deze vraag meestal niet voorafgaan aan het diagnostisch proces maar er onderdeel van zijn.*

- > Stel vast of er sprake is van een werkende bij wie de begeleiding volgens deze richtlijn dient te verlopen.

**Nee**, als alle klachten het directe gevolg zijn van:

- een acute emotionele staat, bijvoorbeeld boosheid: ander beleid
- een somatisch beeld: verwijzen.

**Ja**, als sprake is van een werkende die lijdt aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van (zie voor nadere toelichting bijlage 2):

- stressgerelateerde klachten (spanningsklachten, overspanning, chronische overspanning)
- depressie (licht tot matig)
- angststoornis (licht tot matig)
- overige psychiatrische stoornissen

*En* waarbij tevens overeenstemming met de werkende is over:

- de aanwezigheid van psychische problemen (geen overwegende weerstand tegen diagnose 'psychische problematiek') en
- een voldoende vertrouwensbasis om tot diagnostiek en interventies te komen.

Indien niet wordt voldaan aan de laatste voorwaarde:

- Investeer in de relatie en/of de motivatie alvorens over te gaan tot de vervolgstappen.
- wijs op de gemeenschappelijke doelstelling.
- verwijz naar een collega als dit wel zou kunnen leiden tot een basis voor de vervolgstappen.

### 1.2 PROCESDIAGNOSE: IS ER SPRAKE VAN STAGNATIE IN HET HERSTELPROCES?

- > Beoordeel:
  - in welke **fase** van probleemoplossing/ controleherstel werkende en werkomgeving zitten. Raadpleeg bijlage 1.H.
  - **hoe lang** werkende en werkomgeving in deze fase zitten (conform tijdpad schema 1)
  - welke **hersteltaken** zijn of worden vervuld
  - of werkende en werkomgeving dit (herstel)proces van probleemoplossing / controleherstel **adequa**t doorlopen of dat er sprake is van stagnatie.

### **Geen stagnatie (normaal beloop)**

- > Biedt steunende maar **terughoudende begeleiding**, gericht op zelfzorg en mantelzorg.
- > Wees **sober** wat betreft diagnostiek en interventies.
- > Blijf het verdere herstelproces **monitoren** omdat in latere fasen alsnog stagnatie kan optreden.

### **Stagnatie**

- > Inventariseer welke van de volgende aspecten de stagnatie hebben veroorzaakt:
  - oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren (conform § 1.3)
  - dimensies/ diagnose (conform § 1.4)
  - mogelijke complicaties (conform § 1.5).

## **1.3 PROBLEEMDIAGNOSE: WAT VEROOorzaakt HET PROBLEEM OF HOUDT HET IN STAND?**

- > Betrek bij deze diagnostiek expliciet de visie van de werkende en van de werkomgeving, in het bijzonder hun doelstellingen en verwachtingen.
- > Inventariseer (globaal bij een adequaat herstelproces en uitgebreid als er aanwijzingen zijn voor stagnatie in het herstelproces) in en gesprek met de werkende en de werkomgeving:
  - klachten in relatie tot functioneren
  - functioneringsbeperkingen
  - oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevings-systemen) waarbinnen die factoren spelen (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving)
  - probleemoplossend vermogen (belastbaarheid/ verwerkingsvermogen) van de werkende
  - probleemoplossend vermogen van de leidinggevende
  - de mate waarin de interactie tussen werkende en werkomgeving probleemoplossing faciliteert dan wel belemmert.

## **1.4 DIMENSIONALE EN CATEGORIALE DIAGNOSE**

*De bedrijfsarts begeleidt werkenden in alle fasen van psychische problematiek. Dat varieert van mensen die zich niet als ziek of arbeidsongeschikt beschouwen maar wel problemen en/of klachten ervaren, tot werkenden die al langere tijd psychische klachten ervaren en daarmee verzuimen. Om de klachtpatronen in deze verschillende fasen te kunnen interpreteren moet de bedrijfsarts over zowel eerstelijns als tweedelijns modellen en methodieken kunnen beschikken.*

*Het dimensionale model is zeer geschikt voor de vroege fase, waarin klachtpatronen vaak diffuus zijn en er (nog) geen categoriale diagnose is uitgekristalliseerd. Het belang van de dimensionale diagnostiek is gelegen in het feit dat geprononceerde klachtpatronen (bijvoorbeeld een hoge score op de dimensie depressie) een risico kunnen betekenen voor het ontwikkelen van een depressie en het proces van herstel van controle kunnen doen stagneren.*

*Bij langer bestaande problematiek scherpt het beeld zich vaak aan en is het te begrijpen in termen van een categoriale diagnose.*

- > Beoordeel in hoeverre het beeld kan worden verklaard:
  - vanuit een stressproces, dat wil zeggen vanuit de interactie met (eisen, problemen en gebeurtenissen uit) de omgeving (de **stressgerelateerde component**)
  - vanuit aan de persoon verbonden biologische of verworven kwetsbaarheden (de **kwetsbaarheidscomponent**).

*Beide componenten spelen bij vrijwel alle diagnoses een rol. Stressgerelateerde stoornissen worden voor een belangrijk deel bepaald door de stressgerelateerde component, maar deze speelt ook een rol bij de andere diagnoses. De begeleiding volgens de richtlijn richt zich voornamelijk op deze component.*

- > Bepaal de dimensies die een rol spelen in het klachtenbeeld en in welke mate:
  - psychische spanningsklachten (distress)
  - depressie
  - angst
  - lichamelijke spanningsklachten (somatisatie).Gebruik zo nodig de 4DKL (zie bijlage 1.F).
- > Betrek de klachtdimensies bij het monitoren van het klachtbeloop bij een stagnatie (ontwikkelt zich een depressie, een angststoornis of worden de klachten gesomatiseerd).
- > Classificeer de problematiek in één van de categorieën:
  - stressgerelateerde stoornis:
    - spanningsklachten
    - overspanning
    - chronische overspanning (voorheen burnout)
  - depressie
  - angststoornis
  - overige psychiatrie.

## 1.5 ZIJN ER RISICOSITUATIES OF COMPLICATIES?

- > Wees bijzonder alert en overweeg aanvullende handelingen, respectievelijk te verwijzen als sprake is van een of meer van de volgende risicosituaties:

**Suïciderisico** (zie bijlage 1.G.)

## Somatisatie

Dit kan twee vormen aannemen:

- 1 mensen die hun klachten als lichamelijke klachten beleven en presenteren en het achterliggende psychosociale probleem niet herkennen en dus ook niet oplossen (somatiseren in engere zin)
- 2 mensen die hun beeld wel als een stressbeeld herkennen maar een daarmee gepaard gaande fysiologische (neuro-endocriene) disregulatie veronderstellen en op de voorgrond plaatsen en daarmee ook de psychosociale problematiek niet oplossen. Zie bijlage 2.F.

**Conflict in de arbeidssituatie** als belangrijkste etiologische factor.

Bij een slachtoffer van **ongewenst gedrag** (seksuele intimidatie, agressie, mobbing)

Sterk ingesleten patronen van **irrationele cognities of rigide persoonlijkheidskenmerken** die het beeld compliceren.

## 1.6 MET WELKE WERKHYPOTHESE WORDT DE BEGELEIDING INGEZET?

*In de procesvisie van waaruit deze richtlijn is vormgegeven is dit een herhalend proces: de bedrijfsarts zal de werkhypothese steeds toetsen op grond van nieuwe informatie. Bij stagnatie of onvoldoende controleherstel wordt informatie gericht verzameld.*

- > Stel vast en documenteer op basis van het bovenstaande (zie § 1.2 t/m 1.5):
  - problemdiagnose
  - procesdiagnose
  - dimensionale en categoriale diagnose.
- > Formuleer en documenteer op basis daarvan een integrale werkhypothese met als aandachtspunten:
  - de prognose
  - de begeleidingsdoelen
  - eventuele melding bij NCvB

### CONSULTEREN EN VERWIJZEN

Bij differentiaal-diagnostische twijfel of vragen over medicatie:

- > Consulteer de huisarts of een andere behandelaar voor aanvullende informatie.

Indien oorzaken van stagnatie vooral in de privé-omgeving (lijken te) liggen:

- > Consulteer de huisarts en handel conform de LESA Overspanning.
- > Verwijs in overleg met de huisarts naar tweedelijns GGz en/of reïntegratievoorziening:
  - bij ernstige depressie (8 of 9 criteria van de DSM IV positief en ernstige beperkingen),
  - bij een angststoornis met ernstig vermijdingsgedrag (vermijdt niet alleen problematische situaties),
  - bij een somatisatiestoornis (80% of meer van de 4DKL score) of een psychiatrisch toestandsbeeld. (zie bijlage 2)

# 2 INTERVENTIES

*De interventies zijn erop gericht het probleemoplossend vermogen van de werkende en diens leidinggevende – verder – te versterken. In dit proces is een aantal rollen en taken te onderscheiden. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor het begeleiden van dit proces en ziet erop toe dat de rollen en taken adequaat worden ingevuld.*

*Nadere toelichting: zie bijlagen 3, 4, 5, 6.*

## 2.1 WELKE ROLLEN EN TAKEN VERVULT DE BEDRIJFSARTS?

*Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie rollen:*

- *de rol als procesbegeleider*
- *de interventierol gefocust op de werkende*
- *de interventierol gefocust op het werksysteem.*

> Vul minimaal de rol van procesbegeleider in.

> Bepaal wie welke rollen/taken uitvoert en legt dit vast.

## 2.2 WAT IS DE TAAK VAN DE BEDRIJFSARTS ALS PROCESBEGELEIDER ?

*In deze rol is de bedrijfsarts bij uitstek de begeleider die het herstelproces volgt en beoordeelt, de zelfzorg van de werkende stimuleert en zo nodig andere zorgsystemen mobiliseert.*

### RANDVOORWAARDEN

- *De bedrijfsarts moet in een vroeg stadium (binnen circa 2 weken na de verzuimmelding) een eerste taxatie kunnen maken. Soms kan dit via anderen (bijvoorbeeld de leidinggevendenden) als ze daartoe voldoende zijn geëquipeerd.*
- *Voor het eerste consult is minimaal 30 minuten beschikbaar.*
- *Voor de vervolgsconsulten is 25-30 minuten beschikbaar.*
- *Vervolgsconsulten vinden gemiddeld eenmaal per drie weken plaats.*
- *Contact met werkomgeving/ leidinggevende is eenmaal per maand.*

> Beoordeel bij ieder contact of het herwinnen van de in de crisisfase verloren gegane controle gunstig verloopt.

### GUNSTIG BELOOP

> Onderneem geen andere actie dan die als procesbegeleider met periodiek contact.

### **STAGNATIE**

- > 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 zonodig:
  - voor steunende en/of coachende interventies naar bedrijfsmaatschappelijk werker, psycholoog of psychiater.
  - voor aanvullende analyses van de werkomgeving naar A&O deskundige, arbeids-hygiënist of ergonomoom.

## **2.3 WAT ZIJN DE INTERVENTIETAKEN GEFOCUST OP DE WERKENDE?**

*In deze rol ondersteunt de bedrijfsarts de begeleidingsrol met behandelinterventies.*

### **RANDVOORWAARDEN**

- *Voor de vervolgsessies 25-30 minuten.*
- *Volgsessies op indicatie om het effect van de interventie te evalueren en om de interventie, indien nodig, te continueren.*
- > Ondersteun de werkende bij het nemen van herstelstappen met behulp van eenvoudige cognitief-gedragsmatige interventies zoals:
  - voorlichting over beloop
  - inventarisatie van stressoren
  - dag- nachtstructuur
  - ontwikkelen van een rationale
  - positieve (her)etiquettering
  - perspectief bieden.Raadpleeg hiervoor bijlage 3.
- > Begeleid de werkende zonodig bij werkhervatting met concrete probleemoplossende adviezen.
- > Plan bij stagnatie (behandel)interventies die de werkende ondersteunen in het feitelijk uitvoeren van probleemoplossende acties (piekeropdrachten, probleem- en oplossingsinventarisatie).
- > Motiveer de werkende indien nodig om meer specialistische begeleiding te zoeken.

