



# Richtlijn Depressie

voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen

# Colofon

© NVAB, NVVG, GAV, 2016

## *Uitgave*

NVAB

## **Kwaliteitsbureau NVAB**

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

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

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

## *Auteurs*

Mw. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, bedrijfsarts

Dhr. prof. dr. C.T.J. (Carel) Hulshof, bedrijfsarts

Dhr. dr. A.C.L.P.J. (Arco) Verhoeven, bedrijfsarts en verzekeringsarts

Dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind, verzekeringsarts

Dhr. dr. F. (Feico) Zwerver, verzekeringsarts

Mw. dr. M.L.A. (Monique) Broekhuizen, verzekeringsarts

Dhr. P (Pieter-Paul) van der Does de Willebois, psychiater

Mw. dr. P. (Paula) Eken, verzekeringsarts

Dhr. drs. L. (Lars) van Kessel, GZ-psycholoog

Mw. M.A.J.M. (Monique) Loo, bedrijfsarts

Dhr. H. (Henk) van Ringen, arbeidsdeskundige

Dhr. dr. H.C.A.M. (Eric) van Rijswijk, huisarts

Mw. M. (Marieke) Sweens, patiëntvertegenwoordiger

## *Coördinatie en eindredactie*

Mw. M. (Marian) Lebbink, stafmedewerker

## *Datum autorisatie*

- NVAB: 17 augustus 2016
- NVVG: 16 september 2016

# Inhoud

## INLEIDING

▪ Doel en gebruikers van de richtlijn .....	4
▪ Begripsbepaling .....	5
▪ Uitgangspunten van de richtlijn .....	5
▪ Inhoud van de richtlijn .....	6
▪ Commentaarfase .....	7
▪ Werknemers-/patienten- en werkgeversperspectief .....	7
▪ Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn .....	7
▪ Juridische betekenis .....	7
▪ Implementatie .....	7
▪ Evaluatie en actualisering .....	8

## RICHTLIJN DEPRESSIE

<b>1. PREVENTIE</b> .....	<b>9</b>
<b>A. Preventie van het ontstaan van werkgebonden depressie</b> .....	<b>9</b>
- Werkgebonden risicofactoren.....	9
- Risicogroepen.....	10
- Adviezen aan werkgever en werkende t.a.v. werkdruk en pesten .....	10
<b>B. Preventie van gevolgen van depressie</b> .....	<b>11</b>
<i>(verergeren van depressie, ontstaan van verzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkering)</i>	
<b>2. DIAGNOSTIEK EN PROBLEEMORIENTATIE: arbeidsbeperkingen en beroepsziekte</b> .....	<b>13</b>
Diagnose vaststellen.....	13
Beperkingen in het functioneren vaststellen.....	14
Beroepsziekte.....	15
<b>3. INTERVENTIES</b> .....	<b>16</b>
Interventies gericht op functioneren op het werk.....	16
Interventies gericht op beperking arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen .....	17
<b>4. PROGNOSE</b> .....	<b>18</b>
<b>5. EVALUATIE</b> .....	<b>20</b>
Vaststellen van stagnatie.....	20
Interventies om stagnatie op te heffen .....	20
Factoren die opnieuw uitvallen voorspellen .....	21
Toetsing re-integratie inspanningen bij WIA aanvraag .....	21

## BIJLAGEN

1. Stappenplan voor de aanpak van werkdruk .....	23
2. Aanpak bij pesten .....	26
3. De zes stappen van de participatieve aanpak .....	27
4. Psychiatrisch onderzoek (Hengeveld 2015).....	30
5. Aandachtpuntenlijst depressie (Slebus 2008).....	31
6. Beoordelen rijgeschiktheid.....	33
7. Performance indicatoren .....	35
Addendum GAV.....	37

## Inleiding

Deze richtlijn 'Depressie' is ontwikkeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Met de integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige kennis en aanbevelingen in één gezamenlijke richtlijn, vindt onderlinge afstemming plaats en wordt een normenkader ontwikkeld dat door beide beroepsgroepen wordt onderschreven.

Deze gezamenlijke richtlijn betekent:

- een herziening van het NVVG-protocol Depressieve stoornis (2006)
- een aanvulling op de bestaande NVAB-richtlijn Psychische Problemen (2007)
- een verdieping op het hoofdstuk 'Arbeid en functioneren' van de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013)

Aanleiding voor deze richtlijn is het beschikbaar komen van gegevens uit nieuw onderzoek naar de relatie tussen depressie en werk, over factoren die van belang zijn voor werkbehoud en werkhervatting, over de effectiviteit van interventies en over het vaststellen van mogelijkheden, beperkingen en prognose.

De primair betrokken beroepsgroepen zijn bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die betrokken zijn bij verzuimpreventie, begeleiding bij verzuim, bij arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en die dit doen in het kader van de sociale wetgeving. De betrokken beroepsorganisaties zijn: NVAB, NVVG en GAV.

Deze richtlijn vraagt van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen een actieve en interveniërende houding. Afwachten tot de depressie tot verzuim leidt is niet acceptabel. De acties van bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten gericht zijn op het actief opsporen van risicovolle factoren op organisatieniveau en het interveniëren op organisatie- en individueel niveau. Deze actieve aanpak past in het bredere kader van psychische gezondheid en vitaliteit.

### • Doel van de richtlijn

Doelstelling van de richtlijn is dat deze leidt tot een beter zorgproces voor de (potentieel) werkende<sup>1</sup> met depressieve klachten; centraal staat de gezondheid van de (potentieel) werkende. De richtlijn biedt duidelijkheid over werkgebonden risicofactoren voor depressie en geeft aanbevelingen over preventie van (het risico op) depressie, over diagnostiek en over interventies om verzuim en instroom in uitkeringen / arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken. De richtlijn is een verdieping voor het domein 'arbeid en gezondheid' van de 'multidisciplinaire richtlijn Depressie' (Trimbos, 2013).

### • Gebruikers van de richtlijn

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Daarnaast kunnen de aanbevelingen ook worden geraadpleegd door andere adviseurs op het gebied van arbeid en gezondheid zoals arbeidsdeskundigen, door het management van

---

<sup>1</sup> Werkenden: mensen met betaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract (dus ook mensen zonder arbeidscontract, zoals ZZP-ers). De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden of mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk.

organisaties waar mogelijk sprake is van risicovolle factoren voor (het ontwikkelen van) depressieve klachten van werkenden, en niet in de laatste plaats door werkenden zelf. Voor deze richtlijn is een afzonderlijk achtergronddocument beschikbaar met de wetenschappelijke verantwoording en de onderbouwing bij de aanbevelingen in de richtlijn. Beide documenten zijn na autorisatie door de betrokken beroepsverenigingen te downloaden via hun websites ([www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl), [www.nvvg.nl](http://www.nvvg.nl), [www.gav.nl](http://www.gav.nl)).

Het ontwikkelen van deze richtlijn kon worden gerealiseerd dankzij financiële steun van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

## • **Begripsbepaling**

De basis voor deze richtlijn is de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013) – die ook door NVAB en NVVG is geautoriseerd. Die multidisciplinaire richtlijn gaat uit van de volgende indeling, afhankelijk van de duur en de ernst van de depressieve episode, en het al dan niet optreden van een recidief:

- Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand.
- Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief.
- Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode.
- Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief.

De basis voor deze indeling volgt uit de DSM-classificatie (DSM-5<sup>2</sup>, criteria zijn niet veranderd t.o.v. DSM-IV):

Kernsymptomen:

- sombere stemming
- verminderde interesse of plezier.

Nevensymptomen:

- gewichtsverlies
- slaapstoornis
- psychomotore agitatie of vertraging
- vermoeidheid
- concentratie stoornis, besluiteloosheid
- gevoelens van waardeloosheid
- recidiverende gedachten aan de dood.

## • **Uitgangspunten van de richtlijn**

- A. Aanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op resultaten uit wetenschappelijk onderzoek: evidence-based. Met name de interventies die artsen uitvoeren moeten bewezen effectief zijn. We hebben daarbij gekeken naar het effect van interventies op het ontstaan en verergeren van depressieve klachten in werksituaties.
- B. De richtlijn stelt een aanpak voor, waarbij bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aandacht hebben voor de psychische gezondheid van de werkende. In de richtlijn is opgenomen wat bekend is over werkgebonden risicofactoren voor het ontstaan van depressie en over werkgebonden factoren die van invloed zijn op het optreden en/of voortduren van verzuim bij

---

<sup>2</sup> In 2013/2014 is de DSM-5 geïntroduceerd in de gezondheidszorg in Nederland. De daadwerkelijke implementatie van de DSM-5 vindt in 2017 plaats. Volgens een artikel van Spijker en Caes in het Tijdschrift voor Psychiatrie (56(2014)3, 173-176) zullen de veranderingen waarschijnlijk niet tot grote verschuivingen in de behandelpraktijk van mensen met depressieve klachten leiden.

werkenden met een depressie. Op basis van deze informatie kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen beleid voeren en maatregelen nemen.

- C. Om psychische gezondheid te bevorderen, specifiek om werkgebonden depressie te voorkomen zijn interventies voor risicofactoren mogelijk. Die kunnen zowel gericht zijn op de organisatie als op de werkende. Hoewel dat onderscheid niet altijd even strikt te hanteren is, geeft het wel een goed inzicht in de verschillende mogelijkheden om (preventief) te interveniëren. Werkplekgerichte (preventieve) organisatorische maatregelen kunnen psychosociaal, fysisch of chemisch van aard. Maatregelen gericht op de werkende zijn bijvoorbeeld het versterken van de regelmogelijkheden en sociale steun op het werk.

