

RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN

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



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

Colofon

© NVAB 2019

Uitgave NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

E nvab@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

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

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

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

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

Datum autorisatie 29 oktober 2018
herziening van de versie uit 2007

INHOUD

5	HOOFDLIJNEN RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN
7	SAMENVATTING RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN (stroomschema)
8	INLEIDING
8	Inhoud van de richtlijn
9	Overeenkomsten en verschillen ten opzichte van de richtlijn uit 2007
9	Schematische weergave van het fasen-takenmodel
10	RICHTLIJN
11	1 PROCESMATIGE AANPAK
11	1.1 Inleiding
12	1.2 Procesdiagnose: adequaat herstelproces of stagnatie?
14	2 ORIËNTATIE OP SITUATIE EN DIAGNOSE
14	2.1 Komt de werkende in aanmerking voor begeleiding volgens deze richtlijn?
15	2.2 Situationele diagnose
16	2.3 Differentiële diagnose
17	2.4 Zijn er risicosituaties?
17	2.5 Met welke werkhypothese wordt de begeleiding ingezet?
18	3 INTERVENTIES
18	3.1 Welke interventies kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen inzetten?
19	3.2 Interventies gericht op de werkende
20	3.3 Interventies gericht op de werkomgeving
20	3.4 Interventies bij andere dan stressgerelateerde psychische problemen
22	4 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE
22	4.1 Wat zijn de evaluatiemomenten en met wie wordt afgestemd?
22	4.2 Wat is de inhoud van de evaluatie?
23	4.3 Samenwerken en verwijzen
23	4.4 Hoe kan de werkende duurzaam zelfregie en zelfmanagement behouden?
24	4.5 Wanneer wordt de begeleiding afgesloten?
25	4.6 Hoe wordt de werkomgeving ondersteund bij het realiseren van duurzame inzetbaarheid?

BIJLAGEN

27	Bijlage 1	Toelichting op het proces en de doelgroepen van de richtlijn
29	Bijlage 2	Begrippen
31	Bijlage 3	Performance-indicatoren
33	Hulpmiddel 1	Oplossingsgerichte en motiverende gespreksvoering
36	Hulpmiddel 2	Gespreksadviezen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
41	Hulpmiddel 3	Lijst Werk Capabilities
46	Hulpmiddel 4	Criteria voor overspanning en burn-out
47	Hulpmiddel 5	Criteria voor depressie en angst
49	Hulpmiddel 6	4 DKL
50	Hulpmiddel 7	Basisinterventies
54	Hulpmiddel 8	Interventies crisisfase
55	Hulpmiddel 9	Interventies oplossingsfase
57	Hulpmiddel 10	Interventies toepassingsfase
58	Hulpmiddel 11	Interventies werkomgeving
59	Hulpmiddel 12	Aanpak bij risicosituaties
60	Hulpmiddel 13	Triagetool voor de bedrijfsarts bij suïciderisico

HOOFDLIJNEN RICHTLIJN PSYCHISCHE PROBLEMEN

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

Er is ook veel hetzelfde gebeven. Ook deze herziening van de richtlijn gaat uit van de procesmatige benadering en van de visie dat de kern van lichte tot matig ernstige psychische problematiek ligt in het verlies van grip en controle over de eigen situatie. Het opnieuw opbouwen van die grip en controle blijft de rode draad voor het herstel. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts¹ vervullen in ieder geval de rol van procesbegeleider bij dit (herstel)proces.

Het verlies van grip en controle kan ontstaan doordat de werkende belangrijke doelen en waarden niet (meer) kan realiseren en mede daardoor de eisen en problemen vanuit de omgeving niet meer het hoofd kan bieden. Daardoor laat de werkende rollen – waaronder meestal de werkrol – geheel of gedeeltelijk vallen. Het herstel vindt plaats in drie fasen: de crisisfase, de oplossingsfase en de fase van toepassing (van de oplossingen). Het herstel is een oplossingsgericht proces waarin de betrokkene zelf grip, zelfregie en zelfmanagement¹ opbouwt.

De meeste werkenden en hun leidinggevend doorlopen het proces ‘spontaan’. Wanneer het werkende en leidinggevende lukt binnen een realistisch tijdsbestek de hersteltaken op te pakken en tot probleemoplossing te komen, is alleen procesmatig werken door de bedrijfsarts of verzekeringsarts nodig. De bedrijfsarts of verzekeringsarts grijpt alleen in als hersteltaken niet spontaan worden ingevuld door de werkende of de werkomgeving of als er stagnatie optreedt. De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan dit zelf doen of delegeren¹.

Bij stagnatie inventariseert de bedrijfsarts of verzekeringsarts wat eraan ten grondslag ligt. Om het herstel te bevorderen kunnen (eenvoudige) cognitief-gedragmatige interventies worden ingezet, die bij voorkeur aansluiten bij positieve ervaringen en succesvolle oplossingsstrategieën in het verleden. In de hulpmiddelen bij deze richtlijn worden daarvoor handvatten gegeven. De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan dit zelf doen of delegeren¹.