## **2.4 WAT ZIJN DE INTERVENTIETAKEN ALS COACH/ ADVISEUR GEFOCUST OP DE WERKOMGEVING?**

### **RANDVOORWAARDE**

- *Contact met de werkomgeving: op indicatie om het effect van de interventie te evalueren en om indien nodig de interventie te continueren.*

- > Plan interventies die de werkomgeving gestructureerd ondersteunen in het feitelijk uitvoeren van probleemoplossende acties.
- > Geef uitleg en voorlichting aan betrokkenen in de werkomgeving van de werkende over hun drievoudige taak:
  - Zelf het proces van probleemoplossing na controleverlies doorlopen
  - De werkende ondersteunen in diens (reïntegratie-)proces
  - Preventieve activiteiten overwegen voor overige werkenden
- > Ondersteun de werkomgeving met concrete probleemoplossende adviezen in de uitvoering van deze taken.
- > Maak als bedrijfsarts in het Sociaal Medisch Overleg en in bilaterale contacten met leidinggevenden aanschouwelijk met welk gedrag de werkende geholpen kan worden (voorbeeldgedrag).
- > Adviseer training of voorlichting ten behoeve van het management.
- > Adviseer over primaire en secundaire preventie (werkplek-, functie- of systeemaanpassingen) op basis van individuele gevallen, aangevuld met gegevens uit RI&E en PMO.

## **2.5 WAT TE DOEN BIJ ANDERE DAN STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN ?**

*De activerende interventies zijn vooral gericht op de stressgerelateerde component, dat wil zeggen op de interactie van de werkende met eisen, problemen en gebeurtenissen in de omgeving. Ook bij depressies, angststoornissen en overige psychiatrie speelt de stressgerelateerde component een belangrijke rol.*

### **STRESSGERELATEERDE STOORNIS MET EEN STERK AANWEZIGE DEPRESSIEVE KLACHTDIMENSIE OF ANGSTKLACHTDIMENSIE:**

- > Monitor het klachtenpatroon (met de 4DKL)
- > Pleeg maandelijks diagnostiek volgens DSM IV en met behulp van 4DKL om uit te sluiten dat de klacht zich ontwikkelt tot een depressieve stoornis/angststoornis.
- > Stem af met de huisarts als klachtenpatroon en lijdensdruk gedurende twee maanden onveranderd blijven of slechter worden.

### **DEPRESSIEVE STOORNIS**

- > Stem af met de huisarts.
- > Continueer de eerder ingezette begeleiding en wees extra alert in de uitvoering van de rol als procesbegeleider.
- > Monitor het klachtenpatroon (met de 4DKL).
- > Taxeer een eventueel suïciderisico.
- > Adviseer de werkende specialistische behandeling.
- > Verwijs (in overleg met de huisarts) naar een psycholoog of psychiater.
- > Monitor het effect van de behandeling.
- > Overleg met de behandelaar.



### **ANGSTSTOORNIS**

Idem als depressieve stoornis.

- > Richt werkhervatting in volgens het 'exposure principe'.

### **OVERIGE PSYCHIATRISCHE BEELDEN**

- > Stem af met de huisarts.
- > Continueer indien mogelijk de eerder ingezette begeleiding.
- > Adviseer de werkende specialistische behandeling.
- > Verwijs (in overleg met de huisarts) naar tweedelijns GGz en/of reïntegratievoorziening.
- > Monitor het effect van de behandeling.
- > Overleg met behandelaar.

## **2.6 WAT TE DOEN BIJ ANDERE COMPLICATIES?**

- > Initieer bij complicaties specifieke interventies.

### **SUÏCIDERISICO (STERKE DOODSWENS EN GEDACHTEN AAN SUÏCIDE)**

- > Regel snelle (psychiatrische) hulp, bij voorkeur via de huisarts.

Bij ernstig suïciderisico (concrete plannen of voorbereidingen):

- > Regel acute crisisinterventie.

### **SOMATISATIE**

- > Overweeg begeleiding volgens Stecr Werkwijzer Somatisatie, met als aandachtspunten:
  - patiënt erkennen in zijn klachten
  - agenda verbreden
  - en link laten leggen met psychosociale problematiek.

Bij sterke 'hormonale disregulatie':

- > Erken hun ongerustheid
- > Geef voorlichting
- > Verbreed agenda.

**Conflict in de arbeidssituatie** als belangrijkste etiologische factor

- > Zorg voor demedicalisering (als voornamelijk boosheid speelt)
- > Stel eventueel een time-out voor
- > Bewaak dat partijen met elkaar in gesprek blijven.

Bij een slachtoffer van **ongewenst gedrag** (seksuele intimidatie, agressie, mobbing)

- > Zorg voor aanpak volgens bedrijfsbeleid
- > Schakel een vertrouwenspersoon in / verwijs eventueel.

Bij sterk ingesleten patronen van irrationele **cognities of rigide persoonlijkheidskenmerken**

- > Adviseer cognitieve therapie.

# 3

## PREVENTIE EN TERUGVALPREVENTIE

### 3.1 STRUCTUREEL:

#### HOE WORDT VOORKÓMEN DAT STRUCTURELE FACTOREN IN DE WERKOMGEVING PROBLEMEN BLIJVEN GEVEN VOOR DEZE WERKENDE EN/OF VOOR ANDEREN?

*Primaire preventie is niet het onderwerp van deze richtlijn. Het behoort echter tot de verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts om preventieve maatregelen te adviseren als naar aanleiding van een individuele spreekuurcasus blijkt dat er in de organisatie van het werk, de taakstructuur, de stijl van leidinggeven of de communicatie structurele risicofactoren zijn voor de betrokken werkende en diens collega's.*

- > Adviseer organisatie- en/of werkplekonderzoek als er aanwijzingen zijn voor structurele risicofactoren.
- > Adviseer werknemersonderzoek, RI&E of PMO als er aanwijzingen zijn voor problematiek die door meerdere werkenden wordt ervaren.

### 3.2 INDIVIDUEEL:

#### HOE WORDT VOORKÓMEN DAT DEZE WERKENDE TERUGVALT NAAR CONTROLE VERLIES?

- > Integreer terugvalpreventie vanaf het eerste contact in de begeleiding door middel van het opbouwen van het probleemoplossend vermogen.
- > Draag er zorg voor beschikbaar te zijn indien de werkende daaraan behoefte heeft op grond van symptomen die eerder tot uitval hebben geleid.
- > Expliciteer aan het einde van de begeleiding bij de werkende en de werkomgeving de volgende punten:

##### WERKENDE

- Welke signalen herkent de werkende als vroege signalen?
- Welke gebeurtenissen hebben tot het beeld geleid of hebben dit uitgelokt?
- Welke attitude/cognities hebben aan het overbelast worden bijgedragen?
- Wat heeft de werkende geleerd van deze episode?
- Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan opdat terugkeer naar het werk succesvol is en blijft?
- Wat doet de werkende als (bovenstaande) signalen weer optreden?

### **WERKOMGEVING**

- Worden er acties ondernomen ten aanzien van oorzakelijke, uitlokkende of onderhoudende factoren?
- Welke signalen worden door de omgeving (collega's, leidinggevende) herkend, in algemene zin en ten aanzien van deze werkende?
- Zijn er afspraken gemaakt over hoe de betrokken werkende signalen kan uitwisselen met de omgeving.
- Wat doet de werkomgeving indien er opnieuw signalen komen?
- Zijn er afspraken over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de bedrijfsarts?

# 4

## EVALUATIE EN AFSLUITEN VAN DE BEGELEIDING

### 4.1 HOE WORDEN HET PROCES EN DE EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID VAN WERKGEVER EN WERKNEMER GEBORGD?

*Evaluatie is een continu onderdeel van het begeleidingsproces. Er zal bij de meeste begeleidingen sprake zijn van meerdere cycli van probleembenoeming, interventie en evaluatie. Daarbij kan een resterend probleem of een ander probleem aan het licht komen.*

*Daarnaast vertoont het herstelproces een gefaseerd beloop. Ook dit beloop wordt periodiek geëvalueerd conform de procesdiagnostiek (§ 1.2).*

#### SAMENGEVAT

- > Integreer procesevaluatie vanaf het eerste contact in de begeleiding.
- > Betrek hierbij de visie van de werkende en van de werkomgeving
- > Kies, indien daar aanleiding toe is, op grond van de evaluatie en in samenspraak met werkende en de werkomgeving, voor één van de eerdere stappen.

### 4.2 WAT ZIJN DE EVALUATIEMOMENTEN EN MET WIE WORDT AFGESTEMD?

#### MET DE WERKENDE

- In de eerste drie maanden iedere drie weken, of eerder als het effect van een interventie geëvalueerd moet worden.
- Na drie maanden minimaal iedere zes weken.

#### MET DE LEIDINGGEVENDE

- Tenminste iedere vier weken, of eerder als het effect van een interventie geëvalueerd moet worden.

#### MET DE HUISARTS OF MET EVENTUELE ANDERE HULPVERLENERS (PSYCHOLOOG/GGZ)

- Bij stagnatie of terugval.
- Bij twijfel over de diagnose.
- In onderling overleg en afhankelijk van de situatie.

#### MET DE ARBEIDSDESKUNDIGE (EN EVENTUEEL DE VERZEKERINGSARTS)

- Als structurele werkaanpassingen nodig zijn.
- Als hervatten bij de eigen werkgever niet mogelijk is.
- Betrek hierbij de visie van de werkende en de werkomgeving.

## 4.3 WAT IS DE INHOUD VAN DE EVALUATIE?

### MET DE WERKENDE GERICHT OP DE VOORTGANG

- > Continueer het beleid bij een normaal/gunstig beloop, benoem het gunstige beloop en gebruik het eventueel als motivatiestrategie om de werkende te stimuleren in het herstelgedrag.
- > Overweegt bij stagnatie een andere probleemdefinitie en/of een ander beleid, bijvoorbeeld intensivering van de begeleiding (naar individu of werkomgeving), stem af met de huisarts of overweeg een verwijzing naar tweedelijns GGz en/of reïntegratievoorziening.
- > Evalueer vervolgens of de doelen van de interventie zijn behaald, of er nog andere herstel-taken liggen of dat de begeleiding kan worden afgesloten.

### MET DE WERKGEVER GERICHT OP (DE EFFECTEN VAN) HET HANDELEN VAN VERTEGENWOORDIGERS VAN HET WERKSISTEEM

- > Benoem dit bij een gunstig beloop en spreek u expliciet uit voor voortzetting van het beleid of het niet ondernemen van actie.
- > Signaleer stagnatie en taxeer welk omgevingsstelsel (welke systemen) het probleem of het beleid zouden moeten herdefiniëren. Bespreek dat vervolgens met de werkende en binnen het betreffende omgevingsstelsel.

## 4.4 WANNEER WORDT DE BEGELEIDING AFGESLOTEN?

*Omdat het probleemoplossend vermogen van zowel de werkende als van de werkomgeving juist in de werksituatie zal worden opgebouwd, betekent dit dat de begeleiding voortduurt tot ná volledige werkhervatting.*

- > Sluit de begeleiding af als de doelstelling ‘herstel van optimaal functioneren’ is bereikt en voldoende geborgd.

# BIJLAGE 1

## HULPMIDDELEN VOOR DE DIAGNOSTIEK

### 1.A VISIE WERKENDE

Bij de diagnostiek betreft de bedrijfsarts expliciet de visie van de patiënt/werkende in het bijzonder de doelstellingen en de verwachtingen.

De visie van de patiënt levert informatie over de prognose en over mogelijke stagnaties.

De bedrijfsarts legt deze gegevens ook in de rapportage vast.

Relevante vragen om de visie van de werkende in kaart te brengen zijn:

- Wat zou u willen dat er nu op het werk / thuis veranderde?
- Wilt u terug naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden?
- Hoe bent u er aan toe als deze problemen er niet meer zijn?
- Wanneer denkt u dit bereikt te hebben?
- Wat verwacht u dat ik kan bijdragen aan (verandering in) uw situatie?
- Wat verwacht u van andere hulpverleners?
- Is dat voldoende voor u om weer verder te kunnen?