## • Inhoud van de richtlijn

In de richtlijn worden zeven uitgangsvragen beantwoord die betrekking hebben op belangrijke aspecten van de relatie tussen werk en depressie:

- *Preventie*
  - A. *Preventie van het ontstaan van werkgebonden depressie*
    1. Welke werkgebonden factoren veroorzaken depressie – en zijn mogelijk richtpunt van preventieve actie?
  - B. *Preventie van gevolgen van depressie*  
(*verergeren ontstaan van verzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen*)
    2. Welke belemmeringen ervaren werkenden met een depressieve stoornis binnen en buiten het werk? Welke mogelijkheden en oplossingen zien zij?
- *Diagnostiek, probleemoriëntatie, verzuim en re-integratie*
  3. Welke arbeidsbeperkingen zijn verbonden met depressie?  
Hoe kunnen de arbeidsbelastbaarheid en de arbeidsmogelijkheden van werkenden met een depressie betrouwbaar - valide, transparant en aanvaardbaar - worden vastgesteld?
- *Interventies*
  4. Welke interventies hebben een bewezen (gunstig) effect of géén effect op de arbeidsrelevante uitkomstmaten:
    - functioneren op het werk
    - terugkeer in werk
    - instroom in uitkeringen of regelingen bij arbeidsongeschiktheid
    - terugval of terugkerend verzuim?
- *Prognose*
  5. Welke factoren hebben (gunstige of ongunstige) invloed op de prognose van:
    - functioneren op het werk
    - terugkeer in werk
    - instroom in uitkeringen of regelingen bij arbeidsongeschiktheid?
- *Evaluatie*
  6. Hoe kan de voortgang of stagnatie van herstel bij werkenden met een depressieve stoornis op een transparante en aanvaardbare wijze worden geëvalueerd?

## • Commentaarfase

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan inhoudelijke experts, aan vertegenwoordigers van patiënten- en werknemersorganisaties en van werkgeversorganisaties, alsmede aan de leden van de NVAB, NVVG en GAV: de betrokken beroepsverenigingen. Van 50 professionals uit de betrokken beroepsgroepen is

commentaar ontvangen en verwerkt, alsmede van zeven experts. De lijst met referenten is als bijlage opgenomen in het achtergronddocument.

### • **Werknemers-/patiënten- en werkgeversperspectief**

In de richtlijn en het achtergronddocument is voor beantwoording van uitgangsvraag 2 (Welke belemmeringen ervaren werkenden met een depressieve stoornis binnen en buiten het werk? Welke mogelijkheden en oplossingen zien zij?) gebruik gemaakt van informatie van projecten en websites van/voor mensen met een depressie.

Verder participeerde in de projectgroep participeerde een vertegenwoordiger namens de patiënten; in de commentaarronde hebben zowel vertegenwoordigers van werkgevers als van werknemers/-patiënten input gegeven. Deze input is verwerkt in de richtlijn.

### • **Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn**

Deze richtlijn is geschreven voor artsen in het domein Arbeid en Gezondheid die actief zijn in de verzuimpreventie, begeleiding bij verzuim en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het kader van sociale wetgeving.

Van de artsen in het domein Arbeid en Gezondheid die gaan werken volgens de aanbevelingen in de richtlijn wordt verwacht dat zij bekwaam zijn:

- om de werkgever te adviseren bij het opstellen en uitvoeren van beleid gericht op de preventie van depressie.
- om de werkende te adviseren bij werkgebonden risicofactoren voor depressie.
- om de werkende met een depressie te begeleiden, zodat deze kan blijven functioneren of kan re-integreren.
- stagnatie in het herstel te herkennen en passende interventies te adviseren en in gang te zetten.

Voor de toepassing van deze richtlijn is achtergrondkennis vereist over depressie, met name de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013).

Met behulp van performance indicatoren kan beoordeeld worden of de richtlijn conform de belangrijkste aanbevelingen is uitgevoerd. Performance indicatoren zijn meetbare programmatische of normatieve aspecten die door de kern- en projectgroep vanuit de inhoud van de richtlijn belangrijk worden gevonden. De performance indicatoren zijn opgenomen in bijlage 7.

### • **Juridische betekenis**

Richtlijnen zijn op 'evidence' en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Dit kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Een professional die van de richtlijn afwijkt, moet dit beargumenteren en documenteren (Hulshof CTJ. Introductie NVAB-richtlijnen. Utrecht: 2009, Kwaliteitsbureau NVAB).

### • **Implementatie**

De projectgroep heeft de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie besproken. Omdat de richtlijn veel aanbevelingen doet, kan dat ingewikkeld zijn voor toepassing in de praktijk. Verder vormen de huidige wachttijden voor de Gespecialiseerde GGZ (ten tijde van deze richtlijn 6-9 maanden) een belemmering voor de aanbevelingen over adequate begeleiding en behandeling uit deze richtlijn.

Om de implementatie te bevorderen geeft de projectgroep de volgende aanbevelingen:

- organiseren van gezamenlijke nascholing voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
- betrekken van de behandelaars (huisartsen, POH-GGZ, psychologen en psychiaters) bij de implementatie
- ontwikkelen van implementatie-strumenten (bijvoorbeeld een flow-chart).

#### • **Evaluatie en actualisering**

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

De beroepsverenigingen NVAB, NVMG en GAV zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de initiërende activiteiten ten behoeve van een actualiseringstraject.



# Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen

De voorgestelde aanpak onderscheidt preventie (zowel van het ontstaan van depressie als van de gevolgen zoals verergering van de symptomen, verzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen), interventie, terugvalpreventie en evaluatie. Prognostische factoren worden bij deze aanpak betrokken. Deze aanpak past bij het zorgproces dat gericht is op behoud van en terugkeer naar werk van diegenen die dreigen uit te vallen of zijn uitgevallen met de diagnose depressie. Dit proces omvat vier onderdelen en ziet er alsvogt uit.

discipline	bedrijfsarts*	bedrijfsarts*	bedrijfsarts en verzekeringsarts	verzekeringsarts
onderdeel	1	2	3	4
fase	preventie	begeleiding kort verzuim	begeleiding lang verzuim	beoordeling functionele mogelijkheden en prognose

\* incl. verzekeringsarts in de arborol en verzekeringsartsen en medisch adviseurs bij particuliere verzekeraars.

## 1 PREVENTIE

### A. Preventie van het ontstaan van werkgebonden depressie

De gevolgen van depressie zijn zonder meer ernstig door het lijden aan stemmingsklachten, verhoogde zorgconsumptie, verminderde participatie en productiviteit, arbeidsuitval en – in het geval van langdurig of terugkerend verzuim – instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Het herkennen van causale risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve klachten biedt de aangrijpingspunten voor preventieve maatregelen. Deze interventies zijn gericht op het voorkómen dat er klachten of een aandoening ontstaan.

#### Werkgebonden risicofactoren

Een **inventarisatie** van de werkgebonden risicofactoren geeft inzicht om de werkgever en de werkende te kunnen adviseren over depressiepreventiebeleid en –interventies.

#### ➤ Beoordeel:

- of er sprake is van psychosociale risicofactoren die een bewezen relatie hebben met het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen:
  - onvoldoende regelmogelijkheden
  - werkstress
  - gepest worden/sociale uitsluiting
  - niet-passend werk.
- of er sprake is van de volgende (psychosociale en andere) risicofactoren, omdat zij kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen:

- psychische werkbelasting
  - werkdruk
  - disbalans tussen inspanning en beloning
  - gebrekkige sociale steun van de werkgever
  - gebrekkige sociale steun van de collega's
  - slechte werksfeer
  - arbeidsconflicten
  - ervaren beperkte sociale rechtvaardigheid
  - geringe ontwikkelingsmogelijkheden
  - baanonzekerheid
  - blootstelling aan zware metalen
  - daglichtdeprivatie.
- Breng in kaart of er sprake is van een aandoening die een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van depressieve klachten of een depressie:
- Psychiatrische aandoeningen:
    - Angststoornissen
    - Alcohol- of drugsproblemen
    - Persoonlijkheidsstoornissen
  - (Chronische) lichamelijke aandoeningen:
    - CVA
    - Myocardinfarct
    - Perifeer vaatlijden
    - Diabetes mellitus
    - Dementie
    - Hypothyreoïdie
    - Ziekte van Parkinson
    - COPD
    - Kanker
    - Obesitas.

Ter info: in het separate achtergronddocument bij deze richtlijn zijn verwijzingen opgenomen naar NVAB-richtlijnen en Verzekeringsgeneeskundige protocollen over de lichamelijke aandoeningen.

### Risicogroepen

- Wees er bewust van dat de volgende groepen een verhoogd risico hebben op een depressie:
- Vrouwen
  - Zwangeren en vrouwen in de postpartumperiode.

### Adviezen aan de werkgever en de werkende t.a.v. werkdruk en pesten

- Bied deskundige ondersteuning bij preventief beleid en adviseer over de aanpak van:
- regelmogelijkheden (vormen een beschermende factor voor het ontwikkelen van een depressie)
  - werkstress (door combinatie van (te) hoge psychische belasting en weinig regelmogelijkheden)
  - pesten en sociale uitsluiting op het werk
  - niet-passend werk.