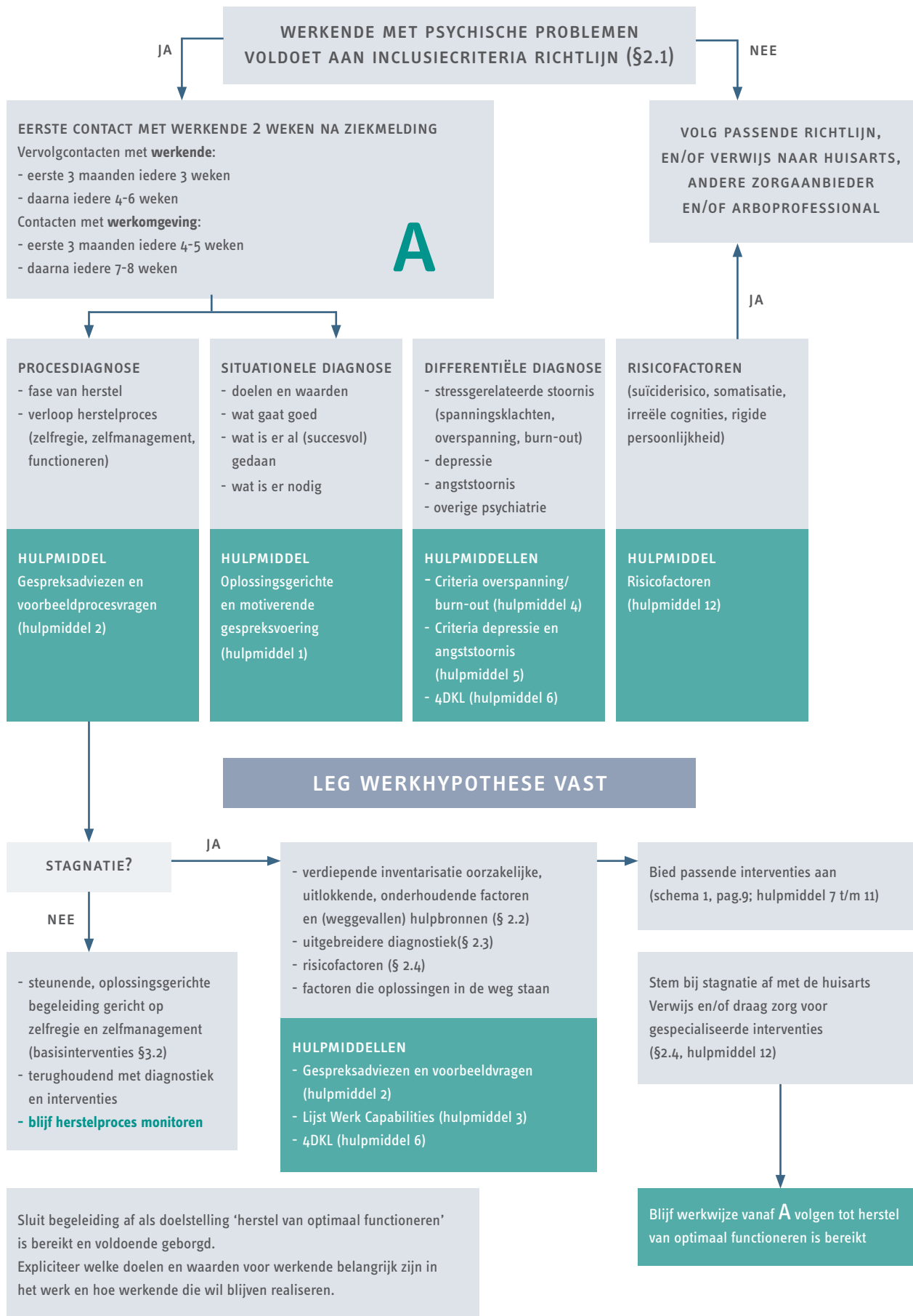
1 Zie begrippenlijst, bijlage 2

Bij een kleine groep is de stagnatie niet met basisinterventies op te heffen en is tijdige verwijzing geïndiceerd, bijvoorbeeld naar GGZ-behandelaars.

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

Bij herstel en terugkeer naar werk speelt niet alleen het individuele proces van de werkende een rol, maar ook hoe de omgeving, de collega's, de leidinggevende, en de werkgever met de werkende omgaan. Daarin kunnen bedrijfsarts en verzekeringsarts ondersteunen. Ook bespreken bedrijfsarts en verzekeringsarts met de werkende en de werkomgeving welke hulpbronnen en andere factoren kunnen bijdragen aan herstel en terugkeer. Zij geven advies over hoe deze hulpbronnen en andere maatregelen ingezet kunnen worden om eventuele (psychosociale en andere) werkgebonden risicofactoren te verminderen of op te heffen.

SAMENVATTING VAN DE RICHTLIJN



INLEIDING

INHOUD VAN DE RICHTLIJN

De werkende en zijn/haar interactie met de werkomgeving staan centraal in het herstelproces. Dat betekent dat bedrijfsarts en verzekeringsarts de werkende en de werkomgeving ondersteunen bij versterking van zelfregie, zelfmanagement² en een oplossingsgerichte aanpak.

De richtlijn gaat uit van de visie dat de kern van lichte tot matig ernstige psychische problematiek ligt in verlies van grip op zichzelf en de situatie. Dit verlies van grip en controle ontstaat doordat de werkende voor hem/haar belangrijke doelen en waarden niet (meer) kan realiseren en mede daardoor de eisen en problemen vanuit de omgeving niet meer het hoofd kan bieden. Daardoor laat de werkende verschillende rollen – waaronder meestal de werkrol – geheel of gedeeltelijk vallen. Het gaat gepaard met een gevoel dat men niet meer kan zijn wie men wil zijn en niet meer de dingen kan doen die waarde toevoegen.

Het herstel van psychische problematiek bestaat (dan ook) uit herstel van grip en regie: de werkende moet weer greep krijgen op de situatie en de eigen rol daarin.

In het herstelproces bouwt de werkende zelf de grip en regie op in drie fasen: de crisisfase, de oplossingsfase en de fase van toepassing (van de oplossingen). Iedere fase wordt gekenmerkt door een aantal hersteltaken (zie [schema 1 in hoofdstuk 1](#)). De opbouw van de controle kan worden gezien als de opbouw van zelfregie en zelfmanagement en dus van gezondheid vanuit de visie van ‘positieve gezondheid’ (Huber et al., 2011).

Bij deze uitgangspunten hoort een procesmatige benadering en begeleiding van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Om het procesverloop te monitoren, maken zij gebruik van procesvragen ([Gespreksadviezen met voorbeeldvragen, hulpmiddel 2](#)).

Veel werkenden doorlopen het proces ‘spontaan’. Bij deze groep volstaat het om hun eigen werkzaamheid en zelfregie te bekrachtigen en het proces te (blijven) monitoren, zodat eventuele stagnatie tijdig gesignaleerd wordt. Stagnatie kan in iedere fase optreden. Bij een ongestoord, ‘spontaan’ beloop steunt de bedrijfsarts of verzekeringsarts de werkende op zo’n manier, dat de zelfregie wordt versterkt en niet wordt overgenomen. Zij maken daarbij gebruik van basisinterventies ([hulpmiddel 7](#)). Wanneer de hersteltaken niet vanzelf opgepakt worden, zet de bedrijfsarts of verzekeringsarts fase-specifiek interventies in. In de crisisfase bestaan die uit het geven van enkele handelingsadviezen ([Interventies crisisfase, hulpmiddel 8](#)). In de ondersteuning in de oplossingsfase wordt als fase-specifieke interventie besproken wat belangrijke doelen en waarden zijn in het werk ([Interventies oplossingsfase, hulpmiddel 9](#)) en hoe aan het realiseren daarvan kan worden gewerkt. De fase-specifieke interventies in de toepassingsfase zijn gericht op het oppakken van sociale rollen en op functioneringsherstel. Het opstellen van schema’s en/of anticipatie- of saneringsopdrachten kunnen de werkende hierbij ondersteunen ([Interventies toepassingsfase, hulpmiddel 10](#)).

Bij een deel van de werkenden stagneert het proces. Dan inventariseert de bedrijfsarts of verzekeringsarts wat aan de stagnatie ten grondslag ligt. Dit betekent dat naast de procesdiagnostiek ook een uitgebreidere oriëntatie op de situatie kan plaatsvinden ([Gespreksadviezen met voorbeeldvragen, hulpmiddel 2; Lijst Werk Capabilities, hulpmiddel 3](#)).

2 Zie begrippenlijst, bijlage 2

alsmede een inventarisatie van de klachtdimensies (met de 4DKL, hulpmiddel 6). Om de hersteltaken te bevorderen kan de bedrijfsarts of verzekeringsarts fase-specifiek een breder palet aan (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies inzetten (hulpmiddelen 7-10). Het is belangrijk aan te sluiten bij positieve ervaringen en succesvolle oplossingsstrategieën uit het verleden, omdat op die manier de zelfregie wordt versterkt.

Bij een kleine groep is de stagnatie niet met basisinterventies op te heffen. Hier is tijdige verwijzing geïndiceerd, bijvoorbeeld naar GGZ-behandelaars.

Het centraal stellen van de werkende en van zijn/haar doelen en waarden in het werk, heeft een sterk integratieve werking in de samenwerking met andere professionals. De behoefte van de werkende en niet het aanbod van de professional staat centraal.

OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN TEN OPZICHTE VAN DE RICHTLIJN UIT 2007

Deze herziening kent belangrijke overeenkomsten met de eerste herziening van de richtlijn uit 2007: de procesmatige benadering blijft de essentie bij de begeleiding van de stressgerelateerde stoornis. Bij literatuuronderzoek is geen effectievere aanpak gevonden. Wel is uit onderzoek onder bedrijfsartsen gebleken dat versterking van de implementatie van deze aanpak nodig is. Daarom is de aanpak in deze versie van de richtlijn concreter uitgewerkt, en zijn er hulpmiddelen met praktische tips.