### 1.B VISIE WERKOMGEVING

De bedrijfsarts brengt bij de diagnostiek ook de doelstellingen/ verwachtingen van de relevante omgeving(ssystemen) in kaart. Wat betreft de zorgomgeving dient de communicatie binnen de codes (KNMG-code, NIP-code) plaats te vinden.

Relevante vragen om de visie van het omgevingsstelsel in kaart te brengen zijn:

- Wie of wat zou het probleem(/problemen) kunnen oplossen?
- Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing te vinden?
- Hebt u al gepraat met ....?
- Wat zou u nog meer kunnen proberen?
- Wilt u dat betrokkene terugkomt/ -gaat naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden?

### 1.C BELASTBAARHEID

Voor het in kaart brengen van belastbaarheid en verwerkingsvermogen zijn indicierend:

A Eerdere decompensatie / voorgeschiedenis van veel moeilijk oplosbare problemen in het recente verleden.

B Frequent van baan wisselen of frequent of langdurend verzuim (als signaal voor mogelijk vermijdingsgedrag); hoge medische consumptie.

Relevante vragen om belastbaarheid en verwerkingsvermogen in kaart te brengen zijn:

- Heeft u wel eens eerder een periode van psychische klachten (overspanning, depressie) doorgemaakt?
- Heeft u de afgelopen twee, drie jaar veel problemen ondervonden?
- Kon u daar meestal snel een oplossing voor vinden?
- Bent u de afgelopen periode (al eerder) ziek geweest van de problemen?
- Bent u wel eens van baan veranderd vanwege problemen?

Daarnaast is doorgaans feitelijke informatie (verzuim / verloop) beschikbaar.

## **1.D PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN WERKENDE**

- niveau van ervaren controle
- copingrepertoire
- ziektegedrag, motivatie en op herstel gerichte activiteiten
- rationaliteit van gedachten
- persoonlijkheidsaspecten
- persoonlijke voorgeschiedenis en huidige carrière- en levensfase
- familiale aspecten
- (genees)middelen en alcoholgebruik

Geschikte openingsvragen voor het in kaart brengen van het probleemoplossend vermogen zijn:

- Wie of wat zou uw probleem(/problemen) kunnen oplossen?
- Wat hield u tot nu toe op de been?
- Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing te vinden? Hebt u al gepraat met ....?
- Wat zou u nog meer kunnen proberen?
- Denkt u dat de manier waarop u tegen de situatie/problemen aankijkt een rol speelt?
- Wat gaat er goed? Waar bent u tevreden over / trots op?
- Waar put u energie uit? Waar geniet u van?
- Wat zou in uw manier van omgaan met problemen voor mij van belang kunnen zijn om te weten?

NB 1.

Het op indicatie verder uitvragen van de categorieën moet met tact gebeuren om bij de patiënt een gevoel van 'blaming the victim' en daarmee mogelijke schade aan de relatie te voorkomen.

NB 2.

Bevraging van deze categorieën is een momentopname die sterk beïnvloed kan zijn door het huidige toestandsbeeld. Zo kan bijvoorbeeld een depressie een sterke invloed hebben op het ervaren van controle en op de wijze van copen. Men kan dit enigermate ondervangen door steeds ook te vragen hoe de patiënt vroeger / normaal gesproken met probleemsituaties omging.

Alcoholmisbruik kan nagevraagd worden met de vragen uit de 'five shot test':

- Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?
- Hoeveel gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol gebruikt?
- Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinken?
- Voelt u zich er wel eens schuldig over?
- Drinkt u wel eens in de ochtend om de kater te verdrijven?

## **1.E PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN OMGEVING**

Indicerend ten aanzien van werk- en privé-omgeving zijn:

- hoog ziekteverzuim van de afdeling / organisatie.
- groot verloop / veel problematiek in de werkomgeving.
- hoge medische consumptie / veel problematiek in het gezin.

De feitelijke informatie (verzuim / verloop) is vaak al bij de bedrijfsarts bekend of voor hem of haar beschikbaar; uiteraard kan de informatie ook bij het management of de personeelsdienst worden bevestigd.

Algemene openingsvragen aan de werkende voor het in kaart brengen van het probleemoplossend vermogen van werk- en privé-omgeving zijn:

- Wordt uw probleem (op uw werk / thuis) serieus genomen?
- Bij wie kunt u op uw werk / thuis terecht met uw problemen?
- Wat heeft 'men' (uw baas / partner/...) tot nu toe bijgedragen om een oplossing te vinden?
- Wat zou 'men' nog meer kunnen doen?
- Worden problemen op uw werk / bij u thuis meestal soepel opgelost?
- Denkt u dat uw baas / collega's u terug willen op uw werk?
- Wat zou in dit verband voor mij als uw bedrijfsarts nog van belang kunnen zijn om te weten?

NB.

De bedrijfsarts kan er ook voor kiezen de omgeving zelf te bevragen op de genoemde aspecten.

## **1.F 4DKL**

Op de website [www.psychischenwerk.nl](http://www.psychischenwerk.nl) kan men de 4DKL gratis downloaden.

Voor het gebruik van de 4DKL is het volgende van belang:

- De afkorting 4DKL staat voor Vierdimensionale Klachtenlijst. Deze vragenlijst bestaat uit een distress-, depressie-, angst- en somatisatieschaal.
- Het invullen van de 4DKL kost de werkende ongeveer 10 minuten. De op de vragenlijst afgedrukte instructie is op zichzelf voldoende. Men kan nog benadrukken dat het om klachten in de afgelopen week gaat. Men kan ook aangeven dat sommige items indringend kunnen overkomen.



- Per item is een 5-punts schaal gegeven: van 0 (de klacht kwam in de afgelopen week niet voor) tot 4 (de klacht was heel vaak of voortdurend aanwezig).
- Bij de scoring worden per item de antwoordmogelijkheden 3 en 4 omgescoord naar 2. Vervolgens worden vier schaalscores berekend door de scores van iedere schaal op te tellen. De 4DKL levert dus vier schaalscores op.
- De individuele topscores (3 en 4) blijven betekenisvol in het contact tussen bedrijfsarts en patiënt. De vragen die dermate hoog scoren zijn extra aandacht waard en bieden in de verdere anamnese vaak aanvullende informatie. De reden van de aftopping in de score heeft te maken met valideringsprincipes.
- Hoge scores wijzen op veel klachten.
- Er is een reële kans op depressie bij een score hoger dan 4 op de depressieschaal. Bij een score hoger dan 8 op de angstschaal is er een kans op het bestaan van een angststoornis.
- De 4 DKL ondersteunt bij het stellen van een diagnose; voor het stellen van een diagnose moet de bedrijfsarts echter óók de diagnostische criteria uit bijlage 2 hanteren.

*Met de 4DKL is, door deze bij een volgend consult opnieuw af te nemen (met minimaal drie weken tussenruimte), ook het beloop van de klachten te meten.*

*De lijst is ook te gebruiken als motivator, zie hiervoor de bijlage bij het achtergronddocument van deze richtlijn.*

Nader informatie over de 4DKL staat in een bijlage bij het achtergronddocument bij deze richtlijn.

## **1.6 SUÏCIDERISICO**

De bedrijfsarts zou op dezelfde wijze vragen op dit gebied kunnen stellen als de huisarts.

Om het suïciderisico in te schatten staat in de NHG-Standaard Depressie dat de huisarts de volgende vragen stelt:

- Bent u de laatste tijd wel eens zo ten einde raad dat u denkt: ‘ik wou dat ik niet meer leefde of op een ochtend niet meer wakker werd?’ (gedachten aan de dood);
- Denkt u wel eens: ‘ik maak er een eind aan?’ (suïcidegedachten).

Bij een bevestigend antwoord op de laatste twee vragen probeert de huisarts het suïciderisico te beoordelen door na te gaan hoe sterk de doodswens is, hoe dwingend de suïcidegedachten zijn, of er een uitgewerkt suïcideplan bestaat, of er suïcidepogingen in de familie voorkomen en of er door de patiënt in het verleden reeds suïcidepogingen zijn gedaan. Naarmate een poging recentier heeft plaatsgevonden, en er concreter uitgewerkte plannen bestaan, neemt de kans op een nieuwe poging toe. Het suïciderisico wordt medebepaald door de ernst en oplosbaarheid van de eventuele psychosociale problematiek.

## 1.H IN WELKE FASE VAN PROBLEEMOPLOSSING/CONTROLEHERSTEL ZIT DE WERKNEMER?

### VOORBEELDVRAGEN TER BEOORDELING

#### **Crisisfase**

##### *Controleverlies/ ontredde*

- 1 Waar piekert u over?
- 2 Denkt u erover na hoe het zover is gekomen?
- 3 Hebt u de problemen waardoor u overspannen bent geworden voor uw gevoel redelijk op een rij?
- 4 Kunt u er een aantal voorbeelden van noemen?
- 5 Is dat beeld redelijk compleet?

#### **Probleem- en oplossingsfase**

##### *Oriëntatie op oplossingen*

- 1 Denkt u erover na welke dingen anders zouden moeten en wat u zelf anders zou moeten doen?
- 2 Heeft u dat voor de belangrijkste problemen redelijk in kaart?

#### **Toepassingsfase**

##### *Oriëntatie op toepassing van oplossingen en oppakken van rollen*

- 1 Bent u begonnen de dingen anders aan te pakken?
- 2 Bent u al in gesprek over de dingen die anders zouden moeten?
- 3 Bent u eraan toe een aantal dingen weer op te pakken op de nieuwe manier?

NB

Zie ook schema 1. Handelen van de bedrijfsarts bij het proces van controleverlies en functioneringsherstel (pag. 9).

## BIJLAGE 2

### DIAGNOSTISCHE CRITERIA

#### 2.A STRESSGERELATEERDE STOORNIS

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>Één of meer van onderstaande distress-symptomen (psychische spanningsklachten)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• malaise, lusteloosheid</li><li>• gevoelens van overbelasting</li><li>• anhedonie</li><li>• onmachtsg gevoelens</li><li>• demoralisatie</li><li>• prikkelbaarheid</li><li>• gedeprimeerdheid</li><li>• emotionele labiliteit</li><li>• concentratieproblemen</li><li>• gespannenheid</li><li>• piekeren</li><li>• snel geïrriteerd</li><li>• tot niets meer kunnen komen</li><li>• moeite met helder denken</li></ul> <p>en/of</p> <p>Lichamelijke spanningsklachten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• moeheid</li><li>• slaapproblemen</li><li>• hoofdpijn</li><li>• maagpijn</li><li>• spierpijnen</li><li>• etcetera</li></ul> <p>De klacht(en) is/zijn zodanig dat de patiënt eronder lijdt of (dreigende) functioneringsproblemen ervaart</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- acute stressstoornis</li><li>- psychiatrisch beeld (As I of As II)</li><li>- somatisch beeld.</li></ul>

## 2.B DEPRESSIEVE STOORNIS

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>Vijf of meer van onderstaande symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest, waarbij één van de twee eerste verplicht is:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• een depressieve stemming</li><li>• een duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten</li><li>• verandering van eetlust of gewicht</li><li>• slapeloosheid of overmatig slapen</li><li>• agitatie of remming</li><li>• moeheid of verlies van energie</li><li>• gevoelens van waardeloosheid of schuld</li><li>• besluiteloosheid, concentratieproblemen of verminderd vermogen tot nadenken.</li><li>• gedachten aan de dood of aan suïcide</li></ul> <p>De symptomen veroorzaken een duidelijk lijden of beperkingen in het functioneren, sociaal of beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- de symptomen zijn het directe fysiologische gevolg van misbruik van middelen</li><li>- somatisch beeld.</li></ul>

Bovenstaande criteria zijn de criteria voor een depressieve episode. Naast deze vorm zijn nog andere vormen van depressie te onderscheiden; de belangrijkste zijn:

- De bipolaire stoornis: deze vorm kent manische episoden naast depressieve episoden.
- De psychotische depressie: deze vorm gaat, naast de symptomen van de depressieve episode, gepaard met hallucinaties of wanen.