*De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op effectieve interventies bij psychische problemen, op ervaringen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen binnen de kerngroep en de projectgroep en op best practices.*

- Adviseer om steun van leidinggevend en/of collega's (een buddy) te organiseren (hulpbronnen).
- Adviseer om werkdruk gestructureerd te meten en aan te pakken door de volgende stappen uit te voeren:
  1. inventarisatie werkdruk en werkhulpbronnen
  2. opstellen interventieplan
  3. uitvoeren interventies
  4. nameting, evaluatie en borging.Raadpleeg bijlage 1: Stappenplan voor de aanpak van werkdruk.
- Adviseer de volgende aanpak bij pesten:
  1. stel de norm (zero-tolerance)
  2. draag de norm uit
  3. geef als leidinggevende/HR het goede voorbeeld
  4. grijp in en neem actie
  5. bied steun aan de gepeste.Raadpleeg bijlage 2: Aanpak bij pesten.
- Maak bij uw advisering gebruik van een participatieve aanpak, omdat er aanwijzingen zijn dat deze aanpak effectief is om blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en functioneren (werkprestatie) te verbeteren.

Ter info: bij een participatieve aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. De bedrijfsarts heeft de rol van procesbegeleider.  
Raadpleeg bijlage 3: De zes stappen van de participatieve aanpak.

- Betrek bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel of er sprake is van:
  - werkgebonden risicofactoren
  - psychiatrische of lichamelijke aandoeningen (als risicofactor voor het ontstaan van een depressie of depressieve symptomen).

## ***B. Preventie van gevolgen van depressie (verergeren van depressie, ontstaan van verzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen)***

*Psychische klachten grijpen vaak sterk in in het dagelijks leven en kunnen het zelfvertrouwen sterk ondermijnen. Door onbegrip en door eigen of andermans schaamte over de klachten, zullen werkenden met een depressie of depressieve klachten zich vaak niet uiten over hun klachten, in het bijzonder niet over hun suïcidale gedachten. Hulpverleners hebben soms moeite met het herkennen en duiden van de klachten. Voor werkenden met een depressie of depressieve klachten is het belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar depressieve klachten (en de gevolgen daarvan) en dat zij initiatief nemen om iets aan de klachten te (laten) doen (multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2013). De aanbevelingen zijn gebaseerd op literatuur en informatie van (onderzoek onder) patiënten/cliënten.*

- Breng in kaart of er factoren zijn die functioneren en terugkeer naar werk positief beïnvloeden:
  - begrip, aandacht, openheid, ook in de bedrijfscultuur
  - ondersteuning door collega's en leidinggevende
  - aanpassingen in het werk
  - duidelijk plan voor terugkeer naar werk en invloed op het plan.
- Stimuleer maatregelen gericht op (het verbeteren van) deze positieve factoren.
- Breng in kaart of er factoren zijn die functioneren en terugkeer naar werk belemmeren:
  - vooroordelen en stigmatisering rond depressie
  - angst, schaamte, gebrek aan zelfvertrouwen
  - gebrek aan ondersteuning
  - 'ongezonde bedrijfscultuur'; oordelend, sterk competitief.
- Adviseer maatregelen en interventies om de belemmerende factoren weg te nemen / te verminderen.
- Maak bij uw advisering gebruik van een participatieve aanpak omdat er aanwijzingen zijn dat deze aanpak effectief is om blootstelling aan fysieke en psychosociale risicofactoren te verminderen en functioneren (werkprestatie) te verbeteren.

Ter info: bij een participatieve aanpak hebben de werkende en de organisatie een grote stem in het bepalen van de knelpunten en oplossingen, en ook bij het opstellen van en uitvoeren van het plan van aanpak. De bedrijfsarts heeft de rol van procesbegeleider.  
Raadpleeg voor deze aanpak bijlage 3: De zes stappen van de participatieve aanpak.

- Betrek de in kaart gebrachte factoren bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel.

## 2 DIAGNOSTIEK EN PROBLEEMORIENTATIE: ARBEIDSBEPERKINGEN EN BEROEPSZIEKTE

### Diagnose vaststellen

Voor de diagnostiek van depressie of depressieve stoornis baseert deze richtlijn zich op de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (Trimbos, 2013).

- Voer een gericht vraaggesprek uit en vraag naar de volgende elementen (zie bijlage 4):
  - eerste indrukken
  - cognitieve functies
  - affectieve functies
  - conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag)
  - persoonlijkheid.
- Stel vast of er sprake is van een depressieve stoornis op basis van de volgende criteria:
  - A. Eén of beide kernsymptomen die gedurende zeker twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig zijn:
    1. depressieve stemming.
    2. duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier.
  - B. Aanvullende symptomen:
    3. gewichtsverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname).
    4. slapeloosheid of overmatig slapen.
    5. agitatie of remming.
    6. moeheid of verlies van energie.
    7. gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens.
    8. gesluiteloosheid of concentratieproblemen.
    9. terugkerende gedachten aan de dood of aan suicide, of een suicidepoging.

Ter info: Bij een depressieve episode zijn één of beide kernsymptomen aanwezig en, met inbegrip van de aanvullende symptomen, in totaal minimaal vijf van de negen symptomen.

- Wees alert op een rouwreactie. Bij aanzienlijk verlies kunnen de symptomen lijken op een depressieve episode. Overweeg dan of deze symptomen begrijpelijk en passend zijn bij het verlies, of dat er naast deze normale reactie op het verlies ook sprake is van een depressieve episode.
  - Stel de ernst en de duur van de depressie vast:
    - subklinische depressie (2-4 symptomen).
    - lichte depressie (5 symptomen).
    - matige depressie (6-7 symptomen).
    - ernstige depressie (8-9 symptomen).
- De combinatie van de ernst en de duur bepaalt de indeling in één van de vier volgende categorieën:
- 1 depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand.
  - 2 depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief.
  - 3 depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode.
  - 4 depressieve episode, (matig) ernstig, recidief.

- Beoordeel:
  - of er sprake is van psychiatrische en/of somatische co-morbiditeit (chronische aandoeningen) zoals angststoornissen, alcohol- of drugsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, CVA, myocardinfarct, perifere vaatlijden, diabetes mellitus, dementie, hypothyreoïdie, ziekte van Parkinson, COPD, kanker en/of obesitas.
  - of er signalen zijn van suïcidaliteit en bespreek de gedachten en beweegredenen op een open wijze; verwijs en begeleid zo nodig naar passende hulpverlening.
  - of de situatie van de werkende met een depressie een risico vormt voor kinderen die van hem/haar afhankelijk zijn. Volg daarbij de KNMG Meldcode Kindermishandeling.

## Beperkingen in het functioneren vaststellen

*Bij werkenden met een depressie kunnen op diverse gebieden van het functioneren beperkingen optreden. De motivatie voor werk kan verminderd zijn door de depressieve stemming en het verlies van interesse en plezier. De vitaliteit kan verminderd zijn door slecht eten en gewichtsverandering, slaapstoornissen, moeheid, verlies van energie en initiatiefverlies. Cognitief functioneren kan verminderd zijn door gevoelens van waardeloosheid en schuld. Aandacht, concentratie, besluiten nemen en geheugen kunnen beperkt zijn. Interpersoonlijk: de werkende met een depressie heeft de neiging zich terug te trekken uit sociale verbanden en is moeilijk in de omgang (bijvoorbeeld snel geprikkeld of boos).*

- Stel vast en documenteer of er beperkingen zijn op het terrein van:
  - persoonlijk functioneren (concentratie, aandacht, geheugen, inzicht, hanteren van tijdsdruk, overzicht houden, besluitvaardigheid, reactievermogen, informatie verwerken, meervoudige/complexen taken uitvoeren, plannen, productiviteit).
  - sociaal functioneren (ADL, structureren van de dag, initiatief, oordeelsvermogen, zelf-inschatting, impulscontrole, conflicthantering, samenwerken, leiding geven, communiceren, emoties hanteren).
  - fysiek functioneren (energetische beperkingen).

Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de Aandachtpuntenlijst Depressie (zie bijlage 5). Daarin worden tien aspecten genoemd:

- 1 Aandacht kunnen opbrengen
- 2 Aandacht kunnen volhouden
- 3 Zich kunnen concentreren
- 4 Handelingen kunnen afmaken
- 5 Adequaat kunnen reageren
- 6 Kunnen inprenten
- 7 Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren
- 8 Gestructureerd werk kunnen uitvoeren
- 9 Zaken kunnen herinneren
- 10 Zelfstandig kunnen handelen.

Denk hierbij ook aan beperkingen (zowel door de depressie zelf en/of het gebruik van psychofarmaca) in relatie tot:

- speciale functie-eisen zoals waakzaamheid en oordeelsvermogen, of omgaan met gevaarlijke stoffen, of als er 'geweld' aan de orde is zoals in de gezondheidszorg, brandweer, ambulance, politie, beveiliging, bewaking, leger, bouw of onderwijs.
  - rij- / vaar- / vlieggeschiktheid.
- Beoordeel of er nader onderzoek nodig is (neuropsychologisch of psychiatrisch) om de beperkingen vast te stellen.

- Houd er rekening mee dat de beperkingen kunnen blijven bestaan wanneer de depressie aan het verminderen of al verdwenen is.
- Maak voor het beoordelen van de rijgeschiktheid gebruik van de samenvatting NVvP-Adviescommissie rijgeschiktheid, regeling geschiktheid CBR en informatie van de KNMP over medicatie en rijgeschiktheid (zie bijlage 6).