De volgende aspecten zijn toegevoegd:

- Er is verbinding gelegd met positieve gezondheid (Huber 2011); daarnaast is de uitwerking van de capability-benadering naar werk (Van der Klink 2016) geïntegreerd in de procesmatige aanpak.
- Zelfregie en zelfmanagement zijn (nog meer) in de aanbevelingen opgenomen, onder andere door vragen op te nemen over wat de werkende wil bereiken en wat hij/zij daarvoor nodig heeft, over wat wel goed gaat, over succesfactoren uit het verleden en over wat de gezonde kanten, kwaliteiten en hulpbronnen van de werkende en de werkomgeving zijn.
- Voor het versterken van zelfregie en zelfmanagement worden gespreksadviezen en tips gegeven in de hulpmiddelen.
- Er wordt onderscheid gemaakt tussen overspanning en burn-out (dit om aan te sluiten bij de multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out uit 2011, waar is gekozen om dit onderscheid te maken, mede omdat in de multidisciplinaire richtlijn andere/extra interventies worden aanbevolen bij burn-out).
- Er is informatie toegevoegd over welke aspecten nagevraagd kunnen worden om het cognitief functioneren vast te stellen.
- De aanbevelingen zijn samengevat in een stroomschema.

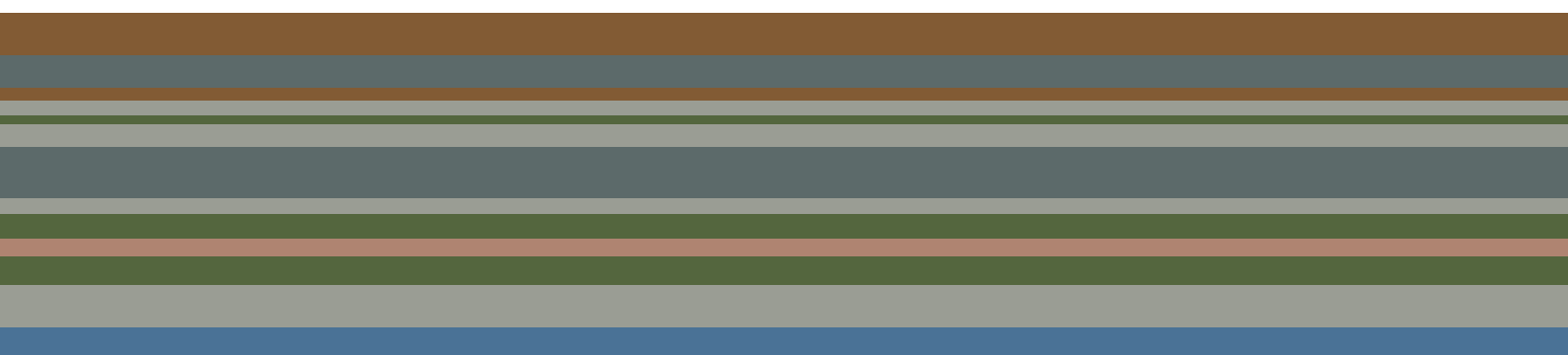
SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN HET FASEN-TAKENMODEL

In hoofdstuk 1 van de richtlijn is een schema opgenomen van het fasen-takenmodel dat de werkende en de werkomgeving doorlopen. De fasen lopen in de praktijk in elkaar over en kunnen overlappen.

RICHTLIJN

PSYCHISCHE PROBLEMEN

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



1 PROCESMATIGE AANPAK

1.1 INLEIDING

De kern van de richtlijn is de procesmatige aanpak. De bedrijfsarts en verzekeringsarts³ vervullen altijd de rol van procesbegeleider en volgen en beoordelen het proces naar herstel van grip/controlle en functioneren. In de rol van procesbegeleider stimuleren ze de zelfregie en het zelfmanagement³ van de werkende en de werkomgeving en schakelen ze zo nodig andere (zorg)systemen en professionals in.

RANDVOORWAARDEN

- De bedrijfsarts of verzekeringsarts maakt binnen ca. twee weken na de verzuim-melding een eerste taxatie.
- Voor het eerste consult is 30 minuten beschikbaar.
- Voor de vervolgsconsulten is 25-30 minuten beschikbaar.
- De bedrijfsarts en verzekeringsarts documenteren alle stappen die in de procesmatige aanpak worden genomen.

AANBEVELINGEN

- ▶ Houd de eerste drie maanden gemiddeld eenmaal per drie weken een vervolgsconsult; daarna eenmaal per vier tot zes weken.
- ▶ Heb in de eerste drie maanden eenmaal per vier tot vijf weken contact met de werkomgeving/leidinggevende, en daarna eenmaal per zeven tot acht weken.

³ Zie begrippenlijst, bijlage 2

1.2 PROCESDIAGNOSE: ADEQUAAT HERSTELPROCES OF STAGNATIE?

Het herstel vindt plaats in drie fasen: de crisisfase, de oplossingsfase en de fase van toepassing (van de oplossingen). Het herstel is een oplossingsgericht proces waarin de betrokkene zelf de grip en zelfregie opbouwt. De bedrijfsarts of verzekeringsarts heeft in ieder geval de rol van procesbegeleider bij het (herstel)proces en volgt het fasen-taken-model dat hieronder schematisch is weergegeven.

Schema 1 Fasen-takenmodel

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

- ▶ Bij de anamnese hanteert de bedrijfsarts of verzekeringsarts oplossingsgerichte of motiverende gesprekstechniek (**Oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechniek, hulpmiddel 1**).
- ▶ Stimuleer regelmatig contact tussen werkende en werkomgeving.
- ▶ Houd contact met andere betrokken (arbo)professionals.
- ▶ Inventariseer:
 - in welke **fase** van probleemoplossing/herstel werkende en werkomgeving zitten; fasediagnostiek vindt plaats op basis van de antwoorden op **procesvragen (hulpmiddel 2)** en niet op basis van aard, ernst of duur van klachten;
 - **hoe lang** werkende en werkomgeving in deze fase zitten;
 - welke **hersteltaken** zijn of worden uitgevoerd.

HULPMIDDELEN

- 1 *Oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechniek*
- 2 *Gespreksadviezen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (met voorbeeldprocesvragen)*

- Stel vast:
- of werkende en werkomgeving dit (herstel)proces van probleemoplossing/herstel adequaat doorlopen of dat er sprake is van stagnatie. Check:
 - of de gediagnosticeerde fase voldoet aan de verwachte duur conform schema 1 (Fasen-takenmodel)
 - of de voorgaande fase(n) qua hersteltaken zijn afgerond (maak gebruik van procesvragen, hulpmiddel 2)
 - welke vervolgacties nodig zijn om het herstelproces van werkende en/of werkomgeving te bevorderen.

Schema 2 Vervolgacties na vaststellen geen/wel stagnatie

GEEN STAGNATIE	WEL STAGNATIE ⁴
<ul style="list-style-type: none">• Bied steunende, oplossingsgerichte begeleiding gericht op zelfregie en zelfmanagement.• Wees terughoudend met diagnostiek en interventies.• Houd contact met werkende en werkomgeving.• Blijf het herstelproces monitoren.	<ul style="list-style-type: none">• Inventariseer de oorzakelijke, uitlokkende, onderhoudende factoren en (weggevallen) hulpbronnen: zie § 2.3.• Pleeg uitgebreidere diagnostiek: zie § 2.4.• Onderzoek mogelijke risicofactoren: zie § 2.5.• Ga na welke factoren oplossingen in de weg staan.• Indiceer en initieer (generalistische of specialistische) interventies (zie hoofdstuk 3) en monitor de uitvoering en het effect.• Verwijs* zo nodig.

- * Verwijs:
- voor steunende en/of coachende interventies bijvoorbeeld naar bedrijfsmaatschappelijk werker, POH GGZ, psycholoog of psychiater;
 - voor verdergaande analyses naar arbeids- en organisatiedeskundige of psycholoog;
 - naar andere arboprofessionals als er nadere inventarisatie van werkgebonden hulpbronnen en/of risicofactoren nodig is;
 - naar de huisarts of een andere behandelaar bij differentiaal-diagnostische twijfel of vragen over medicatie;
 - naar de huisarts als oorzaken van stagnatie vooral in de privé-omgeving (lijken te) liggen;
 - naar de huisarts als het verzuim langer duurt dan zes weken.
- Volg bij verwijzing de NVAB-Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts.