## 2.C ANGSTSTOORNIS

### DIAGNOSTIEK

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>Buitensporige angst of bezorgdheid</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- de symptomen zijn het directe fysiologische gevolg van misbruik van middelen</li><li>- somatisch beeld.</li></ul>

De volgende vragen kunnen worden gesteld om het inclusie criterium in kaart te brengen:

- Voelt u zich angstig; heeft u onbestemde angstgevoelens; maakt u zich veel zorgen?
- Vindt u de angsten of bezorgdheden reëel; kunt u ze begrijpen?
- Belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

## Belangrijkste manifestaties van een angststoornis

### Paniekaanval – of stoornis

(een) afgegrensde periode(s), recent eenmalig of recidiverend, van hevige angst of ernstig onbehagen met vier of meer van de volgende symptomen:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- bonzend hart of hartkloppingen</li><li>- transpireren</li><li>- trillen of beven</li><li>- gevoel van ademnood of verstikking</li><li>- naar adem snakken</li><li>- pijn of druk op de borst</li><li>- misselijkheid of buikklachten</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- gevoel van duizeligheid of licht in het hoofd</li><li>- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)</li><li>- angst de controle over zichzelf te verliezen of gek te worden</li><li>- angst om dood te gaan</li><li>- dove of tintelende gevoelens</li><li>- opvliegers of koude rillingen</li></ul> |
|--|---|

### Fobieën

hevige aanhoudende angst voor- en vermindering van:

- een specifiek object (bv.: spinnen, slangen, bloed)
- een specifieke fysieke situatie (bv.: hoogte, kleine ruimte)
- situaties waarin een paniekaanval zou kunnen optreden zonder dat men kan wegkomen of hulp inroepen
- sociale situaties waarin men zich bloot stelt aan mogelijke kritiek van anderen

### Obsessief-compulsieve stoornis

hevige angst of spanning als gevolg van terugkerende, intrusieve en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies). De patiënt kan trachten de angst te reduceren door dwangmatige rituele handelingen (compulsies) zoals wassen, controleren, tellen, uit te voeren.

### Gegeneraliseerde angststoornis

buitensporige en aanhoudende angst of bezorgdheid met betrekking tot meerdere aspecten van het leven (werk, gezin, financiën, 'de toekomst').

De bedrijfsarts inventariseert bovendien, door middel van een gerichte anamnese en eventueel aanvullende informatie, aard, duur, beloop en ernst van de klachten, begeleidende symptomen, de focus van de angst, de aanwezigheid van dwanggedachten, vermijdingsgedrag en de invloed daarvan op het sociaal functioneren.

Tevens beoordeelt de bedrijfsarts of er sprake is van werkgerelateerde problematiek.

## 2.D OVERIGE PSYCHIATRIE (AS I)

### DIAGNOSTIEK

#### Criteria voor inclusie

##### Aanwezigheid van één (of meer) van onderstaande symptomen:

- 1 wanen
- 2 hallucinaties
- 3 onsamenvhangende spraak en/of chaotische gedachtegang
- 4 ernstig chaotisch of katatoon gedrag
- 5 één of meer episodes van onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren
- 6 plotseling en onverwacht weg gaan van huis of van de gebruikelijke werkplek, met het onvermogen zich het eigen verleden te herinneren
- 7 aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden
- 8 aanhoudende of recidiverende belevingen van het gevoel los te staan en externe waarnemer te zijn van de eigen geestelijke processen of het eigen lichaam
- 9 recidiverend(-e episodes van) onvermogen zich te verzetten tegen impulsen van:
  - agressiviteit
  - brandstichting
  - het stelen van objecten
  - het uittrekken van harenof andere pathologische impulsen
- 10 een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste jaar, waarbij tenminste:
  - vier pijnsymptomen (ten minste vier verschillende locaties) én
  - twee gastro-intestinale symptomen én
  - één seksueel symptoom én
  - één pseudo-neurologisch symptoom (stoornissen in de coördinatie of evenwicht, paralyse of gelokaliseerde spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie, urineretentie, uitval van zintuiglijke functies (voelen, zien, horen) toevallen)

Symptoom 1/4 behoren bij schizofrenie en kortdurende psychotische stoornissen.

Symptoom 5/8 behoren bij dissociatieve stoornissen.

Symptoom 9 behoort bij stoornissen in de impulsbeheersing.

Symptoom 10 behoort bij somatoforme stoornis.

Bij de werkhypothese 'overige psychiatrie (As I) stemt de bedrijfsarts af met de huisarts met als aanbeveling een psychiater te raadplegen voor nadere diagnostiek en therapeutische adviezen.

In verband met de moeilijke duiding van symptomatologie in interculturele contacten is bij allochtone patiënten verwijzing naar een psychiater met kennis van transculturele psychiatrie aan te bevelen. Overigens is ook voor de bedrijfsarts enige kennis van transculturele psychiatrie wenselijk.

## 2.E OVERIGE PSYCHIATRIE (AS II)

### DIAGNOSTIEK

#### Criteria voor inclusie

- een langdurig (minimaal vanaf de adolescentie) bestaand patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, die duidelijk afwijken van de verwachtingen van de cultuur, waarin het betrokken individu leeft.
- het patroon is star en komt tot uitdrukking op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
- het patroon leidt tot een klinisch betekenisvolle problematiek of belemmeringen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.

Er is sprake van As II problematiek bij een sterk disfunctioneel gedragspatroon dat niet wordt verklaard door de interactie met specifieke omgevings- of contextfactoren. De bedrijfsarts toetst het patroon dat de patiënt vertoont aan de in bovenstaande tabel genoemde criteria.

*Indien de bedrijfsarts tot de werkhypothese 'As II problematiek' komt tracht hij of zij, na afstemmen met de huisarts, de patiënt te motiveren een klinisch psycholoog of psychiater te raadplegen voor nadere diagnostiek en therapeutische adviezen.*

*Persoonlijkheidsstoornissen (As II stoornissen) komen in werksituaties weinig voor. Meestal zal er sprake zijn van persoonlijkheidskenmerken (-stijlen, -trekken) die disfunctioneel kunnen zijn en de prognose kunnen beïnvloeden. Ook hier kan tweedelijns diagnostiek en advisering gewenst zijn.*

N.B.

De bedrijfsarts is zich bewust van de stigmatiserende werking van het label 'persoonlijkheidsstoornissen' en van het risico dat met (lichtvaardig gebruik van) dit label (en ook van het 'lichere' label 'persoonlijkheidskenmerken') situationele problematiek kan worden geïndividualiseerd.

De bedrijfsarts hanteert de classificatie 'persoonlijkheidsstoornis' uitsluitend als deze is bevestigd door specialistische (psychiatrische) expertise.

## 2.F SOMATISATIE

Somatiseren wil zeggen dat men lichamelijke klachten heeft op basis van spanning. De mate van somatisatie kan met de 4DKL worden vastgesteld (Terluin e.a., 2006).

Het criterium is een score in de bovenste 20% van de 4DKL-schaal somatisatie (zie aldaar).

Een somatoforme stoornis is een DSM IV diagnose-groep. Er zijn lichamelijke klachten zonder fysiologische oorzaak. Hieronder vallen onder andere de somatisatiestoornis, conversiestoornis, pijnstoornis en hypochondrie.

## BIJLAGE 3

### INTERVENTIES CRISISFASE (FASE 1)

Hieronder wordt een aantal 'interventies' kort beschreven. Het zijn eerstelijns interventies, die goed zijn uit te voeren binnen de context van een huisartsen- of bedrijfsartsenpraktijk, door de arts zelf of een andere professional. De hier beschreven interventies zijn gericht op het individu: de patiënt of zieke werkende.

De hier beschreven individu gerichte interventies zijn grotendeels ontleend aan de cognitief gedragsmatige benaderingswijze en aan de directieve therapie. Deze richtingen wordt gekenmerkt door actieve advisering, omgevingsgerichtheid (het betrekken van de omgeving), pragmatisme en eclecticisme. Deze kenmerken sluiten goed aan bij een activerende opstelling en een functioneringsgerichte begeleiding. Als aanvulling op de 'care as usual' (empatisch luisteren, rust voorschrijven, mobiliseren, partieel hervatten, adviseren ten aanzien van de behandeling, etc.) kunnen ze het verwerkingsvermogen krachtig beïnvloeden en blijken ze uitermate effectief (Van der Klink e.a., 2003).

#### 3.A HET GEVEN VAN VOORLICHTING UITLEG OVER STRESS, OVERSPANNING EN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Inzicht in wat er is gebeurd is, is de basis voor het verdere herstelproces. Eerst moet men begrijpen wat er aan de hand is voordat men de situatie kan accepteren, wat weer de basis is om ermee aan de slag te gaan. Begrip is daarmee de eerste, cognitieve stap in het proces van weer greep krijgen. Niet voor niets vormt 'grip' de kern van het woord begrijpen.

Patiënten zoeken, vanuit de behoefte aan houvast, in de eerste fase dan ook een verklaring voor hun toestand. Dat betekent dat ze ontvankelijk zijn voor een goede uitleg. Als die niet wordt gegeven, zal men op zoek blijven met het risico uit te komen bij een slechte, improductieve verklaring. Improductief is iedere verklaring die niet bijdraagt aan het herstel. Zo kan de patiënt uitkomen bij de op zich logische verklaring dat de moeheid en eventueel andere lichamelijke klachten voortkomen uit een lichamelijke oorzaak. Dit kan leiden tot de acceptatie dat men lichamelijk ziek is, of in ieder geval 'iets heeft' en dat men in het medisch circuit zal moeten (laten) zoeken tot de oorzaak gevonden is. Iedere huisarts en bedrijfsarts kent dit fenomeen en weet dat het ertoe leidt dat de patiënt niet toekomt aan het in kaart brengen en oplossen van de problemen in het privéleven of op het werk.

Een goede uitleg kan in de vorm van een vraag en antwoord interactie met de patiënt waarin steeds wordt afgetast wat de patiënt zelf aan inzicht heeft en in hoeverre de arts dit kan aanvullen.

*"U heeft me verteld waarom u hier bent gekomen, wat er allemaal is gebeurd en wat uw klachten zijn, wat denkt u zelf dat er met u aan de hand is?"*

*"Als ik uw verhaal zo hoor denk ik (inderdaad ook) dat u overspannen bent. Nu kunnen mensen heel verschillende ideeën bij zo'n term hebben; wat is voor u overspanning?"*

*"Het kan inderdaad te maken hebben met te veel hooi op je vork, zoveel dingen die moeten, vanuit je werk of thuis, dat je het niet meer voor elkaar krijgt en als er dan een aantal problemen bij komt, verlies je zelfs het overzicht en de greep. Herkent u dat?"*



*“De klachten die u aangaf passen inderdaad allemaal goed bij het beeld”*

*“Belangrijk is dat u zich weer een beetje rustig gaat voelen en dat u dan geleidelijk die greep weer gaat opbouwen; hebt u zelf een idee hoe u dat zou kunnen doen?”*

*“U noemt nu meteen een aantal oplossingen, en het is heel goed dat u daar al mee bezig bent, maar vaak is het goed even een fase in te lassen waarin je alle problemen die hebben meegevoeld goed op een rijtje zet en vervolgens in kaart brengt op welke termijn, met welke prioriteit en hoe je die problemen gaat aanpakken, hoe kijkt u daar tegenaan?”*

Uiteraard is de vorm die de arts kiest afhankelijk van de patiënt. Bij sommige patiënten is het beter de uitleg kort en bondig te geven en alleen aan het einde even te checken of de patiënt het heeft begrepen. Belangrijk is dat de patiënt een verklaring heeft of krijgt in de vorm van een (eventueel voorlopige of meest waarschijnlijke) diagnose, weet wat dat inhoudt, hoe het meestal ontstaat, welke klachten daarbij kunnen horen en hoe het herstel eruit ziet.

Het is bijna altijd aan te raden de mondelinge informatie te ondersteunen met schriftelijk materiaal dat de patiënt thuis nog eens rustig kan nalezen. Voorlichtingsbrieven voor bijvoorbeeld overspanning zijn te downloaden van de NHG website.