## Beroepsziekte

*Er is sprake van een beroepsgebonden depressie als een depressieve stoornis in overwegende mate veroorzaakt of uitgelokt is door belastende psychische omstandigheden in het werk.*

- Beoordeel of er sprake is van een beroepsziekte. Zo ja, maak melding van de beroepsziekte en hanteer daarbij de Registratierichtlijn van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten: E003 – Beroepsgebonden Depressie:
  - Er is sprake van een beroepsgebonden depressie bij:
    - 1 het hebben van niet-passend werk (rolonduidelijkheid, ongeschikt zijn voor werk) of
    - 2 gebrek aan sociale ondersteuning (pesten).
  - En/of twee of meer van de volgende psychosociale factoren:
    - 3 het hebben van teveel werk
    - 4 hoge psychologische taakeisen
    - 5 weinig regelmogelijkheden
    - 6 meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen
    - 7 procedurele onrechtvaardigheid.
- Zet bij een beroepsgebonden depressie de volgende maatregelen en interventies in en evalueer deze:
  - taak-herontwerp (o.a. verlaging van de werklast).
  - veranderingen in de organisatie van de werkzaamheden, het takenpakket, de arbeidsomstandigheden (werktijden, ergonomische aanpassingen), het communicatieproces, de sociale verhoudingen (rolverheldering, sociale relaties), het beleid, procedures en de organisatiecultuur.
  - taakroulatie (verbreding, roulatie), frequenter nemen van korte pauzes.
  - vroegsignalering via PMO, functioneringsgesprekken.
  - stress- en welzijnsrisico's verminderen, doorgroeimogelijkheden bespreken, sabbatical year, opleiding en training aanbieden, loopbaanbegeleiding, empowerment.

### 3 INTERVENTIES

Voor interventies die effectief zijn om werkenden met een depressieve stoornis te ondersteunen maakt deze richtlijn onderscheid tussen functioneren op het werk, arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.

#### Interventies gericht op functioneren op het werk

- Als eerste stap is behandeling conform de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie aangewezen (Trimbos-instituut, 2013).

Behandeling Depressie (Trimbos-instituut, 2013):

- *Lichte depressieve episode, korter dan 3 maanden*  
Voor lichte depressieve episoden die korter dan 3 maanden bestaan worden naast de basisinterventies in overleg met de patiënt naar keuze eerste-stap interventies toegevoegd.  
Basisinterventies: Psycho-educatie, dagstructurering en actief volgen.  
Eerste-stap interventies: Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie, bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie), activerende begeleiding, counseling of psychosociale interventies.  
NB. Farmacotherapie is bij lichte depressie niet geïndiceerd.
- *Lichte depressieve episode, langer dan 3 maanden*  
In het geval van lichte depressieve episoden die langer dan 3 maanden bestaan of optreden als recidief, wordt aanbevolen eerst probleemoplossende therapie of systematische kortdurende behandeling te overwegen en indien dit onvoldoende effect sorteert, psychotherapie te overwegen. Psychotherapie kan in de vorm van cognitieve (gedrags)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT) of interpersoonlijke therapie (IPT). Indien dit ook onvoldoende effect sorteert is het tijdig heroverwegen van het behandelbeleid geïndiceerd en wordt farmacotherapie als behandelalternatief overwogen.
- *Matige of ernstige depressieve episode, eerste episode*  
Ook in de behandeling van eerste (matig) ernstige depressieve episoden zijn de basisinterventies altijd geïndiceerd, eventueel aangevuld met (continuering van) eerste-stap interventies. Tegelijkertijd is ook behandeling met psychotherapie dan wel farmacotherapie geïndiceerd.
- *Matige of ernstige depressieve episode, recidiverend*  
In de behandeling van recidiverende (matig) ernstige depressieve episoden is, naast de basisinterventies, psychotherapie dan wel combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd. Een behandelbeleid met uitsluitend farmacotherapie is niet geïndiceerd bij een recidiverende matige of ernstige depressie.

Ter info: uit onderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn dat kortdurende psychodynamische psychotherapie en mindfulness ook effectieve interventies zijn bij depressie. Deze interventies zijn nog niet opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos-instituut, 2013).

*Omdat behandeling volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) de eerste stap is voor verbetering van functioneren in werk, is afstemming met behandelaars belangrijk.*

---

- Zorg voor goede afstemming met de behandelaar en maak daarvoor gebruik van de aanbevelingen uit de LESA Overspanning en burnout (2011): “Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig: vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet al voldoende om tot een goede afstemming in het behandelen te komen. Vooral bij stagnatie van het herstelproces worden overleg en afstemming aanbevolen”.



- Zorg voor adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop.
- Overleg:
  - bij een verschil van mening tussen de behandelaars over de diagnose of over het beleid.
  - bij stagnatie van het herstelproces.
  - over afstemming van het plan van aanpak (Wet verbetering poortwachter) op het individueel zorgplan (Zorgstandaard Depressie).
- Verwijs naar een psycholoog:
  - wanneer er stagnatie optreedt bij het herstel van de depressie en de bedrijfsarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen.
  - wanneer interventies om de stagnaties op te heffen geen resultaat hebben.
  - wanneer er twijfel is over de diagnose.
- Verwijs naar de huisarts:
  - wanneer oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstelproces vooral in de privésfeer liggen.
- Verwijs naar de tweedelijns GGZ:
  - bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de eerstelijnspsycholoog
  - bij psychiatrische problematiek waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn.

Ter info: Als verwijzing plaatsvindt - binnen de eerstelijns of naar de tweedelijns - zijn de auteurs van de richtlijn van mening dat de patiënt binnen twee weken na verwijzing terecht moet kunnen bij de behandelaar waarnaar verwezen wordt.

## Interventies gericht op beperking arbeidsverzuim en instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen

- Als eerste stap is behandeling conform de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie aangewezen
- Adviseer de volgende werkgerichte interventies (als toevoeging op de behandeling):
  - taakaanpassingen (op basis van de cognitieve, affectieve en energetische beperkingen).
  - urenvermindering (op basis van de vitaliteits-/energetische beperkingen)
  - begeleiding van de werkende in het omgaan met de depressie op het werk.
- Overweeg bij een lange wachttijd voor Gespecialiseerde GGZ (ten tijde van publicatie van deze richtlijn: 6 – 9 maanden) verwijzing naar een gespecialiseerd behandelcentrum met een korte wachttijd (een lange wachttijd beïnvloedt de prognose op functioneren, duur tot terugkeer naar werk en mate van arbeidsongeschiktheid negatief).
- Betrek bij deze overwegingen de financiële aspecten (wel/geen vergoeding door ziektekostenverzekeraar en/of werkgever).
- Handel bij verwijzing volgens de Leidraad Verwijzen voor de bedrijfsarts:
  - informeer de werkende en verwijs met diens instemming
  - overleg met de huisarts.

## 4 PROGNOSE

Het beoordelen van en advies geven over de prognose behoort tot het werk van zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts. Het stellen van de prognose is, naast het beoordelen van de sociaal-medische voorgeschiedenis, het beoordelen van de functionele mogelijkheden en het beoordelen van de adequaatheid van behandeling en begeleiding, één van de vier beoordelingstaken van de verzekeringsarts (Gezondheidsraad 2006). Ook voor de bedrijfsarts is inzicht in de prognose van belang omdat de aard en inhoud van de sociaal-medische begeleiding hier in belangrijke mate door beïnvloed wordt. De voorspellende factoren zijn ingedeeld in drie groepen: werkgerelateerd, persoonlijk en ziektegerelateerd.

### Prognose voor functioneren op het werk , terugkeer naar werk of mate van arbeidsongeschiktheid

- Inventariseer of er factoren zijn met een voorspellende waarde voor functioneren op het werk, terugkeer naar werk of mate van arbeidsongeschiktheid.

Factoren die de prognose op functioneren in werk negatief beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziekterelateerd
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* laag zelfvertrouwen</li> <li>* neuroticisme</li> <li>* externe locus of control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ernstiger vorm van depressie</li> <li>* klinische stagnatie</li> </ul>
Factoren met een prognose op langere duur tot terugkeer naar werk		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziekterelateerd
<ul style="list-style-type: none"> <li>* dienstverband &gt; 36 uur</li> <li>* organisatiegrootte &lt; 75 medewerkers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* leeftijd &gt; 50 jaar</li> <li>* gezinssituatie: wel een partner maar geen kinderen</li> </ul>	
Factoren die prognose op mate van arbeidsongeschiktheid negatief beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziekterelateerd
<ul style="list-style-type: none"> <li>* laag niveau van sociaal functioneren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* leeftijd (&gt; 50 jaar)</li> <li>* geschiedenis met ziekteverzuim</li> <li>* weinig zelfvertrouwen</li> <li>* weinig vertrouwen in de toekomst</li> <li>* lager opleidingsniveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* langere duur van depressieve episode</li> <li>* ernstiger vorm van depressie</li> <li>* psychische en psychiatrische comorbiditeit (tevens negatief voor duur arbeidsongeschiktheid)</li> <li>* lichamelijke comorbiditeit (idem)</li> <li>* eerdere depressieve episodes</li> <li>* klinische stagnatie</li> </ul>

Factoren die prognose op functioneren in werk positief beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziektegerelateerd
		* klinische verbetering (voorspellend voor productiviteit)
Factoren met een prognose op kortere duur tot terugkeer naar werk		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziektegerelateerd
* contact tussen leidinggevende en zorgverlener * werkende met management-functie * steun van collega's		* betere kwaliteit van leven
Factoren die prognose op mate van arbeidsongeschiktheid positief beïnvloeden		
werkgerelateerd	persoonlijk	ziektegerelateerd
Geen factoren gevonden in de literatuur		

Aanbevelingen over factoren die de prognose in **positieve** zin beïnvloeden:

- Overleg en adviseer (met toestemming van de werkende) contact met de leidinggevende.
- Adviseer om voor de werkende steun van collega's te organiseren (bijvoorbeeld een buddy).

Aanbevelingen over factoren die de prognose in **negatieve** zin beïnvloeden:

- Zorg voor adequate behandeling/interventies in relatie tot de ziektegerelateerde factoren; overleg hierover met de behandelaar.
- Houd bij de beoordeling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid rekening met deze factoren.