- Houd na verwijzing contact met de werkende en de werkomgeving en evalueer bij ieder contact hoe het herstel(proces) verloopt. Blijft stagnatie aanhouden, of treedt opnieuw stagnatie op, overleg dan met de behandelaar en heroverweeg beleid.

⁴ Stagnatie: de werkende kan de procesfasen en de daarbij behorende hersteltaken niet afronden volgens de tijdlijn van het fasen-takenmodel (schema 1). De tijdlijn heeft een signaalfunctie om tijdig stagnatie te signaleren en interventies in te zetten.

2 ORIËNTATIE OP SITUATIE EN DIAGNOSE

2.1 KOMT DE WERKENDE IN AANMERKING VOOR BEGELEIDING VOLGENS DEZE RICHTLIJN?

In de praktijk gaat het antwoord op deze vraag meestal niet vooraf aan het diagnostisch proces maar is het er onderdeel van. De (waarschijnlijkheids)diagnosen overspanning en burn-out zijn meestal in het eerste contact al snel duidelijk. Bij andere psychische/psychiatrische problematiek zoals depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornissen of problematisch alcoholgebruik, speelt de stressgerelateerde component (Begrippenlijst, bijlage 2) meestal ook een rol. Bij deze aandoeningen is begeleiding van zowel de stressgerelateerde component volgens deze richtlijn, als de kwetsbaarheidscomponent volgens de richtlijnen voor deze aandoeningen van belang (adequate specialistische behandeling). Verder is samenwerking met de behandelaar noodzakelijk.

- ▶ Stel vast of de werkende voldoet aan de criteria voor begeleiding volgens deze richtlijn.

NEE	JA
<p>want klachten zijn direct gevolg van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een acute emotionele staat, bijvoorbeeld boosheid - een somatisch beeld <p>▶ draag zorg voor adequaat beleid en/of verwijs</p>	<p>want werkende lijdt aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stressgerelateerde klachten (spanningsklachten, overspanning, burn-out) <p>Eventueel in combinatie met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressie (licht tot matig) - angststoornis (licht tot matig) - overige psychiatrische aandoeningen <p>EN er is overeenstemming met werkende over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de aanwezigheid van psychische problemen (geen overwegende weerstand tegen diagnose 'psychische problemen') - een voldoende vertrouwensbasis om tot diagnostiek en interventies te komen <p>Als niet wordt voldaan aan de laatste voorwaarde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - investeer in de relatie en/of de motivatie en ga daarna over tot de vervolgstappen - bespreek de gemeenschappelijke doelstelling - verwijs naar een collega als dit wel zou kunnen leiden tot een basis voor de vervolgstappen

2.2 SITUATIONELE DIAGNOSE

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

- ▶ Inventariseer (globaal bij een adequaat herstelproces, uitgebreid bij stagnatie):
 - welke doelen en waarden werkende en werkomgeving nastreven;
 - wat er goed gaat;
 - wat de werkende en de werkomgeving zelf al hebben gedaan;
 - welk oplossingsgericht gedrag in het verleden succesvol was en hoe daarbij kan worden aangesloten;
 - wat de werkende en de werkomgeving nodig hebben.

- ▶ Inventariseer bij stagnatie ook de volgende aspecten:
 - welke bevorderende en belemmerende factoren de werkende en de werkomgeving ervaren in relatie tot (werk)functioneren;
 - welke oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren er zijn voor het verlies van grip en controle (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving);
 - welke oplossing(s)richting(en) bijdragen aan herstel.

In onderstaande tabel staan de factoren en aspecten voor de inventarisatie:

	DOEL	BEVORDEREND	BELEMMEREND
Werkende	belangrijke doelen en waarden voor de werkende	<ul style="list-style-type: none"> - duidelijk beeld van wat moet veranderen in (de interactie met) de werksituatie - oplossingsgerichte attitude - probleemoplossende vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> - beperkingen in energie of in het cognitief functioneren: <ul style="list-style-type: none"> · concentratie · aandacht · geheugen · overzicht houden · besluitvaardigheid · informatie verwerken · meervoudige/complexen taken uitvoeren · plannen, structureren en prioriteren
Werkomgeving	belangrijke doelen en waarden voor de werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> - bereidheid om met werkende naar voor hem/haar belangrijke doelen te kijken - steun vanuit de werkomgeving voor de werkende - voldoende regelruimte om daadwerkelijke maatregelen te kunnen nemen 	<ul style="list-style-type: none"> - hoge inspanning gepaard met lage beloning⁵ - hoge psychologische taakeisen (tijdsdruk, werktempo, geestelijk inspannend werk) - weinig taakautonomie (controle die een werkende heeft over zijn taken en/of het vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden) - weinig sociale steun van collega's - weinig sociale steun van leidinggevende - onrechtvaardigheid binnen de organisatie en/of binnen de relatie met leidinggevenden - hoge emotionele taakeisen

⁵ Werkkenmerken die een inspanning vereisen zijn: tijdsdruk, fysieke inspanning, taakinterruptions. Werkkenmerken met een belonend karakter hebben betrekking op: financiële beloning, waardering (respect en ondersteuning), baan zekerheid en ontwikkelingsmogelijkheden (promotiekansen, behoud van status).

HULPMIDDELEN

- 2 *Gespreksadviezen met voorbeeldprocesvragen*
- 3 *Lijst Werk Capabilities*

2.3 DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Klachten zijn de gevolgen van het verlies van grip en controle. In diagnostiek en begeleiding ligt het eerste accent op factoren (krachten) die de grip en controle over de situatie kunnen herstellen. Een te groot accent op de klachten kan leiden tot het idee dat eerst de klachten moeten verdwijnen voordat aan oplossingen kan worden gewerkt. Daarom is de aanbeveling om pas bij stagnatie uitgebreidere differentiële diagnostiek uit te voeren. Bovendien wordt het beeld in de loop van de tijd vaak duidelijker. Bij psychische problemen speelt meestal zowel een stressgerelateerde component als een (aan de persoon verbonden) kwetsbaarheidscomponent.

- ▶ Beoordeel of, en zo ja in welke mate, er sprake is van:
 - een **stressgerelateerde component** (de interactie tussen de persoon en de eisen, problemen en gebeurtenissen vanuit de omgeving)
 - aan de persoon verbonden biologische of verworven kwetsbaarheden (de **kwetsbaarheidscomponent**)

- ▶ Classificeer de problematiek in één van de categorieën:
 - stressgerelateerde stoornis (met een sterk accent op de stressgerelateerde component)
 - spanningsklachten
 - overspanning
 - burn-out
 - depressie (met een sterker accent op de kwetsbaarheidscomponent)
 - angststoornis (idem)
 - overige psychiatrie (idem)

Om onderscheid te maken én verbanden te leggen tussen spanningsklachten (distress) en meer specifieke kwetsbaarheden (angstklachten, depressieve klachten en somatisatie) is de 4DKL een geschikt hulpmiddel.