### **3.B ROLLEN EN TAKEN VAN DE BEDRIJFSARTS**

De activerende benadering heeft enerzijds een procesmatig karakter en anderzijds een ondersteunende, begeleidende component. Het procesmatige karakter is erin gelegen dat alleen dan moet worden ingegrepen als hersteltaken niet spontaan worden ingevuld door de patiënt/werkende of de werkomgeving. Wanneer werkende en leidinggevende, in hun interactie, binnen een realistisch tijdbestek tot invulling van de hersteltaken komen en daarmee tot herstel van controle en probleemoplossing, is activering door de bedrijfsarts of een andere professional onnodig en ongewenst. De primaire verantwoordelijkheid ligt bij werkende en leidinggevendenden. Deze partijen zijn in veel gevallen uitstekend in staat om die verantwoordelijkheid in te vullen.

Wanneer het proces stagneert moet ondersteuning worden aangeboden aan de werkende en/of de werkomgeving.

Het proces dat de werkende doorloopt van controleverlies terug naar controle kent drie fasen. In die fasen zijn specifieke taken te vervullen door de werkende en door de werkomgeving (zie ook schema 1). Die taken dragen bij aan herstel van controle en functioneren en aan vermindering van de terugvalkans. Per fase varieert de herstelduur tussen de 3 en 6 weken. Naast het proces van de werkende zal een soortgelijk proces zich ook afspelen bij betrokkenen in de directe omgeving van de werkende, ongeacht of dit de werkomgeving, de privé- of de zorgomgeving is. Ook die moeten het probleem onder ogen gaan zien, oplossingen bedenken en toepassen. Aard en doorlooptijd zullen vaak anders zijn. De omgeving heeft enerzijds te maken met eigen problematiek die oplossing behoeft, bijvoorbeeld werkaanpassingen regelen. Anderzijds kan zij de werkende ondersteunen bij zijn of haar problematiek, niet door de problemen van de werkende over te nemen, maar door hem of haar te ondersteunen in het probleemoplossend vermogen. Ook op dit aspect dient zich de aandacht van de bedrijfsarts te richten.

In aansluiting op het bovenstaande beschrijven wij hieronder voor de begeleiding volgens deze richtlijn twee rollen:

- de procesbegeleidersrol
- de interventierol

De projectgroep meent dat de bedrijfsarts de competenties moet bezitten of verwerven om deze beide rollen in te kunnen vullen. Het is echter geen domeinclaim: afhankelijk van de specifieke praktijksituaties kunnen (delen van) deze rollen door andere professionals worden ingevuld. De projectgroep heeft er wel sterke voorkeur voor dat de procesbegeleidersrol door de bedrijfsarts – in interactie met de leidinggevende en anderen – wordt ingevuld.

De bedrijfsarts is zowel hulpverlener als adviseur en heeft in deze laatste rol toegang tot verantwoordelijken op de werkvloer. In ideale omstandigheden kan de rol van procesbegeleider eerst en/of vooral worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een daartoe goed toegeruste leidinggevende of casemanager van het bedrijf. In voorkomende gevallen (bijvoorbeeld bij een sterke voorkeur van de werkende) kan de rol, in samenspraak met de bedrijfsarts, ook worden ingevuld door een andere hulpverlener zoals de huisarts of bedrijfsmaatschappelijk werkende.

De interventierol kan worden gesplitst in een interventierol die primair is gericht op de individuele werkende en een interventierol die primair is gericht op de context, de werkomgeving. De interventierol moet alleen dan vervuld worden wanneer de probleemoplossende vaardigheden van werkende of context te kort schieten en het proces daardoor stagneert.

Taken binnen deze rol kunnen worden gedelegeerd aan andere professionals.

Combinatie van de procesrol met beide interventierollen kan tot bezwaar hebben dat de bedrijfsarts een zodanig centrale rol gaat vervullen dat het risico bestaat dat partijen het proces van probleemoplossing aan hem of haar delegeren en daarmee hun eigen verantwoordelijkheid niet meer nemen.

Een combinatie van de procesrol met één van de twee andere rollen kan efficiënt zijn.

Een ervaren bedrijfsarts kan in een consult aspecten van de procesrol combineren met de interventierol met focus op het individu. Ook kunnen de contacten met het werksysteem, die de bedrijfsarts vanuit de procesrol moet hebben, worden gecombineerd met interventies op het werksysteem. De bedrijfsarts moet zich er wel van bewust zijn dat het evalueren vanuit de procesrol van zijn of haar eigen interventies vanuit de andere rol, structuur en een zekere afstand vereist. Grote geïnvolvement in de interventierol, in combinatie met tijdsdruk, zou ertoe kunnen leiden dat de procesrol wordt verwaarloosd en daarmee de centrale taak van de bedrijfsarts.

Het feit *dat* alle relevante rollen worden vervuld is belangrijker dan de vraag *wie* ze moet vervullen. De bedrijfsarts moet de geschetste eerstelijns rollen kunnen invullen, maar hoeft dit niet in alle omstandigheden te doen.

In iedere situatie moet goed worden overwogen welke rol of combinatie van rollen wordt ingevuld. Uiteraard spelen ook de mogelijkheden en randvoorwaarden die de bedrijfsarts vanuit zijn of haar eigen werkgever en vanuit het contract met de klant heeft, een rol.

In het vervolg van deze richtlijn gaan we er vanuit dat de bedrijfsarts altijd in elk geval de procesbegeleidersrol uitvoert.

In de praktijk zal het onderscheid wellicht minder helder zijn dan in theorie, maar het onderscheid kan ordenend werken bij het uitvoeren en afstemmen van taken en rollen.

Hieronder een nadere toelichting op de genoemde rollen.

#### **WAT IS DE TAAK VAN DE BEDRIJFSARTS IN DE ROL ALS PROCESBEGELEIDER?**

In de rol van procesbegeleider richt de BA zich primair op de werkende en het proces dat deze te doorlopen heeft van controleverlies terug naar het weer ervaren van controle. De werkende wordt daarbij gezien als onlosmakelijk onderdeel van meerdere contexten (werk, privé). De procesbegeleider heeft taken zowel ten aanzien van het individuele proces als ten aanzien van de werkomgeving.

De belangrijkste taak in deze rol is het monitoren van het procesbeloop, het tijdig oppikken van stagnaties en het, waar nodig, (laten) plegen van interventies om processtagnatie bij werkende of zijn of haar omgeving te verhelpen. De procesbegeleider ziet erop toe dat de op controleherstel en reïntegratie gerichte aspecten van de begeleiding zijn gewaarborgd: de begeleiding is probleemgeoriënteerd, procescontingent binnen een tijdskader en gericht op functioneringsherstel.

De procesbegeleidersrol is bij uitstek een communicatieve rol vanuit overzicht over het proces bij werkende en context. In deze rol zijn er contacten zowel met de werkende als met het werksysteem. Kerntaken zijn het bewerkstelligen van afstemming tussen partijen gericht op gezamenlijke reïntegratiedoelstelling, inzicht bieden in en voorlichting geven over het proces(verloop).

Hieronder een nadere beschrijving van de rol van procesbegeleider in drie situaties: bij een ongecompliceerd beeld, bij lichte complicaties en bij zwaardere complicaties.

#### **Ongecompliceerd beeld**

Bij een ongecompliceerd beeld, dat wil zeggen werkgerelateerde problematiek én een werkstressgerelateerde component zonder bijmenging met depressieve of angstklachten, persoonlijkheidsproblemen, en geen gecompliceerde problematiek in de oorzakelijke sfeer, beoordeelt de bedrijfsarts of volstaan kan worden met procesbegeleiding.

De procesbegeleider volgt dus het proces van werkende en het (werk)systeem en evalueert dit periodiek. Procesdiagnostiek kan opgevat worden als een strategie waarbij diagnose, prognose en beleid niet worden vastgesteld op basis van een momentopname, maar op basis van een voortschrijdend inzicht gedurende het behandelproces.

De *taken* zijn er dan op gericht bij alle relevante partijen in de omgeving van de patiënt een probleemgeoriënteerde attitude te bewerkstelligen. De procesbegeleider let er bijvoorbeeld op dat in de interactie tussen werkende en werksysteem gehandeld wordt vanuit en aansluitend

bij de fase waarin de werkende zich bevindt. De bedrijfsarts geeft veel informatieve steun en houdt de systemen, met name het werksysteem, alert op de problematiek en de reïntegratiedoelstelling.

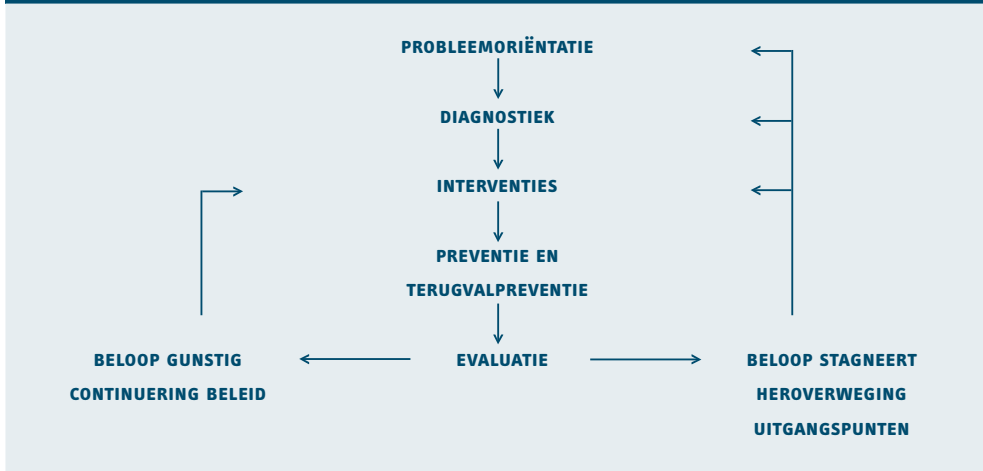
In elk contact (zowel met werkende als werkomgeving) verricht de bedrijfsarts een proces-evaluatie met specifieke aandacht voor (dreigende) stagnatie.

De bedrijfsarts dient stagnaties tijdig te onderkennen. Wanneer stagnatie wordt geconstateerd dan verricht de procesbegeleider onderzoek naar die stagnatie. Dat betekent evaluatie en mogelijk herijken van:

- > Probleemoriëntatie (van werkende en zijn of haar omgeving): zijn er nieuwe aspecten die een rol spelen bij de stagnatie
- > Procesevaluatie: in welke fase bevindt de werkende zich, hoe lang zit de werkende in deze fase en zijn taken uit eerdere fasen voldoende afgerond?
- > Dimensionale en classificerende diagnostiek: is er een ontwikkeling in de dimensies (bijvoorbeeld toenemende depressieve klachten) of ontwikkelt zich co-morbiditeit?
- > Zijn eerdere interventies procescontingent ingezet en adequaat uitgevoerd?

Op basis van zijn of haar onderzoek formuleert de procesbegeleider een (aangepaste) werkhypothese en stemt daarop het beleid (opnieuw) af. De procesbegeleider betreft daarbij werkende en de omgeving.

## Procesevaluatie



### **Lichte complicaties**

Lichte complicaties door factoren gelegen in de werkende of in de context kunnen leiden tot stagnatie. Eerstelijns interventies die passen bij de werkhypothese en bij de procesfase zijn dan geïndiceerd. De bedrijfsarts indiceert dit in de rol van procesbegeleider. De bedrijfsarts kan ervoor kiezen naast de procesbegeleidende rol ook de interventierol en de daarbij behorende taken op zich nemen. Bij een combinatie van rollen evalueert de bedrijfsarts vanuit de rol van procesbegeleider de effecten van de zelf uitgevoerde interventies. Juist bij zelfevaluatie is het van belang dit gestructureerd (periodiek en systematisch) te doen.

De procesbegeleider evalueert de effecten van de interventies. Bij gunstig effect zal de werkende het proces weer zelf invulling gaan geven en kan de bedrijfsarts zich verder beperken tot de rol van procesbegeleider. Als de minimale interventie(s) geen of onvoldoende vooruitgang laten zien in het functioneringsherstel, dan is overleg met en verwijzing naar de tweede lijn aan de orde.