Ter info: de wachttijd voor Gespecialiseerde GGZ (ten tijde van publicatie van deze richtlijn: 6 – 9 maanden) en onvoldoende aandacht voor werk en werkgerichte effectieve interventies in de Basis en Gespecialiseerde GGZ beïnvloeden de prognose op functioneren, duur tot terugkeer naar werk en mate van arbeidsongeschiktheid negatief. De auteurs van de richtlijn spreken hun zorg hierover uit.

## 5 EVALUATIE

*De gemiddelde duur van een eerste depressieve episode is 3 maanden. Na een half jaar is 63% hersteld en na een jaar 76% (NHG-Standaard Depressie, 2012).*

*Een belangrijk doel van deze richtlijn is om inzicht te geven hoe stagnatie in herstel van functioneren en van terugkeer naar werk tijdig kan worden vastgesteld en welke acties dan nodig zijn. Voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts is het belangrijk om bij stagnatie actief te kunnen interveniëren. Kennis over stagnatie is ook belangrijk omdat voorafgaand aan de WIA-beoordeling de re-integratie inspanningen getoetst moeten worden. Deze richtlijn biedt inzicht in de aspecten waarop getoetst moet worden. Signaleren van stagnatie is een gezamenlijk belang van alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de verzuimende werkende.*

### Vaststellen van stagnatie

- Volg voor het vaststellen van stagnatie de stappen uit de Richtlijn Psychische Problemen (NVAB, 2007):
  - hoe lang de werkende bezig is met herstel
  - of dit past bij (het beloop van) depressie
  - welke hersteltaken de werkende vervult
  - of het herstelproces adequaat wordt doorlopen.
- Onderzoek welke aspecten een rol spelen bij de stagnatie. Denk daarbij aan:
  - persoonlijke factoren
    - ernst van de aandoening, onvoldoende respons op behandeling, morbiditeit, verslavingsproblematiek.
  - werkomgeving
    - aard en inhoud van het werk, houding en ondersteuning leidinggevende, collegae.
  - omgevingsfactoren.
    - factoren buiten de werkomgeving die herstel doen stagneren.
- Maak zo nodig nieuwe afspraken en actualiseer het begeleidingsplan op punten waar sprake is van (dreigende) stagnatie.
- Overleg met de behandelaar.

### Interventies gericht op opheffen stagnatie in herstel van functioneren

- Leg in geval van stagnatie in herstel van functioneren vast:
  - of de werkende zich onder behandeling heeft gesteld en de behandeladviezen heeft opgevolgd.
  - of er factoren gelegen in de persoon en/ of de werkomgeving zijn die herstel van functioneren en werkhervatting blokkeren. Documenteer eveneens welke acties zijn ondernomen om deze herstelblokkerende factoren op te heffen en wat het resultaat van deze actie(s) was en of er nieuwe afspraken zijn gemaakt en/of het begeleidingsplan is aangepast.

#### **Persoonlijke factoren als oorzaak van de stagnatie**

- Overleg met de huisarts voor heroverweging van de behandeling (bijvoorbeeld doorverwijzing naar de tweede lijn) als er:
  - 6 weken na start van de behandeling nog geen verbetering is.

- bij twee opeenvolgende contacten (met een tussenliggende periode van 3-5 weken in de eerste 3 maanden, of van 6 weken na 3 maanden) geen (verdere) vooruitgang is.

### Factoren in de (werk)omgeving als oorzaak van de stagnatie

- Heroverweeg het begeleidingsplan:
  - Ligt de oorzaak van stagnatie in de afspraken op de werkplek en met de leidinggevende? Overleg dan met werkende en leidinggevende en kom tot afspraken over het wel of niet bijstellen van het begeleidingsplan.
  - Ligt de oorzaak van stagnatie in omgevingsfactoren, dan is een inventarisatie nodig van de blokkerende factoren en een actieplan om deze op te heffen.

### Factoren die opnieuw uitvallen voorspellen

*Er is vrijwel geen onderzoek gedaan naar voorspellende factoren voor opnieuw uitvallen bij werknemers met een depressie. Uit één Delphi onderzoek onder experts op het gebied van psychiatrie en werk (Norder et al. (2012) zijn wel een aantal mogelijke voorspellende factoren naar voren gekomen die van invloed kunnen zijn op terugkerend verzuim (c.q. opnieuw uitvallen) bij werknemers met een depressie.*

Factoren die volgens experts een negatieve impact kunnen hebben op terugval/terugkerend verzuim	
persoonsgebonden	ziektegerelateerd
<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd (ouderen) waarop de eerste depressieve episode plaatsvindt</li> <li>- middelenmisbruik</li> <li>- sociaal disfunctioneren</li> <li>- neuroticisme</li> <li>- stressvolle gebeurtenissen in het privé leven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal voorgaande depressieve episodes van de werknemer</li> <li>- restklachten na de werkhervatting</li> <li>- co-morbiditeit: angststoornis of andere DSM stoornis</li> <li>- ernstiger vorm en langere duur van de eerste en de laatste depressieve episode</li> </ul>

- Inventariseer of er factoren zijn die negatief zijn voor de prognose voor terugval/terugkerend verzuim.
- Betrek de factoren bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel.

### Toetsing re-integratie inspanningen bij WIA-aanvraag

*Het 'verzekeringsgeneeskundig protocol Depressie' uit 2006 geeft aanwijzingen hoe de verzekeringsarts de voorgeschiedenis, voorafgaand aan de WIA-beoordeling moet beoordelen. Deze richtlijn vervangt het verzekeringsgeneeskundig protocol. Omdat onderstaande elementen uit het protocol de meest passende werkwijze blijkt te zijn, zijn ze opgenomen in deze richtlijn (er is geen nieuwe literatuur gevonden met andere uitkomsten).*

- Beoordeel de relevante specifieke aspecten die wijzen op stagnatie van herstel van functioneren:
  - Herstelgedrag / probleemoplossend gedrag werknemer:

- Heeft de werknemer zich na verwijzing onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?
- Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk (werkgebonden factoren):
  - Was in het werk sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis of die werkhervatting bij werknemers met een depressieve stoornis kunnen belemmeren? (zie de factoren hiervoor in de hoofdstukken 1 en 3)
  - Wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer (persoonsgebonden factoren):
  - Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis? Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

*De auteurs van de richtlijn hebben ook gediscussieerd over indicaties voor afstemming tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts en adviseren het volgende.*

- Bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek wordt contact geadviseerd tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts om de eigen bevindingen toe te lichten of verduidelijken. Dit is in het belang van goede zorg voor de werkende met een depressie(ve stoornis).

# Bijlage 1. Stappenplan voor de aanpak van werkdruk

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk, NVAB et al., 2013

## Stap 1: Inventarisatie werkdruk en werkhulpbronnen

- kwalitatieve oriëntatiefase waarin werknemers uit verschillende lagen van de organisatie (bijvoorbeeld management, staf, directie, uitvoering) worden ondervraagd over o.a. oorzaken van werkdruk, beleving van werkdruk, alsmede andere werkstressoren en werkhulpbronnen binnen de organisatie.

- kwantitatieve onderzoeksfase waarbij (oorzaken van) werkdruk, alsmede andere werkstressoren en werkhulpbronnen zoals gespecificeerd in de kwalitatieve fase kunnen worden vastgesteld in de organisatie. Maak in deze fase gebruik van de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) (Van Veldhoven en Broersen, 2003) en/of van de Nederlandstalige versies van de psychologic demands vragen uit de Job Content Questionnaire (JCQ) of de Quantitative Workload Inventory (QWI). Voor deze laatste twee lijsten: zie volgende pagina's.

## Stap 2: Opstellen interventieplan

Stel een interventieteam samen van mensen uit verschillende lagen van de organisatie (bijvoorbeeld management, staf, directie, Human Resources, uitvoering), om de betrokkenheid bij de interventie te vergroten. Het interventieteam kan afwegingen maken van de mogelijke acties, kosten, en het tijdspad waarbinnen gesignaleerde werkstressoren in een specifieke werkomgeving kunnen worden verminderd, of specifieke werkhulpbronnen die kunnen worden versterkt. Op basis hiervan vindt er een prioritering plaats van acties.

## Stap 3. Uitvoeren interventies

## Stap 4: Nameting, borging en evaluatie van interventie

Evalueer na afronding van de interventie om te constateren of de acties inderdaad succesvol zijn geweest in het behalen van hun doelen. Dit kan bijvoorbeeld door vragenlijsten met specifieke werkstressoren en werkhulpbronnen, zoals vastgesteld in de kwantitatieve fase, nogmaals af te nemen. Op basis hiervan kan worden vergeleken of de gestelde doelen zijn gehaald. Is werkdruk inderdaad verlaagd? Zijn werkhulpbronnen toegenomen? Zijn negatieve consequenties van werkdruk voor de gezondheid en het functioneren van werknemers afgenomen? Wanneer de interventie het gewenste effect heeft gesorteerd, dan is borging van het interventieproces van belang. Borging betekent dat de interventieprocessen en -activiteiten worden geïntegreerd in werkprocessen, methodieken en protocollen van de organisatie.

Wanneer de interventie niet effectief is gebleken, is een kwalitatieve evaluatie aangewezen, waarbij verschillende werknemers uit de organisatie worden geïnterviewd over de ervaringen met het interventieplan dat is doorgevoerd. Uit deze informatie kunnen ideeën worden gegenereerd om de acties aan te scherpen, of om nieuwe acties door te voeren.