HULPMIDDELEN

- 4 *Criteria voor overspanning en burn-out*
- 5 *Criteria voor depressie en voor angst*
- 6 *4DKL*

2.4 ZIJN ER RISICOSITUATIES?

- ▶ Stel vast of er sprake is van een of meer van de volgende risicosituaties en beoordeel welke invloed er is op het herstelvermogen en of gerichte begeleiding nodig is:
 - somatisatie (zie begrippenlijst, bijlage 2)
 - conflict in de arbeidssituatie
 - ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie, pesten)
 - sterk ingesleten patronen van irrationele cognities of rigide persoonlijkheidskenmerken
 - suïciderisico

HULPMIDDELEN

12 *Aanpak bij risicosituaties*

2.5 MET WELKE WERKHYPOTHESE WORDT DE BEGELEIDING INGEZET?

De proces-, situationele en differentiële diagnose komen samen in de werkhypothese. Deze wordt samen met de werkende opgesteld en ook de visie van de werkomgeving wordt hierin opgenomen. Tevens stelt de bedrijfsarts of verzekeringsarts vast of er sprake is van een beroepsziekte.

- ▶ Stel samen met de werkende de werkhypothese op en betrek hierin de visie van de werkomgeving.
- ▶ Stel vast of er sprake is van een beroepsziekte en meld een beroepsziekte bij het NCvB.

3 INTERVENTIES

De interventies zijn gericht op het doorlopen van de hersteltaken en het versterken van zelfregie en zelfmanagement van de werkende en de werkomgeving.

3.1 WELKE INTERVENTIES KUNNEN BEDRIJFSARTSEN EN VERZEKERINGSARTSEN INZETTEN?

De bedrijfsarts en verzekeringsarts richten hun interventies op de werkende en op de werkomgeving.

Om de begeleiding goed te kunnen vervullen zijn de randvoorwaarden en aanbevelingen nodig, genoemd in hoofdstuk 1 (Procesmatige aanpak):

RANDVOORWAARDEN

- De bedrijfsarts of verzekeringsarts maakt binnen ca. twee weken na de verzuim-melding een eerste taxatie.
- Voor het eerste consult is minimaal 30 minuten beschikbaar.
- Voor de vervolgsconsulten is 25-30 minuten beschikbaar.
- De bedrijfsarts en de verzekeringsarts documenteren alle stappen die in de procesmatige aanpak worden gezet.

AANBEVELINGEN

- ▶ Houd de eerste drie maanden gemiddeld eenmaal per drie weken een vervolgsconsult; daarna eenmaal per vier tot zes weken.
- ▶ Heb de eerste drie maanden minimaal eenmaal per vier tot vijf weken en daarna eenmaal per zeven tot acht weken contact met de werkomgeving/leidinggevende.
- ▶ Beoordeel bij ieder contact in welke fase hij/zij zich bevindt en hoe het vermogen om grip te krijgen en regie te voeren verloopt (bij werkende en werkomgeving).

3.2 INTERVENTIES GERICHT OP DE WERKENDE

De werkende staat centraal in het herstelproces. De bedrijfsarts of verzekeringsarts ondersteunt de werkende met (behandel)interventies. De ondersteuning is gericht op zelfregie en zelfmanagement. Begeleiding met (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies kan stagnatie voorkomen of opheffen. Houd het accent op de toekomst (oplossingen) en niet op het verleden (problemen). Wees bij gunstig beloop/herstel actief met monitoren, maar terughoudend met interventies.

- ▶ Bied de werkende altijd de volgende (eenvoudige cognitief-gedragsmatige) basisinterventies:
 - voorlichting, een rationale, perspectief en positieve heretikettering
 - dagstructurering, planning activiteiten met afwisseling van in- en ontspanning, van verplichte en vrije momenten (waaronder fysieke activiteit, ontspanning[soefeningen] en slaapstructuur)
 - bespreking van belangrijke doelen en waarden in het werk (capability-benadering, zie hulpmiddel 3)
 - praatadviezen

- ▶ Bied de werkende bij stagnatie de volgende (eenvoudige cognitief-gedragsmatige) interventies:
 - pieker-, schrijf- en registratie-opdrachten gericht op inzicht in wat men wil bereiken, mogelijke oplossingen en hulpbronnen

- ▶ Bespreek bij stagnatie samen met werkende en werkomgeving de beschermende en risico-factoren:

BESCHERMENDE FACTOREN	RISICOFACTOREN
<ul style="list-style-type: none">- steun (leidinggevende, collega's)- groeimogelijkheden- autonomie- vertrouwen- samenwerking- zelfeffectiviteit- realisatie van persoonlijke waarden in werk	<ul style="list-style-type: none">- hoge inspanning gepaard met lage beloning⁶- waarden en doelen niet kunnen realiseren- hoge psychologische taakeisen (tijdsdruk, werktempo, geestelijk inspannend werk)- weinig taakautonomie- weinig sociale steun van collega's- weinig sociale steun leidinggevende- onrechtvaardigheid- hoge emotionele taakeisen

Interventies kunnen ondersteund worden door eHealth. Meer informatie over eHealth-programma's: www.huisarts-emh.nl en in de Generieke Module eHealth (www.ggzstandaarden.nl).

HULPMIDDELEN

Schema fasen-takenmodel pag. 12

3 Lijst Werk Capabilities

7 t/m 10 (Cognitief-gedragsmatige) interventies

5 Werkkenmerken die een inspanning vereisen zijn: tijdsdruk, fysieke inspanning, taakinterruptions. Werkkenmerken met een belonend karakter hebben betrekking op: financiële beloning, waardering (respect en ondersteuning), baan zekerheid en ontwikkelingsmogelijkheden (promotiekansen, behoud van status).

3.3 INTERVENTIES GERICHT OP DE WERKOMGEVING

Interventies gericht op de werkomgeving hebben tot doel om de zelfregie en het zelfmanagement van de werkomgeving te vergroten.

- ▶ Geef uitleg en voorlichting aan de werkomgeving over de rol van de werkomgeving in het ondersteunen bij zelfregie, zelfmanagement, probleemoplossend vermogen en het re-integratieproces van de werkende.
- ▶ Leg uit dat de doelen en waarden die betrokkene wil realiseren, belangrijke uitgangspunten zijn.
- ▶ Ondersteun de werkomgeving, bijvoorbeeld in de vorm van driegesprekken, om concrete oplossingsgerichte maatregelen met de werkende te bespreken.
- ▶ Adviseer over preventieve maatregelen op het gebied van werkdruk, taakeisen, taakautonomie en sociale steun, over het versterken van werkgebonden hulpbronnen zoals vertrouwen en samenwerking; maak hierbij gebruik van gegevens op basis van spreekuurcontacten, gegevens uit RI&E, PMO of SMO.
- ▶ Adviseer training of voorlichting aan het management, bijvoorbeeld over de capability-benadering en positieve gezondheid/psychologie in relatie tot duurzame inzetbaarheid.

HULPMIDDELEN

Schema fasen-takenmodel pag. 12

11 Interventies werkomgeving

3.4 INTERVENTIES BIJ ANDERE DAN STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij andere psychische/psychiatrische problematiek zoals depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornissen of problematisch alcoholgebruik, speelt de stressgerelateerde component meestal ook een rol. Bij deze aandoeningen is begeleiding van zowel de stressgerelateerde component volgens deze richtlijn, als de kwetsbaarheidscomponent volgens de richtlijnen voor deze aandoeningen van belang (adequate specialistische behandeling). Verder is samenwerking met de behandelaar noodzakelijk.