### **Zwaardere complicaties**

Bij zwaardere complicaties (bijvoorbeeld rigiditeit van cognities of contraproductieve gedragspatronen, rigide patronen in de organisatiecultuur) kan verwijzing naar tweedelijns begeleiding direct aan de orde zijn naast interventies op de stressgerelateerde component.

De procesbegeleider blijft na verwijzing verantwoordelijk voor de evaluatie van de voortgang van specialistische interventies (uiterlijk elke 3 weken). Hij of zij blijft sturen op het gezamenlijke belang van medewerker en direct leidinggevende om hun regie op het functioneringsherstel te blijven behouden. De kans dat hen de regie ontglipt is het grootst als het aantal betrokken hulp- en dienstverleners in de loop der tijd toeneemt, waardoor afstemmingsproblemen kunnen ontstaan.

Wanneer sprake is van het inzetten van anderen in de interventierol of wanneer gedelegeerd of verwezen wordt, raadpleegt de bedrijfsarts de leidraad ‘verwijzen door de bedrijfsarts’ en handelt conform. Hij of zij draagt daarbij ten minste zorg voor:

- > overdracht van relevante informatie (probleemdefinitie, 4DKL-score, diagnostiek, werkhypothese)
- > benoemen van reden voor delegeren / verwijzen
- > benoemen van doelstelling
- > maken van heldere afspraken over terugkoppeling, feedback en tussentijdse evaluaties
- > geven van voorlichting over zijn of haar rol als procesbegeleider

#### **WAT ZIJN DE TAKEN BINNEN DE INTERVENTIEROL MET FOCUS OP DE WERKENDE?**

Als de werkende niet op eigen kracht de fasen doorloopt en de hersteltaken vervult, is er een indicatie voor interventies.

Als de stagnatie met name ligt in het individu (bijvoorbeeld door persoonlijkheidskenmerken) zullen vooral interventies geïndiceerd zijn, gericht op het ondersteunen van het probleemoplossend vermogen tot op het niveau van waaruit hij of zij het proces zelf kan oppakken. De valkuil kan zijn dat de hulpverlener het probleem overneemt en oplossingen aandraagt, wat niet bijdraagt aan de opbouw van het eigen probleemoplossend vermogen van de werkende. In deze rol ligt de focus van de interventies dus op de werkende. Daarbij wordt die werkende wel gezien binnen zijn of haar context en kunnen er ook (beperkte) taken richting de context liggen.

Bij lichte complicaties, vooral ten aanzien van probleemoplossende vaardigheden bij de werkende, draagt de bedrijfsarts zorg voor invulling van de interventierol (met de focus op het individu binnen zijn of haar omgeving). Dit kan door de bedrijfsarts zelf zijn, maar hij of zij kan er ook voor kiezen deze rol en taken te delegeren aan bijvoorbeeld bedrijfsmaatschappelijk werk.

In deze rol ligt de nadruk op het invullen van eerstelijns taken die ondersteunend aan werkende en diens werkgever zijn in het weer zelfstandig oppakken van het reïntegratieproces. Mogelijke interventies binnen deze rol zijn afhankelijk van de fase (zie schema 1 en de bijlagen 3c t/m 3i, 4 en 5).

#### **WAT ZIJN DE TAKEN IN DE INTERVENTIEROL MET FOCUS OP DE WERKOMGEVING (ALS COACH / ADVISEUR)?**

Wanneer stagnatie vooral is gelegen in de context (bijvoorbeeld pesten, spanningen, reorganisatieperikelen) moeten interventies zich vooral daarop richten. Werkgevers kunnen feedback op de werkomstandigheden doorgaans goed accepteren als de verhoudingen goed zijn.<sup>2</sup> Daarbij wordt niet uit het oog verloren, dat het individu onderdeel van die context is. Ook hier kan het een valkuil zijn om met kant en klare oplossingen te komen.

<sup>2</sup> Citaat uit de focusgroep leidinggevenden

In deze rol ondersteunt de bedrijfsarts de werkomgeving om probleemoplossend om te gaan met het verminderd functioneren van de werkende. Hiervoor kunnen vergelijkbare interventies worden gebruikt als die gericht op de werkende (voorlichting, perspectief bieden, probleem- en oplossingsinventarisatie). Daarnaast wordt de leidinggevende gecoacht in de (proces) begeleidende rol naar de werkende. Het is voor de leidinggevende belangrijk het 3-fasen model te kennen en advies te krijgen voor een aanpak behorende bij de fase waarin de werkende zit. Bovendien verwacht men een advies over inzetbaarheid waarin zowel de toestand van de werkende als de situatie van het bedrijf wordt meegewogen.<sup>3</sup>

### 3.C RATIONALE

Een rationale is een acceptabele verklaring voor het toestandbeeld waarin de patiënt zich bevindt. Een goede verklaring van de klachten blijkt binnen de psychotherapie een belangrijk ingrediënt voor een positief resultaat. Bij voorkeur geeft die verklaring bovendien aanknopingspunten voor herstel. Verklaringen die dat niet doen (zoals bijvoorbeeld 'een moeilijke jeugd') hebben weinig herstelpotentie.

Een rationale bij overspanning kan in het verlengde liggen van de voorlichting over stress en uitgaan van dezelfde metafoor: de weegschaal.



#### DRAAGLAST

- eisen/ verplichtingen (werk, gezin, vrije tijd)
- levensgebeurtenissen
- problemen

#### DRAAGKRACHT

- geestelijke sterkte
- lichamelijke sterkte
- sociale steun
- regelmogelijkheden

*Figuur 1. De weegschaalmetafoor*

<sup>3</sup> Opmerkingen uit de focusgroep leidinggevendenden

Heel aanschouwelijk kan daarmee worden duidelijk gemaakt dat er een evenwicht moet zijn tussen draaglast en draagkracht. Bij verstoring van dit evenwicht kan de oplossing uit de metafoor worden afgeleid: of de draaglast moet - tijdelijk - beperkt (minder werken, minder verplichtingen, problemen oplossen, etc.) of de draagkracht moet vergroot (meer sociale steun mobiliseren, beter timemanagement, ontspanning beter inplannen, betere fysieke conditie, etc.). Een ander model leidt tot een andere rationale en daarmee tot een ander aangrijpingspunt. Bij mensen die met een sterk demoraliserende stijl van denken (“dat kan ik nooit; als ze dat van me vragen raak ik overspannen”) hun eigen draagkracht ondermijnen kan een transactionaal stressmodel, waarbij de nadruk op de eigen rol in het stressproces (de appraisal-component) wordt gelegd, een functie hebben. De patiënt kan worden aangemoedigd een meer positieve interne dialoog te voeren (“waarom zou ik dat niet kunnen? het heeft me altijd wel veel moeite gekost maar ik heb het nooit echt hoeven laten afweten...”; “en als het niet zou lukken wat zou er dan in het ergste geval kunnen gebeuren?”). De Rationeel Emotieve Therapie/Training (RET) is een methode waarin dit consequent wordt uitgewerkt. Boekjes over deze methode kunnen hierin naar de patiënt toe ondersteunen.

Een rationale kan meteen vanaf het begin van de begeleiding worden gegeven. Het moet in wezen bij iedere overspannen patiënt een vast onderdeel van de begeleiding zijn. Een rationale kan zo nodig steeds opnieuw worden herhaald, aangevuld of bijgesteld aan de hand van nieuwe informatie. Ook op deelaspecten (specifieke problemen of klachten) kunnen rationales worden gegeven mits ze onderling consistent zijn.

### 3.D PRAATADVIEZEN

De mate waarin de patiënt over de problematiek praat is vaak een indicatie voor de mate waarin hij/zij het -ook voor zichzelf- kan accepteren. Af en toe horen huisarts en bedrijfsarts het min of meer klassieke verhaal van de patiënt die iedere ochtend met een pakje brood achterop de fiets gebonden van huis vertrekt om de dag in het park of de bibliotheek door te brengen omdat hij/zij naar de directe omgeving niet wil toegeven ‘thuis te zitten’. Dergelijke extremen zijn relatief zeldzaam maar minder vergaande varianten blijken bij doorvragen wel degelijk regelmatig voor te komen, variërend van er helemaal niet over praten tot het gebruik van woorden als sabbatical of time out waar het eigenlijk om een ziekmelding gaat. Inzicht hierin is voor de arts niet alleen van belang om een inschatting te maken van de mate van acceptatie bij de patiënt maar ook omdat het aanleiding kan zijn tot het advies aan de patiënt om er met personen in de omgeving over te gaan praten. Praten met anderen levert immers altijd reacties op, vaak in de vorm van herkenning bij anderen (*“het was de laatste tijd ook wel een gekkenhuis bij jullie op de zaak”*; *“je hebt je ook wel uit de naad gewerkt sinds je dat project hebt”*; *“het verbaast me niks met al die reorganisaties en een chef die vooral met zichzelf bezig was”*); en regelmatig ook in de vorm van ‘bekentenissen’ van de kant van de gesprekspartner dat die zelf ook wel eens zo’n periode heeft doorgemaakt. Dit kan sterk bijdragen aan de acceptatie bij de patiënt. Daarnaast levert praten vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor patiënten die sterk op één aspect gefocust zijn.



De arts kan de opdracht voor de patiënt beheersbaar maken door de patiënt van te voren structuur aan te laten brengen wat hij wil zeggen en tegen wie. Vaak speelt immers bij patiënten de angst mee om 'leeg te lopen' als zij eenmaal beginnen te praten.

Men kan de patiënt de opdracht geven drie schillen van mensen in kaart te brengen die er bijvoorbeeld zo uit zou kunnen zien: een eerste schil van intimi, een tweede schil van goede kennissen, verre vrienden en verre familie en een derde schil van vage bekenden.

Daarnaast moet de patiënt voorbereiden wat hij/zij per categorie wel kwijt wil en wat niet.

Voor de eerste categorie bijvoorbeeld mag het een emotioneel geladen verhaal zijn maar wil de patiënt een paar onderwerpen afbakenen die hij/zij (nog) niet wil bespreken. Voor de tweede categorie is het een min of meer zakelijke uiteenzetting en voor de derde categorie wordt een formulering bedacht om op een beleefde manier niets of bijna niets te zeggen.

Een dergelijke structuur geeft heel veel patiënten het veilige gevoel niet 'overvallen' te worden als iemand hen wat vraagt en controle te hebben over wat ze willen zeggen. Voor de arts kan het doornemen van het lijstje met zaken die men (nog) niet kwijt wil, ook niet naar intimi toe, duidelijk maken op welke aspecten er nog geen acceptatie is.

### **3.E PERSPECTIEF GEVEN**

Het perspectief dat in het kader van een rationale wordt geboden, heeft het karakter van een richting die wordt aangegeven. Voor patiënten die in het begin van de crisis zitten en soms ontredderd zijn, is dit belangrijk en vaak voor dat moment ook voldoende al kan het eventueel worden aangevuld met perspectief in de zin van een gunstige prognose: meer dan 75% van alle overspannen mensen herstelt binnen 12 weken en bijna iedereen kan binnen een half jaar weer 'de oude' zijn.

Naarmate de patiënt weer wat meer structuur ervaart, neemt echter juist ook diens behoefte aan structuur toe. Geruststellende woorden die een globale indicatie geven van de richting en het eindresultaat - dat het goed komt - voldoen niet meer aan die behoefte aan structuur. Het perspectief moet worden ingevuld in de zin dat de weg naar het doel en de tussenstappen worden geschetst. Door een begeleidingsplan te schetsen, voldoet de arts aan die behoefte en geeft bovendien blijk van deskundigheid en vertrouwen in de goede afloop. Dit induceert bij de patiënt een gevoel van beheersbaarheid, één van de krachtigste factoren voor herstel. Het begeleidingsplan kan worden geschetst aan de hand van de fasering van het herstelproces bij overspanning. Dit geeft een structuur waarin per fase de 'taken' die de patiënt in die fase moet vervullen, worden geëxpliciteerd. In de loop van de begeleiding kan dit steeds verder worden geconcretiseerd en interventies of opdrachten van de begeleider kunnen in deze structuur een zinvolle plaats krijgen.