## Meting werkdruk – Job Content Questionnaire (JCQ)

	Sterk mee oneens	Oneens	Eens	Sterk mee eens
	1	2	3	4
1. Mijn baan vereist dat ik heel snel moet werken.				
2. Mijn baan vereist dat er hard gewerkt wordt.				
3. Ik word niet gevraagd om een overmatige hoeveelheid werk te doen.*				
4. Ik heb voldoende tijd om mijn werktaken uit te voeren.*				
5. Ik heb geen last van conflicterende taken die ik moet uitvoeren.*				

\*vragen in omgekeerde richting, scores moeten omgepoold worden (4=1, 3=2, 2=3, 1=4).

Interpretatie scores werkdruk (JCQ)	Zeer laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
<b>Gemiddelde score: (1-4)</b>	≤ 1.69	1.70 - 2.14	2.15 - 3.05	3.06 - 3.51	≥ 3.52

- **“zeer lage werkdruk”**: gemiddelde score van 1.69 of lager. Deze score geeft aan dat werknemers het gemiddeld genomen inhoudelijk “oneens” tot “zeer oneens” zijn met de vijf stellingen over het ervaren van een hoge werkdruk. Uitgaande van een normaalverdeling ligt het percentage werknemers met deze scores of lager op 2,5%.
- **“lage werkdruk”**: gemiddelde score tussen de 1.70 en 2.14. Deze score geeft aan dat werknemers het gemiddeld “oneens” zijn met de vijf stellingen over hoge werkdruk. Het percentage werknemers in deze categorie ligt gemiddeld genomen op 13.5%.
- **“gemiddelde werkdruk”**: gemiddelde score tussen 2.15 en 3.05. Deze score geeft aan dat werknemers gemiddeld genomen “neutraal” staan ten opzichte van de stellingen die gaan over het ervaren van hoge werkdruk. Uitgaande van een normaalverdeling valt ongeveer 68% van de werknemers binnen deze categorie.
- **“hoge werkdruk”**: gemiddelde score tussen de 3.06 en 3.51. Inhoudelijk zijn werknemers het gemiddeld “eens” tot “sterk eens” met de stellingen over het ervaren van hoge werkdruk. Zo’n 13.5% van de werknemers bevindt zich in deze categorie.
- **“zeer hoge werkdruk”**: gemiddelde score van 3.52 of hoger. Inhoudelijk zijn werknemers het gemiddeld “sterk eens” met de stellingen over de ervaring van hoge werkdruk. Gemiddeld genomen bevindt zo’n 2.5% van de werknemers zich in deze categorie.



## Meting werkdruk – Quantitative Workload Inventory (QWI)

	Minder dan één keer per maand of nooit	Eén tot twee keer per maand	Eén tot twee keer per week	Eén tot twee keer per dag	Meerdere keren per dag
	1	2	3	4	5
1. Hoe vaak vereist uw werk dat u heel snel moet werken?					
2. Hoe vaak vereist uw werk dat u hard moet werken?					
3. Hoe vaak komt u in tijdsnood om werktaken af te ronden?					
4. Hoe vaak komt het voor dat er heel veel te doen is op het werk?					
5. Hoe vaak komt het voor dat u meer werktaken moet uitvoeren dan u aankunt?					

### Interpretatie van scores op werkdruk zoals vastgesteld door de QWI

De scores van de QWI dienen bij elkaar te worden opgeteld tot een totaalscore. De gemiddelde somscores over 15 studies was 16.52, met een gemiddelde standaarddeviatie van 3.43.

Interpretatie scores werkdruk (QWI)	Zeer laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
<b>Somscore (5-25)</b>	≤ 9.69	9.70 – 13.11	13.12 – 19.95	19.96- 23.37	≥ 23.38

- **“zeer lage werkdruk”**: score van 9.69 of lager. Deze score geeft aan dat werknemers gemiddeld genomen minder dan één tot twee keer per maand een hoge werkdruk ervaren. Uitgaande van een normaalverdeling ligt het percentage werknemers met deze scores of lager op 2,5%.
- **“lage werkdruk”**: somscores tussen de 9.70 en 13.11. Gemiddeld ervaren werknemers één tot twee keer per maand een hoge werkdruk situatie. Het percentage werknemers in deze categorie ligt gemiddeld genomen op 13.5%.
- **“gemiddelde werkdruk”**: somscores tussen de 13.12 en 19.95. Werknemers ervaren één tot twee keer per week een hoge werkdruk. Uitgaande van een normaalverdeling valt ongeveer 68% van de werknemers binnen deze categorie.
- **“hoge werkdruk”**: somscores tussen de 19.96 en 23.37. Werknemers ervaren gemiddeld één tot verscheidene keren per dag een hoge werkdruk bij het uitvoeren van hun werkzaamheden. Zo’n 13.5% van de werknemers bevindt zich in deze categorie.
- **“zeer hoge werkdruk”**: somscores hoger dan 23.38. Werknemers ervaren verscheidene keren per dag een hoge werkdruk. Gemiddeld genomen bevindt zo’n 2.5% van de werknemers zich in deze categorie.

## Bijlage 2. Aanpak bij pesten

Bron: De Wegwijzer Pesten (TNO 2015;

[http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/8508/TNO\\_WegwijzerPesten.pdf?v=1](http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/8508/TNO_WegwijzerPesten.pdf?v=1) )

Wat kan de organisatie/HR/leidinggevende doen om pesten aan te pakken?

### 1. Stel de norm

Het is bewezen dat duidelijkheid over welk gedrag onacceptabel is en een zero tolerance-beleid preventief werken. Maak daarom duidelijke afspraken en leg deze vast in een gedragscode en een protocol. Stel (met elkaar) vast:

- wat de organisatienorm van acceptabel gedrag is
- welk gedrag wel en welk gedrag niet wordt geaccepteerd
- hoe er op wordt toegezien dat dit wordt nageleefd
- welke maatregelen of sancties volgen als er toch wordt gepest (je zou kunnen denken aan het geven van een officiële waarschuwing of een schorsing bij voortduring)

Zorg voor een duidelijke en heldere infrastructuur (zoals een vertrouwenspersoon en/of een klachtencommissie)

### 2. Draag de norm uit

- Draag het protocol uit binnen de organisatie.
- Breng leidinggevenden en medewerkers op de hoogte van het protocol, de norm en de afspraken via een informatiebijeenkomst, intranet, mail en/of via posters e.d..
- Train managers en leidinggevenden, zodat zij pestgedrag herkennen en weten wat ze kunnen doen.

### 3. Geef het goede voorbeeld

Geef als leidinggevende het goede voorbeeld: vertoon geen gedrag dat onacceptabel is volgens de met elkaar afgesproken organisatienorm. Laat daadwerkelijk zien hoe het hoort.

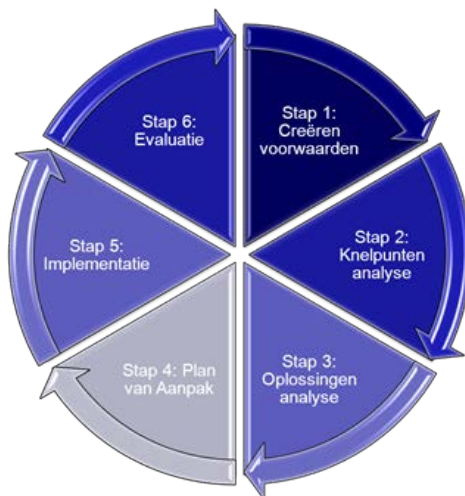
### 4. Grijp in en onderneem actie

Komt pesten toch voor? Onderneem dan actie! Ga eerst in gesprek met zowel de gepeste als met de pester(s). Spreek de pester aan op zijn gedrag en tref sancties. Mocht het niet duidelijk zijn wie de gepeste en/of pester(s) zijn ga dan in gesprek met teams en afdelingen. Als de pester een collega-leidinggevende is, spreek deze dan aan op zijn gedrag. Schakel eventueel een hoger geplaatste in. Houd vinger aan de pols. Denk niet te snel dat het is opgelost. Vervolgens kan je het protocol dat is geschreven om pesten te voorkomen en aan te pakken nogmaals uitdragen in de organisatie. Herhaal de gemaakte afspraken. Organiseer bijvoorbeeld een bijeenkomst voor medewerkers Tijdens deze bijeenkomst kan (nogmaals) worden uitgelegd wat pesten is en waaraan je het kan herkennen.

### 5. Bied steun aan de gepeste

Laat de gepeste niet aan zijn lot over. Probeer goed te luisteren naar de gepeste en kijk wat de organisatie zou kunnen doen om ervoor te zorgen dat de gepeste (weer) op een prettige manier aan het werk kan. Verwijs de gepeste voor hulp eventueel door naar een externe partij.

## Bijlage 3. De zes stappen van de Participatieve Aanpak (PA) op de Werkplek



### STAP 1: CREËREN VOORWAARDEN EN INITIEREN PARTICIPATIEVE AANPAK

**Doel:** Waarborgen van draagvlak voor PA en voldoende middelen om PA uit te voeren en duidelijkheid scheppen omtrent wanneer en door wie de PA wordt ingezet.