STRESSGERELATEERDE COMPONENT STAAT OP DE VOORGROND

- ▶ Begeleiding als hierboven beschreven (§3.2 - §3.3)
- ▶ Monitor maandelijks het klachtenpatroon (met de 4DKL) om tijdig te kunnen signaleren hoe de klachten en dimensies zich ontwikkelen.
- ▶ Overleg met de huisarts:
 - bij twijfel over diagnostiek
 - bij co-morbiditeit
 - als het klachtenpatroon en de lijdensdruk onveranderd blijven of andere dan stressgerelateerde psychische problemen (sterker) op de voorgrond treden

DEPRESSIE, ANGST OF OVERIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN STAAN OP DE VOORGROND

- ▶ Begeleiding voor de stressgerelateerde component als hierboven beschreven (§3.2 - §3.3)
- ▶ Stem af met de huisarts c.q. betrokken behandelaar over rolverdeling, de rol van de stressgerelateerde component en de mogelijkheden van (begeleiding naar en in) werk; verwijs zo nodig naar de richtlijnen voor behandelaars www.ggzrichtlijnen.nl waarin aanbevelingen over participatie/werk/re-integratie zijn opgenomen.
- ▶ Bespreek met de huisarts c.q. betrokken behandelaar steeds ook de belangrijke doelen en waarden die werk voor de werkende heeft.
- ▶ Stimuleer adequate specialistische begeleiding, verwijs zo nodig in overleg met huisarts, werk samen met de behandelaar en evalueer de behandeling.
- ▶ Volg een passende richtlijn (Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, 2016; Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, 2013; Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, 2017). Passende richtlijnen en zorgstandaarden zijn te vinden via www.ggzrichtlijnen.nl.
- ▶ Continueer de begeleiding en blijf de rol van procesbegeleider (hoofdstuk 1) vervullen.

4 EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE

Het belangrijkste aspect van terugvalpreventie is een begeleiding waarbij de werkende de grip en controle opbouwt, zelfregie en zelfmanagement toepast en zich bewust wordt van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren.

4.1 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 vier tot zes weken.

Met de werkomgeving

- In de eerste drie maanden minimaal iedere vier tot vijf weken, of eerder als het effect van een interventie geëvalueerd moet worden.
- Na drie maanden minimaal iedere zeven tot acht weken.

Met de huisarts of met eventuele andere (zorg)professionals

- Bij stagnatie of terugval.
- Bij twijfel over de diagnose.
- Bij verschil van inzicht.

Met andere arboprofessionals

- Als werkgerichte interventies nodig zijn (gericht op de werkende en/of de werkomgeving).

4.2 WAT IS DE INHOUD VAN DE EVALUATIE?

- ▶ Evalueer en beoordeel bij ieder contact met de werkende en de werkomgeving het proces van herstel: dit is de procesevaluatie zoals weergegeven in hoofdstuk 1.
- ▶ Onderneem actie bij stagnatie zoals beschreven in hoofdstuk 2; onderneem ook actie wanneer de werkende en de werkomgeving in verschillende fasen zitten, omdat dit een risico is voor stagnatie.
- ▶ Bekrachtig steeds wat (weer) goed gaat en maak expliciet wat de werkende en werkomgeving geleerd hebben.

HULPMIDDELEN

- 2 *Gespreksadviezen met voorbeeldprocesvragen*
- 3 *Lijst Werk Capabilities*

4.3 SAMENWERKEN EN VERWIJZEN

Voor de samenwerking tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen, POH-GGZ, psychologen en psychiaters is het belangrijk overeenstemming te hebben over behandel-doelen, de gebruikte methodes en elkaars rol. Als voor alle begeleiders en behandelaars zelfregie en zelfmanagement van de werkende en diens doelen centraal staan, werkt dit sterk convergerend en integrerend voor de zorginspanningen. Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig: vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet, gebaseerd op de doelen van de werkende, al voldoende voor een goede afstemming. Vooral bij stagnatie van het herstelproces zijn overleg en afstemming nodig. Voorwaarde voor informatie-uitwisseling is dat de werkende gerichte toestemming geeft.

- ▶ Zorg bij afstemming met behandelaar(s) voor adequate bereikbaarheid, geef relevante informatie over belangrijke werkaspecten en eventuele veranderingen in het beloop; stel gerichte vragen als er twijfel is over de diagnose of het beleid.
- ▶ Stem af als er een verschil van mening bestaat tussen de behandelaars over de diagnose of het beleid.
- ▶ Benoem bij arbeidsconflicten aan de werkende en aan behandelaars dat het conflict op de werkplek opgelost moet worden en geef inzicht in de kenmerken van een conflict; schets het risico van bestendinging van het verzuim als er sprake is van conflictvermijding /niet werken aan een oplossing door de werkende of de werkomgeving.
- ▶ Verwijs naar de huisarts voor parallele begeleiding, wanneer:
 - oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstel vooral in de privésfeer liggen;
 - het verzuim langer duurt dan zes weken.
- ▶ Verwijs naar een psycholoog wanneer:
 - er stagnatie optreedt bij het herstel en de bedrijfsarts of verzekeringsarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen, of als de ingezette interventies geen voortgang geven in het doorlopen van de fasen; informeer de huisarts over de verwijzing.
- ▶ Verwijs naar gespecialiseerde GGZ:
 - bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de psycholoog;
 - bij psychiatrische problematiek waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelmogelijkheden zijn; informeer de huisarts over de verwijzing.
- ▶ Werk samen met en/of verwijs naar andere arboprofessionals (met name A&O-deskundigen) bij interventies gericht op het werk en/of de werkomgeving.

4.4 HOE KAN DE WERKENDE DUURZAAM ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT BEHOUDEN?

Een begeleiding waarin de werkende de grip en controle weer opbouwt, zelfregie en zelfmanagement toepast en zich bewust wordt van belangrijke doelen en waarden in het werk en hoe die te realiseren, is het belangrijkste aspect van terugvalpreventie. In een afsluitend gesprek worden deze 'leermomenten' geëxpliciteerd.

- ▶ Integreer terugvalpreventie vanaf het eerste contact in de begeleiding door middel van het stimuleren van zelfmanagement en het opbouwen van de zelfregie en het probleemoplossend vermogen, waardoor betrokkene effectiever met situaties omgaat.
- ▶ Plan de evaluatiemomenten met de werkende en de werkomgeving zoals beschreven in hoofdstuk 1.
- ▶ Expliciteer aan het einde van de begeleiding in een afsluitend consult bij de werkende en de werkomgeving de volgende punten:

werkende

- *Wat heeft de werkende nodig om voor hem/haar belangrijke doelen in het werk te realiseren en succesvol aan het werk te blijven?*
- *Welke hulpbronnen (persoonlijk en werkgebonden) heeft de werkende?*
- *Wat heeft de werkende geleerd van deze episode?*
- *Welke signalen herkent de werkende als vroege signalen?*
- *Wat doet de werkende als die signalen weer optreden?*

werkomgeving

- *Welke acties onderneemt de werkomgeving om voor de werkende belangrijke doelen in het werk te realiseren en om de werkende succesvol aan het werk te houden?*
- *Welke hulpbronnen/beschermende factoren kunnen in de werkomgeving gerealiseerd worden?*
- *Wat heeft de werkomgeving geleerd van deze episode?*
- *Welke signalen herkent de werkomgeving bij de werkende als vroege signalen?*
- *Wat doet de werkomgeving als die signalen weer optreden? Welke afspraken zijn daarover gemaakt met de werkende?*
- *Welke afspraken zijn er over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de bedrijfsarts?*

4.5 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.
- ▶ Expliciteer in een afsluitend gesprek opnieuw welke doelen en waarden voor de werkende belangrijk zijn in het werk en hoe de werkende die wil realiseren.
- ▶ Wanneer er geen sprake is van (volledig) herstel binnen twee jaar na de ziekmelding, beoordelen verzekeringsartsen:

- wat de werkende (nog) wel kan;
- wat de gezonde en sterke kanten en kwaliteiten van de werkende zijn;
- herstelgedrag / zelfregie en zelfmanagement werkende;
- bevorderende en belemmerende factoren voor herstel en werkhervatting in het werk (werkgebonden factoren) en bij de werkende (persoonsgebonden factoren).

Bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek wordt contact geadviseerd tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts om de eigen bevindingen toe te lichten of te verduidelijken. Dit is in het belang van goede zorg voor de werkende met psychische problemen.