Perspectief geven is dus een continu onderdeel van de begeleiding waarbij het herstelproces steeds concreter wordt ingevuld naarmate dit proces en de begeleiding vordert.

### 3.F POSITIEF (HER)ETIKETTEREN

Een positieve context of etiket heeft tot doel blokkades voor het herstel weg te nemen die hun oorzaak vinden in een eenzijdig negatief beeld dat de patiënt heeft van zichzelf of van de situatie.

Hoe belangrijk een context is wordt duidelijk als men de beleving van veteranen die in een eervolle, gewonnen oorlog hebben gevochten, contrasteert met de ervaringen en beleving van hen die hebben meegevochten in een verloren oorlog of een oorlog die in het oordeel van de geschiedenis als 'fout' wordt bestempeld. Psychische en fysieke traumata blijken aanzienlijk makkelijker te herstellen voor hen die hebben meegevochten in een eervolle oorlog dan voor deelnemers aan een 'foute' oorlog.

Ook bij minder dramatische situaties zoals die zich bij overspanning en andere psychische problematiek voordoen, speelt de context en het 'etiket' een belangrijke rol.

Bij overspanning ziet men vaak dat de beleving van het beeld sterk negatief is ingeleurd: de overspannen geraakte medewerker heeft schuldgevoelens omdat hij of zij de collega's, nu ze het toch al zo druk hebben, in de steek heeft moeten laten. Vaak speelt ook een gevoel van falen een belangrijke rol: men heeft de problemen niet aangekund, zijn grenzen niet kunnen stellen, geen prioriteiten kunnen stellen, et cetera. Hoezeer dit ook waar moge zijn, een ander aspect van de waarheid blijft vaak onderbelicht: dat men tot het einde is gegaan om een piekbelasting het hoofd te bieden, soms avonden heeft overgewerkt, geen verlof heeft opgenomen terwijl er al een duidelijke vermoeidheid was, steeds open is blijven staan voor de problemen van anderen, klantvriendelijk is gebleven, etc... Als deze ingrediënten voorhanden zijn, kan het een krachtige interventie zijn ze als positief etiket aan de situatie mee te geven.

Ook andere positieve etiketten kunnen van toepassing zijn: dat de patiënt zich gelukkig mag prijzen dat hij/zij op deze wijze een signaal krijgt voordat lichamelijke schade is opgetreden, dat hij/zij zo verstandig is er vroeg bij te zijn en consequenties te trekken waardoor hij/zij waarschijnlijk ook snel weer hersteld zal zijn (bij mensen die zich min of meer 'preventief' ziekmelden, dat wil zeggen, nog niet echt gedecompenseerd zijn).

Voor het aanreiken van een positieve context / een positief etiket geldt hetzelfde als voor het geven van een rationale: het kan meteen in het begin maar het kan ook worden gegeven of herhaald in een later stadium van de begeleiding. De interventie gaat echter verder dan een rationale omdat niet alleen een verklaring voor de klachten wordt gegeven maar aan die klachten ook een functie, een zingeving, wordt gegeven.

### 3.6 DAGSTRUCTUUR

Naast het verkrijgen van inzicht en acceptatie, wat kan worden ondersteund met de hierboven behandelde interventies, vormt het verkrijgen van rust en structuur de derde hersteltaak in de eerste fase. Structuur in de dagindeling vormt een belangrijk middel om dat te verkrijgen. Men kan de patiënt daarin ondersteunen door als opdracht te geven een dagindeling op te stellen waarin de verschillende activiteiten die de patiënt moet ondernemen een plaats krijgen. Enerzijds zijn activiteiten noodzakelijk die gericht zijn op rust, ontspanning en afleiding, terwijl anderzijds de patiënt een begin dient te maken met het in kaart brengen van de oorzaken van de overspanning. In de dagindeling moeten ook de noodzakelijke verplichtingen (zoals zelfverzorging en verzorging van de gezinsgenoten, boodschappen doen, de kinderen naar school brengen en schoonmaken) een plek krijgen. De dagindeling biedt mensen met een sterk schuldgevoel toch de mogelijkheid rust, ontspanning en afleiding te vinden; het zijn immers activiteiten die bijdragen aan het herstel. Omgekeerd biedt de dagindeling en de achterliggende rationale ook de mogelijkheid patiënten die neigen tot vermindering van de primaire problematiek te motiveren de confrontatie hiermee toch aan te gaan.

Wat ontspannend is of afleiding kan geven, is voor iedere patiënt verschillend. Sommigen vinden ontspanning in wandelen of fietsen, anderen in TV kijken of luisteren naar favoriete muziek. Passiviteit wil in het begin nogal eens weinig ontspanning geven doordat de patiënt niet in staat is om 'malende' gedachten (piekeren) om te buigen. Dan kan een actieve vorm van afleiding zoeken beter helpen, bijvoorbeeld tuinieren, een oude fiets opknappen of bij iemand op bezoek gaan.

In het kader van bezinning op de oorzaken kan de patiënt de suggestie worden gegeven op gezette tijden gedurende 15-30 minuten zijn/haar gedachten over de overspanning 'op zich in te laten werken' en korte aantekeningen te maken. Ook kan de patiënt worden aangemoedigd de problemen te bespreken met mensen in zijn/haar omgeving.

Voor de opbouw van activiteiten als bewegen (wandelen, fietsen, hardlopen) maar ook voor de opbouw van verplichtingen in een wat later stadium kan het dubbele schema (zie bijlage 5) goede diensten bewijzen.

### 3.H PIEKEROPDRACHT

Hinderlijk piekeren kan verhinderen dat de patiënt tot rust komt en weer structuur krijgt. Patiënten die aangeven veel last van het piekeren te hebben en zich er niet van te kunnen losmaken, kunnen worden geholpen met een piekeropdracht.

Piekeren hoort bij stress. Vrijwel alle mensen met een stressgerelateerd probleem piekeren. In het stressproces kan het piekeren ook een duidelijke functie hebben; dit geldt als tijdens het piekeren de problemen van alle kanten worden bekeken en zich daarbij geleidelijk een oplossingsrichting uitkristalliseert of de betrokken persoon tot verwerking komt. Niet in alle gevallen echter zullen mensen vruchtbaar over hun problematiek piekeren. Soms gaan de gedachten steeds meer in cirkeltjes rond, steeds herhaalt zich hetzelfde en men kan het piekeren niet loslaten, de gedachten niet meer uit het hoofd bannen. Het wordt een vruchteloze bezigheid die veel spanning oproept. Daarom probeert men er zich tegen te verzetten, maar dit mondt uit in een gevecht tegen de bierkaai. Hoe harder men probeert het piekeren te stoppen, hoe meer het terugkomt. Het wordt een probleem erbij dat veel energie opsloopt, soms bijna een obsessie.

Adviezen om te stoppen met piekeren, gedachtestops in te voeren of aan andere dingen te denken hebben uiteraard geen enkele zin. Dat hebben de betrokken patiënten allemaal zelf al geprobeerd en het onderstreept alleen hun machteloosheid als ze het opnieuw moeten gaan proberen.

In de beschreven situatie van het improductief piekeren kan een 'piekeropdracht' goede diensten bewijzen. Deze moet in eerste instantie de intentie hebben het piekeren weer 'productief' te krijgen.

Daartoe wordt allereerst het piekeren positief gelabeld in de bovenbeschreven zin: dat piekeren een belangrijke functie heeft bij in het bewust worden en in kaart brengen van alle belangrijke kanten aan een probleem. Daarbij heeft piekeren ook een functie in het verwerken van aangrijpende gebeurtenissen en problematische omstandigheden die niet voor verandering vatbaar zijn. Piekeren is dus in principe goed, zelfs noodzakelijk. Soms loopt het echter vast en als men in een constant innerlijk conflict terechtkomt van piekeren en vechten tegen het piekeren, wordt het een uitputtend proces.

De patiënt wordt geadviseerd eenmaal per dag maximaal drie kwartier uit te trekken om bewust te piekeren. Dit moet ongestoord en in een rustige omgeving gebeuren. Het verdient sterk de voorkeur het te combineren met een schrijfofdracht: betrokkene moet zijn gedachten kort op papier zetten.

Het effect is dat door het bewuste en nadrukkelijke karakter het vrijwel onmogelijk is vol te houden in een cirkeltje te blijven denken, steeds dezelfde paar gedachten te blijven herhalen. In versterkte mate geldt dit bij opschrijven. Niemand schrijft twaalf keer achter elkaar hetzelfde op; dit noopt al tot een iets andere gedachtestroom. Daar komt bij dat een gedachte die zwart op wit staat uitnodigt tot verder uitwerken. Tenslotte kan de begeleider eventueel in een volgend contact aan de hand van de op schrift gestelde uitkomsten van het piekeren,

vragen stellen of opmerkingen maken die in het volgende interval richting kunnen geven aan de piekersessies. Via deze mechanismen wordt de oorspronkelijke functie van het piekeren hersteld waardoor de 'piekerdruk' afneemt. De meeste patiënten ervaren dan vrij snel dat zij, buiten de sessies om, het piekeren makkelijker kunnen loslaten.

### **3.1 SLAAPSTRUCTUUR**

Een bedreiging voor rust en structuur kan zijn dat de patiënt fysiek en psychisch uitgeput is. In de aanloop tot een overspanning kan de patiënt in een neergaande spiraal terechtkomen die de uitputting versterkt. Vaak ervaart men verminderde energie of concentratie overdag met als gevolg dat de prestatie achterblijft. Vaak proberen patiënten die daartoe de regelruimte hebben, dat in te halen door te gaan werken in de avonden, wanneer men zich wat vrijer en vaak ook wat beter voelt. Dit leidt tot een situatie waarin men steeds meer tijd met het werk bezig is, met steeds minder rendement en uiteraard ook minder tijd voor rust en ontspanning. In die periode kan het advies om twee weken lang strikt om negen uur naar bed te gaan, de uitputting doorbreken en een basis leggen voor verdere structurerende interventies. Is men eenmaal overspannen bestaat ook het risico van een verstoring of zelfs soms bijna een omkering van het dag-nacht ritme. Dan echter vaak vanuit het mechanisme dat men 's nachts niet slapen kan en dit overdag wil compenseren. Dit is een forse herstelbelemmerende factor. Het is dan ook belangrijk goede slaapadviezen te geven en deze eventueel, kortdurend en afgebakend, te ondersteunen met een 'slaapmiddelenkuurtje'.

## **BIJLAGE 4**

### **INTERVENTIES PROBLEEM- EN OPLOSSINGSFASE (FASE 2)**

#### **PROBLEEM- EN OPLOSSINGSINVENTARISATIE<sup>4</sup>**

Bij patiënten met psychische problematiek ziet men vaak dat een cumulatie van stressoren/ problemen in het werk en/of andere levensgebieden heeft geleid tot een min of meer diffuus gevoel er niet meer tegenop te kunnen. Vaak gaat dit ermee gepaard dat de patiënt niet langer enkele benoembare stressbronnen onderkent maar de hele situatie als bedreigend, spanningsoproepend ervaart. Dit kan vermijdingsgedrag tot gevolg hebben en een aanpak van de stressbronnen bemoeilijken.

Bij deze patiënten - maar ook bij diegenen die wel al een redelijk beeld hebben - kan een inventarisatie van problemen en oplossingen tot meer grip op de situatie leiden. De hier gepresenteerde methode is gebaseerd op Fontana (1989).

Men geeft de patiënt de opdracht een lijst van zeven tot tien stressoren op te stellen. Naar keuze kan dit alleen de werksituatie betreffen of ook andere levensgebieden bestrijken. Zowel grote problemen als kleine irritaties kunnen op de lijst een plaats krijgen. De lijst moet concrete (probleem) situaties bevatten. Algemeenheden als 'mijn werk', 'mijn chef' of 'de sfeer' worden niet geaccepteerd.