- **AANBEVELINGEN CREËREN (voorwaarden)**
  - Maak afspraken in de organisatie wanneer de Participatieve Aanpak wel of niet moet worden toegepast : o Communiceer deze afspraken binnen de organisatie. o Waarborg dat deze afspraken aansluiten bij de huidige wet- en regelgeving.
  - Geef de PA een plek binnen het arbobeleid en het verzuim- en re- integratiebeleid en pas alle instrumenten hierop aan (integreer formulieren voor PA).
  - Zorg voor draagvlak voor de PA in de organisatie (werkgever, management, werkvloer, OR, arbodienst en P&O).
  - Protocolleer de uitvoering van PA binnen de organisatie, leg vast wie de aanpak initieert, wanneer de aanpak wordt ingezet, bij wie, wie betrokken en verantwoordelijkheden van betrokkenen.
  - Zorg dat betrokken professionals weten in welke situaties de PA moet worden toegepast en zijn getraind in de PA.
  - Waarborg dat op organisatieniveau budget beschikbaar is voor de PA; voldoende tijd, financiële middelen of personeel worden ter beschikking gesteld voor de PA; voor het proces en de aanschaf of implementatie van oplossingen.
  - Indien gewenst: maak afspraken met betrekking tot het monitoren van gegevens op organisatieniveau zodat de inzet en effect van PA op organisatie niveau gemonitord kan worden.
- **AANBEVELINGEN INITIËREN (aanleiding voor toepassen PA doet zich voor)**
  - Toets of de specifieke situatie voldoet aan de afspraken binnen de organisatie voor het inzetten van de PA.
  - Wijs een procesbegeleider aan met de juiste competenties (zie uitgangsvraag 4 in achtergronddocument bij Leidraad PA). De procesbegeleider is verantwoordelijk voor het juist verlopen van het proces, voor een optimale communicatie met alle betrokkenen en voor het opstellen van het plan van aanpak en navolgen van de gemaakte afspraken.

- Definieer als procesbegeleider de (belangrijkste) stakeholders en wie wanneer voor welke stap bijeengeroepen wordt<sup>3</sup>.
- Controleer als procesbegeleider voor de start of aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
  - alle stakeholders staan achter het gebruik van de PA
  - alle stakeholders zijn bereid tot meedoen en volledige inzet
  - alle stakeholders zijn het eens over het doel van de PA; bv het zo snel mogelijk duurzaam aan het werk gaan
  - er is geen sprake van een hoogoplopend arbeidsconflict of lopende juridische procedure
  - er is openheid in het delen van informatie
  - voldoende tijd, financiële middelen of personeel zijn ter beschikking gesteld.
- Controleer als procesbegeleider of de benodigde kennis in het traject aanwezig is of ingeroepen kan worden, zoals kennis op het gebied van organisaties, ergonomie, veiligheid. Deze kennis kan aanwezig zijn in zijn/haar eigen persoon, in de persoon van (interne of externe) experts, of door stakeholders de kennis te geven door middel van training.
- Definieer als procesbegeleider de verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden van betrokkenen met betrekking tot de verschillende processtappen. Beslissingen worden bij voorkeur gezamenlijk genomen door de groep/team.

## **STAP 2: KNELPUNTEN ANALYSE**

**Doel:** Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de knelpunten

- **AANBEVELINGEN**

*Gebruik voor deze stap “Formulier knelpuntenanalyse” uit de Leidraad PA.*

- Plan als procesbegeleider een bijeenkomst met de belangrijkste stakeholders, bij voorkeur op of vlakbij de werkplek.
- Breng met de stakeholders de functies en taken van de betreffende werknemer(s) met knelpunten in kaart.
- Laat alle stakeholders afzonderlijk van elkaar knelpunten formuleren en bespreek deze vervolgens met elkaar.
- Laat alle stakeholders knelpunten prioriteren en tot consensus komen over de 3 belangrijkste knelpunten die aangepakt gaan worden.
- Waarborg als procesbegeleider een open sfeer waarin iedereen evenveel gehoord wordt en kies geen partij.

## **STAP 3: OPLOSSINGEN ANALYSE**

**Doel:** Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de oplossingen

- **AANBEVELINGEN**

*Gebruik voor deze stap “Formulier oplossingen analyse” uit de Leidraad PA.*

- Plan als procesbegeleider een bijeenkomst met de belangrijkste stakeholders, bij voorkeur op of vlakbij de werkplek.
- Laat alle stakeholders afzonderlijk van elkaar oplossingen formuleren per knelpunt en bespreek deze vervolgens met elkaar. Probeer vervolgens in een brainstorm nog nieuwe oplossingen boven tafel te krijgen.

---

<sup>3</sup> Bij de aanpak op organisatie niveau zijn de stakeholders vaak divers; vertegenwoordigers van een werknemersgroep, leidinggevende, werkgever, ondernemingsraad ect. Zie voor meer informatie over de specifieke invulling het achtergrond document. Bij de aanpak op individueel niveau zijn de stakeholders vaak de werknemer en de direct leidinggevende, met op de achtergrond de werkgever. Indien er geen werkgever in beeld is kan de aanpak ook worden uitgevoerd. Bekijk voor deze specifieke situatie appendix 6 van de Leidraad PA.

- Laat alle stakeholders oplossingen per knelpunt prioriteren op basis van effectiviteit, beschikbaarheid en haalbaarheid.
- Neem snel te realiseren oplossingen zoveel mogelijk over in het Plan van Aanpak; “quick wins”.
- Waarborg als procesbegeleider een creatief proces waarin zoveel mogelijk oplossingen boven tafel komen zonder rekening te houden met haalbaarheid e.d.
- Stel je als procesbegeleider terughoudend op; je mag oplossingen helpen aandragen vanuit je expertise, maar de keuze ligt bij de stakeholders.

#### **STAP 4: PLAN VAN AANPAK**

**Doel:** Het formuleren van een duidelijk Plan van Aanpak voor het realiseren van de oplossingen.

- AANBEVELINGEN
  - Gebruik hiervoor het “Formulier Plan van aanpak” uit de Leidraad PA.*
- Leg in een plan van aanpak vast wie wat doet en wanneer om de oplossingen te realiseren. Maak afspraken SMART<sup>4</sup>.
- Leg vast wanneer geëvalueerd gaat worden of aan afspraken in Plan van Aanpak voldaan is, bij voorkeur na maximaal 3 weken.

#### **STAP 5: IMPLEMENTATIE**

**Doel:** Vergroten van de slagingskansen van de implementatie van de oplossingen door het bieden van begeleiding en ondersteuning.

- AANBEVELINGEN
  - Monitor als procesbegeleider of de oplossingen daadwerkelijk geïmplementeerd worden.
  - Verzorg (indien nodig) instructie/begeleiding hoe om te gaan met de oplossingen/werk-aanpassingen bij het invoeren van de oplossingen. Doe dit bij voorkeur op de werkplek.
  - Maak een afspraak voor de evaluatie.

#### **STAP 6: EVALUATIE**

**Doel:** Vaststellen of de knelpunten verholpen zijn.

- AANBEVELINGEN
  - Ga als procesbegeleider na of de oplossingen uit het Plan van Aanpak zijn ingevoerd.
  - Indien dit niet het geval is, ga na waarom deze oplossingen (nog) niet zijn ingevoerd.
  - Bepaal of de oplossingen daadwerkelijk het knelpunt verholpen hebben.
  - Evalueer de inzet van de PA met betrekking tot tevredenheid, aansluiting bij verwachtingen, betrokkenheid en inzet.
  - Adviseer stakeholders over eventuele vervolgstappen.

---

<sup>4</sup> SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden.

## BIJLAGE 4. Psychiatrisch onderzoek (Hengeveld 2015)

Hulpmiddel voor het uitvoeren van een gericht vraaggesprek bij het vaststellen van de diagnose.

Hoofdgroepen	Subgroepen	Psychische functies
<b>Eerste indrukken</b>		Uiterlijk
		Contact en houding
		Klachtenpresentatie
		Gevoelens en reacties opgewekt bij de onderzoeker
<b>Cognitieve functies</b>	Bewustzijn, aandacht en oriëntatie	Bewustzijn
		Aandacht en concentratie
		Oriëntatie
	Geheugen	Geheugen
	Intellectuele functies	Oordeelsvermogen
		Ziekte-inzicht
		Abstractievermogen
		Executieve functies
		Geschatte intelligentie
		Taal
	Voorstelling, waarneming en zelfwaarneming	Voorstelling
		Waarneming
		Zelfwaarneming
	Denken	Vorm
Inhoud		
<b>Affectieve functies</b>	Stemming en affect	Stemming
		Affect
	Somatische klachten en verschijnselen	Somatische symptomen van stemmings- en angststoornissen
		Pseudoneurologische symptomen
	Overige somatisch niet (geheel) verklaarde klachten	
<b>Conatieve functies</b>	Psychomotoriek	Algemeen (vb. katatonie, stupor, agitatie)
		Mimiek en gestiek (vb. levendig, teatraal, afwezig)
		Spraak (vb. overmatig moduleren, monotoon, zacht)
	Motivatie en gedrag	Stoornissen in drift
		Stoornissen in middelengebruik
		Dwangmatig, drangmatig of impulsief gedrag
		Sociaal disfunctioneren
<b>Persoonlijkheid</b>		Persoonlijkheidstrekken

## BIJLAGE 5. Aandachtpuntenlijst Depressie (Slebus, 2008)

*In een Delphi studie in twee rondes onder 64 praktiserende verzekeringsartsen is een checklist ontwikkeld voor het vaststellen van de meest belangrijke aspecten betreffende de arbeidsmogelijkheden en de beperkingen van patiënten met een depressie (Slebus et al. 2008).*

### **Aandachtpuntenlijst Depressie (ADp) voor het beoordelen van het werkvermogen**

Kruis hieronder de punten van de ADp aan die tijdens de anamnese ter sprake zijn gekomen bij de depressieve werkende. Noteer per punt de vragen of voorbeeld(en) die u geformuleerd en gebruikt hebt.

- Aandacht kunnen opbrengen**  
.....  
.....
- Aandacht kunnen volhouden**  
.....  
.....
- Zich kunnen concentreren**  
.....  
.....
- Handelingen kunnen afmaken**  
.....  
.....
- Adequaat kunnen reageren**  
.....  
.....
- Kunnen inprenten**  
.....  
.....
- Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren**  
.....  
.....
- Gestructureerd werk kunnen uitvoeren**  
.....  
.....
- Zaken kunnen herinneren**  
.....  
.....
- Zelfstandig kunnen handelen**  
.....  
.....