4.6 HOE WORDT DE WERKOMGEVING ONDERSTEUND BIJ HET REALISEREN VAN DUURZAME INZETBAARHEID?

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, de RI&E of andere informatie(bronnen) blijkt dat er in de organisatie van het werk, de taakstructuur, de stijl van leidinggeven of de communicatie structurele risicofactoren zijn voor werkenden.

- ▶ Adviseer organisatie- en/of werkplekonderzoek als er aanwijzingen zijn voor structurele risicofactoren.
- ▶ Adviseer werkplekonderzoek, RI&E of PMO als er aanwijzingen zijn voor problematiek die door meerdere werkenden wordt ervaren.
- ▶ Adviseer maatregelen om de risicofactoren te verminderen/weg te nemen en hulpbronnen te versterken.

RICHTLIJN
PSYCHISCHE PROBLEMEN

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

TOELICHTING OP HET PROCES EN DE DOELGROEPEN VAN DE RICHTLIJN

DOELGROEP EN FINANCIERING

De richtlijn 'Psychische problemen' is ontwikkeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met als doel behoud van en terugkeer naar werk door mensen met psychische problemen. Deze versie is een herziening van de NVAB-richtlijn die in 2007 werd gepubliceerd (en een herziening was van de eerste versie van 2000). De herziening van de richtlijn kon door de NVAB worden gerealiseerd in het kader van een door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) gefinancierd en bij TNO geplaatst onderzoeksprogramma. Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

AANLEIDING EN UITGANGSPUNTEN VOOR GEDEELTELIJKE HERZIENING VAN DE RICHTLIJN UIT 2007

Uit de rapportage van de NVAB (Verhoeven et al., 2015) over de herziening van NVAB-richtlijnen en verzekerings-geneeskundige (VG-)protocollen kwam naar voren dat de NVAB-richtlijn Psychische Problemen toe is aan een herziening in verband met het beschikbaar komen van nieuwe evidence. Verder was de aanbeveling om aparte richtlijnen te ontwikkelen voor depressie en angststoornissen. De richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (Bastiaanssen et al., 2016) was hierin een eerste stap. Daarnaast is in 2017 gestart met een richtlijn over Arbeidsconflicten (publicatie: najaar 2018).

DOELGROEPEN

Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere professionals op het gebied van arbeid en gezondheid

De aanbevelingen in de richtlijn zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en voor verzekeringsartsen die verzuim-begeleiding uitvoeren. Daarnaast kunnen de aanbevelingen ook worden geraadpleegd door andere adviseurs op het gebied van arbeid en gezondheid zoals arbeids- en organisatiedeskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arboverpleegkundigen, psychologen, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen betrokken bij de WIA-beoordelingen.

Werkenden met overspanning of burn-out

De beschreven begeleiding/zorg in deze richtlijn is gericht op werkenden met overspanning of burn-out. De in deze richtlijn beschreven methodiek helpt de werkende met overspanning of burn-out om zelfregie en zelfmanagement bij het herstel(proces) op te bouwen en de terugkeer naar werk en duurzame inzetbaarheid actief te beïnvloeden.

Directe werkomgeving van de werkende

De beschreven begeleiding/zorg in deze richtlijn is ook gericht op de werkomgeving van werkenden met overspanning of burn-out en de interactie tussen de werkende en de werkomgeving. Met de aanpak uit deze richtlijn kunnen de werkende en de werkomgeving zelfregie en zelfmanagement bij het herstel(proces) opbouwen en de terugkeer naar werk en duurzame inzetbaarheid actief beïnvloeden.

Management van organisaties

De beschreven advisering richt zich ook op het management van organisaties waar mogelijk sprake is van risicovolle factoren voor (het ontwikkelen van) klachten van werkenden met overspanning of burn-out.

ORGANISATIE VAN ZORG

De organisatie van de zorg voor mensen met psychische problemen komt in deze richtlijn niet aan de orde. Zie daarvoor de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen inclusief overspanning en burn-out, en de Generieke modules over psychische problemen via www.ggzstandaarden.nl (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017a).

VOORWAARDEN VOOR UITVOERING VAN DE RICHTLIJN

Van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die werken met deze richtlijn wordt verwacht dat zij:

- ervoor zorgen dat zij de randvoorwaarden en aanbevelingen voor de planning van het eerste consult, de vervolggconsulten en de contacten met de werkomgeving volgen. Dat wil zeggen een eerste contact binnen twee weken, de eerste drie maanden eenmaal per drie weken een vervolggconsult met de werkende en daarna eenmaal per vier tot zes weken. Voor de contacten met de werkomgeving geldt: de eerste drie maanden eenmaal per vier tot vijf weken, en daarna eenmaal per zeven tot acht weken;
- mensen met psychische problemen begeleiden zodat zij kunnen blijven functioneren of kunnen re-integreren;
- gezamenlijke besluitvorming tot stand kunnen brengen en op basis daarvan kunnen adviseren over interventies gericht op werkhervatting;
- werkgevers adviseren bij het opstellen en uitvoeren van beleid om werkenden met psychische problemen in staat te stellen hun werk te behouden.

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).

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 vijf jaar. De NVAB is verantwoordelijk voor een actualiseringstraject.

BIJLAGE 2

BEGRIPPEN

BEDRIJFSARTS

In de dagelijkse praktijk werkt de **bedrijfsarts** veelvuldig samen met andere functionarissen bij het adviseren van werkgever en werknemer op het gebied van preventie, verzuim(begeleiding) en re-integratie. De bedrijfsarts kan taken delegeren. De NVAB heeft hiervoor kaders opgesteld in het **Standpunt taakdelegatie** (november 2018). Relevant voor delegatie is de bekwaamheid van degene aan wie wordt gedelegeerd. De soort taak (medisch of niet-medisch) en de specifieke voorwaarden bepalen of en aan wie de bedrijfsarts de taak kan overdragen. Delegeren is dan ook maatwerk, waarbij juridische en privacyregels gelden. Bij begeleiding van werkenden met overspanning of burn-out kan de bedrijfsarts taken delegeren aan onder andere praktijkondersteuners, case-managers, bedrijfsmaatschappelijk werkers of arboverpleegkundigen. De bedrijfsarts blijft volgens de juridische eisen (wet BIG en rechtspraak) eindverantwoordelijk en draagt zorg voor toezicht, verleent expliciet opdracht aan gedelegeerde en draagt zorg voor aanwijzingen aan de gedelegeerde. Ook moeten de bedrijfsarts en de gedelegeerde de werkende informeren over de taakdelegatie, zodat duidelijk is wat de functie en taak van de gedelegeerde zijn.

HULPBRONNEN

Onder **hulpbronnen** verstaan we in deze richtlijn zowel hulpbronnen binnen de (werk)omgeving als binnen de persoon. In de capability-benadering worden hulpbronnen onderscheiden van ‘conversie-’ of ‘omzettings-’ factoren. Die laatste zijn situatie-afhankelijke factoren die bepalen of hulpbronnen kunnen worden omgezet in voor de werkende realiseerbare mogelijkheden. Op organisatieniveau zijn hulpbronnen bijvoorbeeld de vastgelegde taakstructuur of arbeidsvoorwaarden; omzettingfactoren zijn bijvoorbeeld de stijl van leidinggeven of de cultuur binnen het bedrijf. Op persoonlijk niveau worden karaktereigenschappen meestal als hulpbronnen beschouwd, terwijl coping, de manier waarop men met een specifieke situatie omgaat, een omzettingfactor is. In deze richtlijn wordt het begrip hulpbronnen verstaan als in de capability-benadering. Conversie- of omzettingfactoren worden met de gebruikelijkere termen ‘bevorderende en belemmerende factoren’ aangeduid.