De ervaring leert dat de opdracht in eerste instantie bijna altijd weerstand oproept. Veel overspannen cliënten beargumenteren dat hun stress te alomvattend is, te weinig specifiek. Als mensen worden gemotiveerd de opdracht toch uit te voeren blijkt dat men er, eenmaal aan de slag, meestal plezier in krijgt. Het maken van de lijst helpt op zich vaak al om structuur te krijgen, weer onderscheiden problemen te zien met hun eigen oplossingsrichting. Patiënten die moeilijk op gang kunnen komen kan men soms helpen door wat voorbeelden te geven of een beginstructuur. Dit laatste kan door een aantal velden te benoemen waarop werkproblemen kunnen liggen.

Als de patiënt de lijst heeft gemaakt kan men een slag verder gaan door hem/haar te vragen per probleem aan te geven op welke termijn het zich zou lenen voor aanpak. Per probleem moet worden aangegeven of het zich leent voor onmiddellijke actie, voor latere actie of dat de stressbron niet beïnvloedbaar is en men zich of moet aanpassen of het probleem moet negeren. Altijd blijkt dat tenminste een aantal problemen zich leent voor aanpak op korte of de wat langere termijn. Dit geeft, ook al is nog geen feitelijke actie ondernomen, een gevoel van beheersbaarheid. De diffuse dreiging vermindert. In praktijk blijkt vrijwel iedereen te kunnen leven met één of een paar omschreven situaties die als niet-beïnvloedbaar moeten worden aangemerkt (bijvoorbeeld reorganisatie op het werk, ziekte thuis).

<sup>4</sup> Gebaseerd op Fontana, D. (1989).

De methode kan goede diensten bewijzen in de probleefase. In het kader van de 'terugval preventie' kan in de toepassingsfase op de opgestelde lijst worden teruggegrepen om te kijken welke problemen nog aandacht of eventueel oplossing behoeven. De methode kan, als ze niet in de probleefase is gebruikt ook voor het eerst worden gehanteerd in het kader van de 'terugvalpreventie'.

## **BIJLAGE 5**

### **INTERVENTIES TOEPASSINGSFASE (FASE 3)**

#### **HET DUBBELE SCHEMA**

In het hele herstelproces moet de patiënt allerlei activiteiten weer gaan opbouwen. In de toepassingsfase betreft dit nadrukkelijk (ook) werkactiviteiten. Het liefst zal men dit doen op een gestructureerde, planmatige wijze. Uit het oogpunt van optimaal commitment is het wenselijk de patiënt zelf een schema te laten opstellen. Het probleem kan zich voordoen dat de ene patiënt in de ogen van de begeleider erg behoudend en voorzichtig kan zijn met zichzelf belasten terwijl de ander te hard van stapel loopt. Men kan dit probleem ondervangen door de patiënt twee schemata te laten opstellen, bijvoorbeeld voor de reïntegratie: één schema dat door de patiënt als veilig wordt ervaren ('dat moet in ieder geval haalbaar zijn') en een schema dat door de patiënt als ambitieus maar wellicht haalbaar wordt beschouwd ('als alles meezit'). Wat daarbij het feitelijk uitgangsschema wordt, hangt enigszins af van de taxatie die de behandelaar van de patiënt heeft. Bij een erg voorzichtige patiënt kan men het ambitieuze schema als uitgangspunt nemen en het andere als 'veiligheidsklep' benoemen waarop kan worden terug gevallen als het niet blijkt te gaan. Bij een patiënt die geneigd is te hard te willen, kan men een tussenschema als uitgangspunt nemen, of zelfs het veilige. Men kan het probleemoplossend vermogen verder versterken door de patiënt te laten inventariseren aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om het ambitieuze schema te halen en of en hoe deze randvoorwaarden bewerkstelligd kunnen worden. Overigens is het in alle gevallen aan te bevelen een kleine 'terugklap' te voorspellen. De ervaring leert dat de meeste overspannen patiënten tegenslagen ondervinden bij het hervatten van hun werkzaamheden, wat hun motivatie op de proef kan stellen. De wetenschap dat dit 'erbij hoort', kan voorkomen dat men zich uit het veld laat slaan en denkt weer 'terug bij af' te zijn.



## BIJLAGE 6

### INTERVENTIES WERKSYSTEEM

#### VERSTERKEN VAN HET PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN.<sup>5</sup>

Het proces van probleemoplossing zoals hierboven beschreven voor de individuele werkende is ook toepasbaar op de organisatie en wel op meerdere niveaus. Op de eerste plaats kan het helpen om het herstelproces bij bijvoorbeeld een manager te verhelderen en daardoor begrip te kweken hoe dit proces het beste ondersteund kan worden. Op de tweede plaats kan het proces worden geschetst als een proces dat de systeemomgeving (in casu de werkomgeving) ook moet doormaken. Daar liggen taken die parallel zijn aan de taken die de werkende moet vervullen en die men als reïntegratietaken zou kunnen omschrijven. Ook op systeemniveau moet het inzicht ontstaan wat er met de werkende is gebeurd en dat het werk daar een mogelijke rol in heeft gespeeld. Vervolgens moet dat ook geaccepteerd worden in al zijn consequenties. En men moet de rust en de structuur creëren om de problemen in kaart te gaan brengen, vervolgens oplossingen te genereren en ten slotte toepassingen van die oplossingen te verkennen en uit te voeren. Als men erop stuit dat dit proces min of meer parallel loopt met het herstelproces van de werkende kan dit uitermate faciliterend werken naar het herstel van die werkende.

Een manager die wil ondersteunen in het proces kan in de crisis bijdragen aan rust en acceptatie door aan de ziek gemelde medewerker uit te leggen hoe zijn/haar takenpakket tijdelijk wordt opgevangen. Daarmee kan schuldgevoel vanuit loyaliteit naar klanten en collega's gedeeltelijk worden weggenomen en ook de ongerustheid dat het werkpakket zich verder opstapelt. In een vervolgesprek kan de manager vragen of er ook problemen in de werksituatie hebben meegespeeld en aanbieden om deze gezamenlijk in kaart te brengen. Vervolgens kunnen gezamenlijk oplossingen en toepassingen worden geïnventariseerd en uitgevoerd. Het effect van een dergelijke paralleliteit is niet alleen dat de medewerker optimaal wordt ondersteund maar ook dat de manager betrokken wordt bij het herstelproces en daardoor greep ervaart en betrokken blijft op oplossingen met deze medewerker. Het risico op oplossingen buiten de werkende om, met als gevolg dat deze eerder een bedreiging van de homeostase wordt dan een oplossing daartoe, neemt dan sterk af.

Een derde (systeem)niveau van toepassing voor dit probleemoplossend model is in de preventie. Het wordt dan niet (alleen) toegepast in geval van ziek gemelde medewerkers maar ook bij bijvoorbeeld functioneringsgesprekken of werkoverleg. De probleemoplossende attitude die daarmee een organisatie gaat kenmerken, kan een sterke preventieve werking hebben.

<sup>5</sup> Ontleend aan: Van der Klink J/L, Sijtsma FM, Feijen W. *De werknemer in zijn context*. In: Van der Klink J/L, Terluin B (red.). *'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts'*. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2005

## BIJLAGE 7

### BEGRIPPENLIJST

<b>4DKL</b>	Vierdimensionele klachtenlijst, te gebruiken voor het bepalen van de dimensies in het klachtenbeeld en de mate waarin die een rol spelen. Het gaat om psychische spanningsklachten (distress), depressie, angst en lichamelijke spanningsklachten (somatisatie). Men kan de lijst in een latere fase opnieuw voorleggen om het beloop te volgen. (zie bijlage 1.F)
<b>Angststoornis</b>	Een angststoornis wordt vastgesteld met duidelijk omschreven diagnostische criteria uit de DSM IV, die zijn vermeld in bijlage 2.c.
<b>Burn-out</b>	Chronische stressgerelateerde stoornis.
<b>Categoriale diagnose</b>	Classificatie in een van de vier categorieën: stressgerelateerde stoornis, depressie, angststoornis of overige psychiatrie.
<b>Cognitieve gedragstherapie</b>	Een vorm van therapie gebaseerd op leertheorieën en cognitieve theorieën. Erkende cognitieve gedragstherapeuten zijn meestal arts of psycholoog en hebben een aanvullende opleiding gevolgd. Voor een aantal aandoeningen is CGT in onderzoek effectief gebleken,
<b>Controleverlies</b>	De werkende en vaak ook de werkomgeving zijn (bij vrijwel alle) psychische problematiek de greep op het functioneren kwijt.
<b>Coping</b>	De manier waarop iemand met problemen omgaat.
<b>Depressie</b>	Depressie wordt vastgesteld met duidelijk omschreven diagnostische criteria uit de DSM IV, die zijn vermeld in bijlage 2.b.
<b>Dimensionale diagnose</b>	Bepaling van de klachtendimensies, zoals distress, depressie, angst en somatisatie, die een rol spelen in het klachtenbeeld. Dit kan onder andere met de 4DKL.
<b>Distress</b>	Psychische spanningsklachten. Een overzicht van distress symptomen staat in bijlage 2.A.
<b>Functioneel herstel</b>	De werkende neemt de uit te voeren taken weer (geleidelijk) op zich.

<b>Hersteltaken</b>	In elke fase van het proces van probleemoplossing zijn er in de richtlijn hersteltaken voor zowel werkende als werkgever aangegeven.
<b>Klachtherstel</b>	De werkende heeft minder klachten, bijvoorbeeld gemeten op de 4DKL (zie aldaar).
<b>LESA overspanning</b>	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak tussen huisartsen en bedrijfsartsen over het samenwerken bij mensen met overspanning.
<b>Omgevingssystemen</b>	Werkomgeving en privéomgeving.
<b>Perspectief geven</b>	Een interventie. Zie bijlage 3.E.
<b>Probleemdiagnose</b>	In de probleemdiagnose wordt de vraag beantwoord wat het probleem veroorzaakt of in stand houdt.
<b>Probleemoplossend vermogen</b>	Het vaststellen van het probleemoplossend vermogen van werkende en/ of omgeving wordt gedaan met behulp van een aantal vragen. Zie bijlage 1.E.
<b>Procescontingentie</b>	Bij een procescontingente benadering wordt het herstelproces (de opbouw van het probleemoplossend vermogen) in verschillende fasen onderverdeeld: crisisfase, probleem- en oplossingsfase, en toepassingsfase. De bij de fasen behorende hersteltaken moeten worden doorlopen.
<b>Procesdiagnose</b>	In de procesdiagnose wordt de vraag beantwoord of werkende en werkomgeving in staat zijn zelf weer greep te krijgen.
<b>Rationale</b>	Het geven van een rationale, een logische, perspectief gevende verklaring voor het ontstaan van de klachten, is een eerste stap in het kader van de begeleiding door de bedrijfsarts. Zie bijlage 3.c.
<b>Secundaire ziektewinst</b>	De ziekte en/of arbeidsongeschiktheid levert 'winst' op bijvoorbeeld in de vorm van extra aandacht, voorzieningen etc.
<b>Somatiseren</b>	Lichamelijke klachten op basis van spanning. De mate van somatisatie kan met de 4DKL worden vastgesteld.
<b>Somatoforme stoornis</b>	Een DSM IV diagnosegroep. Er zijn lichamelijke klachten zonder fysiologische oorzaak. Hieronder vallen onder andere de somatisatiestoornis, conversiestoornis, pijnstoornis en hypochondrie. Zie bijlage 2.F.

<b>Stagnatie</b>	Het herstelproces verloopt niet volgens het verwachte (gunstige) beloop.
<b>Stressgerelateerde klachten</b>	Dit is een categorie uit de categoriale diagnostiek (zie aldaar). Stressgerelateerde klachten zijn te verdelen in: spanningsklachten, overspanning en chronische overspanning.
<b>Tijdcontingentie</b>	Bij een tijdcontingente aanpak worden de activiteiten die nodig zijn om de verschillende herstelfasen door te lopen volgens een tijdschema opgebouwd. Daarmee staat de opbouw van de herstelactiviteiten los van de klachtbeleving. Tijdcontingent werken is te vergelijken met een sportschema.
<b>Toestandsbeeld</b>	De symptomen op een bepaald moment.
<b>Werkstelsysteem</b>	De werkomgeving: collega's, leidinggevende, manager.