NB. Zie voorbeelden op de volgende pagina.

## Voorbeelden ADp

<b>Aandacht kunnen opbrengen</b>	Een chauffeur (groepsvervoer) kan een remmende auto vóór hem tijdig opmerken.
<b>Aandacht kunnen volhouden</b>	Een chauffeur (bus of vrachtwagen) kan ook op een lange saaie weg binnen zijn baan blijven rijden.
<b>Zich kunnen concentreren</b>	Een callcenter medewerker kan zich ondanks het omgevingslawaai concentreren op het gesprek dat hij voert.
<b>Handelingen kunnen afmaken</b>	Een bakker moet niet alleen het deeg in de oven zetten maar ook het bakproces in de gaten houden en de broden uit de oven halen.
<b>Adequaaf kunnen reageren</b>	Een productiemedewerker kan bij een calamiteit alert reageren door bijvoorbeeld de productieketen tijdig te stoppen.
<b>Kunnen inprenten</b>	Een horecamedewerker kan onthouden welke bestelling bij welke tafel bezorgd moet worden.
<b>Routinewerkzaamheden kunnen uitvoeren</b>	Een productiemedewerker kan de standaard terugkerende taken van zijn werk zonder probleem uitvoeren.
<b>Gestructureerd werk kunnen uitvoeren</b>	Een verpleegkundige kan de verschillende handelingen/taken bij de patiëntzorg in de juiste volgorde verrichten en afmaken (zoals bijv. medicatie verstrekken, ongebruikelijke signalen van patiënt waarnemen en rapporteren, patiëntenlijst invullen, helpen met lichamelijke verzorging etc.).
<b>Zaken kunnen herinneren</b>	Een verzekeringsarts kan datgene dat hij in het verleden heeft geleerd voor ogen halen om de klachten van een patiënt te beoordelen.
<b>Zelfstandig kunnen handelen</b>	Een schoonmaakster kan haar werkzaamheden verrichten zonder steeds hulp van een collega te roepen.



## BIJLAGE 6. Beoordelen rijgeschiktheid

### Adviezen NVvP-adviescommissie Rijgeschiktheid

De NVvP-adviescommissie rijgeschiktheid is van mening dat:

- een persoon tijdens acute manische en depressieve episode rijongeschikt is;
- een persoon tijdens een hypomane episode of tijdens een periode met lichte depressieve symptomen over het algemeen rijgeschikt is;
- wanneer een ernstige manische of depressieve episode overgaat in remissie of in een periode met hooguit lichte manische of depressieve symptomen (partiele remissie, restsymptomen), de patiënt over het algemeen rijgeschikt is;
- er slechts beperkte aanwijzingen beschikbaar zijn dat lithium de rijvaardigheid nadelig kan beïnvloeden;
- de beoordeling en advisering van de rijgeschiktheid van een werknemer met depressie bij voorkeur plaatsvindt in een gespecialiseerd behandelcentrum voor stemmingsstoornissen.

### Regeling eisen geschiktheid 2000 CBR

Het CBR vermeldt in deze regeling het volgende:

Personen met een depressieve stoornis kunnen voor rijbewijzen van groep 1 en 2 geschikt worden verklaard onder de volgende voorwaarden:

- a.geen suïciderisico
- b.adequate behandeling
- c.redelijk ziekte-inzicht

Een adequate behandeling wil zeggen dat er geen of lichte depressieve symptomen zijn en dat de persoon therapietrouw is.

Voor de beoordeling van personen bij wie de diagnose depressieve stoornis minder dan vijf jaar geleden is gesteld, is een psychiatrisch rapport vereist als men het afgelopen jaar onder behandeling van een psychiater is geweest. Is dit niet het geval dan volstaat een door een arts ingevulde psychiatrievragenlijst.

Voor de beoordeling van personen bij wie de depressieve stoornis meer dan vijf jaar geleden is vastgesteld, voldoet in eerste instantie een door een arts ingevulde psychiatrievragenlijst. Als uit de vragenlijst blijkt dat depressieve symptomen nog aanwezig zijn, is alsnog een psychiatrisch rapport vereist.

De maximale geschiktheidstermijn is vijf jaar. Bij totale remissie van symptomen kunnen zij geschikt worden verklaard zonder termijnbeperking.

## Verkeersdeelname en het gebruik van antidepressiva

Onderstaand een overzicht uit de indeling van geneesmiddelen op categorie (I, II of III) betreffende invloed op de rijvaardigheid (bron: [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl) )

	categorie				
	Geen	I	II	III	III → I
<b>antidepressiva, MAO-remmers</b>					
- fenelzine			x		
- moclobemide		x			
- tranylcypromine			x		
<b>antidepressiva, SSRI's</b>					
- citalopram		x			
- escitalopram		x			
- fluoxetine		x			
- fluvoxamine		x			
- paroxetine		x			
- sertraline		x			
<b>antidepressiva, TCA's</b>					
- amitriptyline				x	
- clomipramine			x		
- dosulepine				x	
- doxepine				x	
- imipramine			x		
- maprotiline			x		
- nortriptyline			x		
<b>overige antidepressiva</b>					
- agomelatine		x			
- duloxetine			x		
- hypericum	x				
- mianserine				x	
- mirtazapine				x	
- trazodon				x	
- venlafaxine		x			

Legenda:

- geen categorie: geen negatieve invloed op de rijvaardigheid (bewezen).
- (categorie) I: geen of weinig negatieve invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) II: licht tot matig negatieve invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) III: ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid.
- (categorie) III → I: de invloed op de rijvaardigheid verandert in de uren na inname van categorie III naar categorie I.

## BIJLAGE 7. Performance indicatoren

**Performance indicatoren geven de key-issues van de richtlijn weer. Ze laten zien waar het in de richtlijn om gaat en geven daar meetbare normen bij. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen deze indicatoren gebruiken als checklist bij de richtlijn.**

### 1. Inventarisatie risicofactoren

#### BEOORDEELD IS:

- a. of er werkgebonden psychosociale risicofactoren zijn die positief en/of negatief bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA/NEE*
- b. of er sprake is van een (chronische) aandoening die een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA /NEE*
- c. of de werkende behoort tot een risicogroep voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA /NEE*
- d. Welke risicofactoren de mate van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel beïnvloeden. *JA /NEE*

### 2. Preventieve interventies / adviezen

#### ER IS:

- a. beleid/aanpak geadviseerd over werkgebonden psychosociale factoren. *JA/NEE*
- b. ten aanzien van werkdruk en pesten gebruik gemaakt van de aanbevolen aanpak. *JA/NEE*
- c. gebruik gemaakt van een participatieve aanpak. *JA/NEE*

### 3. Diagnostiek

#### ER IS:

- a. een gericht vraaggesprek uitgevoerd om de diagnose depressie of depressieve stoornis te kunnen stellen. *JA/NEE*
- b. gebruik gemaakt van de criteria uit de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- c. co-morbiditeit in kaart gebracht. *JA/NEE*
- d. vastgesteld of er beperkingen in het functioneren zijn. *JA/NEE*
- e. vastgesteld of er sprake is van een beroepsziekte. *JA/NEE*
- f. melding gedaan van de vastgestelde beroepsziekte bij het NCvB. *JA/NEE/NVT*

### 4. Interventies/adviezen

#### ER IS:

- a. als eerste stap onderzocht en/of voor gezorgd dat er behandeling plaatsvindt volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- b. op indicatie overlegd met de behandelaar. *JA/NEE*
- c. advies uitgebracht voor werkaanpassingen. *JA/NEE*

### 5. Prognose

#### ER ZIJN:

- a. factoren in kaart gebracht die het functioneren in werk, terugkeer naar werk of mate van arbeidsongeschiktheid in negatieve of positieve zin beïnvloeden/beïnvloed hebben. *JA/NEE*
- b. interventies of maatregelen geadviseerd voor een adequate aanpak van deze factoren (de negatieve verminderen/opheffen, de positieve stimuleren/uitbreiden). *JA/NEE*

## 6. Evaluatie

### ER IS/ZIJN:

- a. beoordeeld of er stagnatie optreedt. *JA/NEE*
- b. beoordeeld welke aspecten leiden tot stagnatie. *JA/NEE*
- c. beoordeeld of er belemmeringen zijn voor herstel van functioneren en werkhervatting.  
*JA/NEE*
- d. maatregelen geadviseerd om de stagnatie en/of de belemmeringen op te heffen. *JA/NEE*
- e. contact geweest tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek. *JA/NEE/NvT*

## **Addendum van de GAV**

Deze richtlijn is geschreven met in gedachten bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die actief zijn in de verzuimpreventie, -begeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, in het kader van sociale wetgeving. Zij sluit enkel in zeer specifieke gevallen aan bij de werkzaamheden van onze leden, bijvoorbeeld indien een verzekeringsarts als medische adviseur betrokken is bij bezwaar en beroepszaken (zoals bijvoorbeeld in het kader van WIA/Wajong).

De werkzaamheden van een medisch adviseur/verzekeringsarts in particuliere verzekeringsaangelegenheden zijn van een geheel andere aard dan die in de advisering rondom arbeidsongeschiktheid zoals boven benoemd. Dat geldt zelfs voor advisering ten aanzien van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, waar vanuit de polisvoorwaarden andere criteria worden gehanteerd. Dit geldt nog sterker bij andere activiteiten zoals de advisering in letselschade en levensverzekeringen.

Niettemin vormt deze richtlijn ook voor deze andere activiteiten een waardevolle bron van informatie.