STAGNATIE

De werkende kan de procesfasen en de daarbij behorende hersteltaken niet afronden volgens de tijdlijn van het fasen-takenmodel. De tijdlijn is een hulpmiddel om stagnatie te signaleren.

SOMATISATIE

Somatisatie 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 hun lichamelijke klachten op de voorgrond plaatsen en daarmee de psychosociale problematiek niet oplossen.

VERZEKERINGSARTS

De **verzekeringsarts** die verzuimbegeleiding uitvoert, volgt de handelwijze van deze richtlijn. Dit geldt zowel voor verzekeringsartsen in de publieke sector (UWV) als in de private sector. Voor verzekeringsartsen die bij het UWV de WIA-aanvraag doen, biedt de richtlijn een kader om de begeleiding te evalueren.

ZELFREGIE

Onder **zelfregie** verstaan we in deze richtlijn het vermogen om zelf en zelfstandig de eigen belangen en doelen af te wegen, beslissingen te nemen en in lijn daarmee te handelen. De persoon met zelfregie is in staat mogelijkheden die zich voordoen in de omgeving af te wegen en te benutten. Het begrip is verwant aan het begrip 'opportunity freedom' uit de capability-benadering.

ZELFMANAGEMENT

Onder **zelfmanagement** verstaan we een breder begrip waarbij ook regie wordt genomen over de omgeving. Is bij zelfregie het zelf zowel subject als object, bij zelfmanagement is het zelf subject maar is de omgeving het object. Het gaat dus een stap verder: de persoon met zelfmanagement kan niet alleen mogelijkheden benutten, maar ook – vaak in samenspraak met anderen – mogelijkheden creëren. Het begrip is verwant met het begrip 'process freedom' uit de capability-benadering.

BIJLAGE 3

PERFORMANCE INDICATOREN

'Handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen bij werkenden met psychische problemen.'

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 Procesmatige aanpak

ER IS:

- a een eerste spreekuurcontact binnen 2 weken na de ziekmelding;
- b geïnventariseerd in welke fase de werkende en de werkomgeving zitten;
- c geïnventariseerd hoe lang werkende en werkomgeving in deze fase zitten;
- d geïnventariseerd welke hersteltaken zijn of worden uitgevoerd;
- e vastgesteld of werkende en werkomgeving dit (herstel)proces van probleemoplossing/herstel adequaat doorlopen of dat er sprake is van stagnatie;
- f vastgesteld welke vervolgacties nodig zijn om het herstelproces van werkende en/of werkomgeving te bevorderen.

2 Oriëntatie op situatie en diagnose

ER IS:

- a vastgesteld of de werkende voldoet aan de criteria voor de begeleiding volgens deze richtlijn;
- b geïnventariseerd (globaal bij een adequaat herstelproces, uitgebreid bij stagnatie):
 - wat de doelen en waarden zijn van werkende en werkomgeving
 - wat er goed gaat
 - wat er al is gedaan
 - of er sprake is van succesvol oplossingsgericht gedrag
 - wat de werkende en de werkomgeving nodig hebben
- c **bij stagnatie** geïnventariseerd:
 - bevorderende en belemmerende factoren in relatie tot (werk)functioneren
 - oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren
 - oplossingsrichtingen voor herstel
- d beoordeeld of er sprake is van:
 - een stress-gerelateerde component
 - een kwetsbaarheidscomponent
- e geclassificeerd in één van de volgende categorieën:
 - stress-gerelateerde stoornis (met een sterk accent op de stress-gerelateerde component)
 - spanningsklachten
 - overspanning
 - burn-out
 - depressie (met een sterker accent op de kwetsbaarheidscomponent)
 - angststoornis (met een sterker accent op de kwetsbaarheidscomponent)
 - overige psychiatrie (met een sterker accent op de kwetsbaarheidscomponent)
- f vastgesteld of er sprake is van een risicosituatie;
 - zo ja, of er nadere begeleiding nodig is
- g een werkhypothese opgesteld;
- h bij beroepsziekte een melding gedaan bij het NCvB.

3 Interventies

ER IS/ZIJN:

- a aan de werkende basisinterventies aangeboden;
- b als er sprake is van stagnatie aan de werkende fase-specifieke interventies aangeboden;
- c als er sprake is van stagnatie met de werkende en de werkomgeving beschermende factoren en risicofactoren besproken;
- d met de werkomgeving interventies besproken gericht op vergroten zelfmanagement en zelfregie van de werkomgeving;
- e bij andere psychische problemen:
 - begeleiding volgens deze richtlijn aangeboden voor de stress-gerelateerde component
 - maandelijks gemonitord hoe het beloop van de klachten is (4DKL)
 - met de huisarts afgestemd
 - adequate behandeling gerealiseerd

4 Evaluatie en terugvalpreventie

ER IS/ZIJN:

- a vervolgconsulten geweest met de werkende:
 - de eerste drie maanden iedere 3 weken
 - daarna iedere 4-6 weken
- b contacten geweest met de werkomgeving:
 - de eerste drie maanden iedere 4-5 weken
 - daarna iedere 7-8 weken
- c contacten geweest met de huisarts of met eventuele andere (zorg)professionals:
 - bij stagnatie of terugval
 - bij twijfel over de diagnose
 - bij verschil van inzicht
- d contacten geweest met andere arbo-professionals:
 - omdat werkgerichte interventies nodig waren (gericht op de werkende en/of de werkomgeving)
- e samengewerkt en/of verwezen naar (zorg)professionals bij stagnatie van herstel;
- f in de begeleiding zelfmanagement, zelfregie en probleemoplossend vermogen bij werkende en werkomgeving gestimuleerd;
- g bij het einde van de begeleiding geëxpliciteerd (bij werkende en werkomgeving):
 - wat er nodig is om doelen en waarden te realiseren
 - welke hulpbronnen er zijn
 - wat er geleerd is
 - wat (vroeg) signalen zijn
 - wat te doen bij deze signalen
 - hoe de toegankelijkheid van de bedrijfsarts geregeld is
 - welke preventieve maatregelen geadviseerd zijn voor (structurele) risicofactoren

HULPMIDDEL 1

OPLOSSINGSGERICHTE EN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

OPLOSSINGSGERICHTE GESPREKSVOERING

Deze gespreksvoering richt zich niet zozeer op de problemen als wel op het oplossen hiervan. Er wordt via een positieve benadering gewerkt aan de oplossing. De werkende wordt aangemoedigd om zich te concentreren op de denkbeeldige situatie dat het probleem is opgelost. De focus ligt op het heden en de toekomst. De oplossingen waarmee de werkende vervolgens komt, passen in het referentiekader van die werkende. De aandacht ligt niet op het probleem of de klacht van de werkende, maar op de sterke kanten van de werkende. De werkende is de expert. De bedrijfsarts of verzekeringsarts nodigt de werkende uit zijn of haar doel te formuleren en uitzonderingen op het probleem te vinden: situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel te verwachten is. Dit geeft vaak aanknopingspunten voor een oplossing. De bedrijfsarts of verzekeringsarts helpt de werkende om voort te bouwen op zijn of haar sterke kanten.

(Bewerking van tekst uit Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, 2017,

www.ggzstandaarden.nl)

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

De uitgangspunten van Motiverende Gespreksvoering

Motiverende Gespreksvoering kent een viertal uitgangspunten. Deze zijn: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken. De professional werkt vanuit deze vier uitgangspunten; het werkt niet als een truc, maar alleen als de professional er intrinsiek van overtuigd is dat deze elementen essentieel zijn.

Partnerschap: vanuit werkelijke gelijkwaardigheid werken de bedrijfsarts of verzekeringsarts en de werkende met elkaar samen. Hun expertises verschillen, maar allen zijn expert en hebben elkaar nodig. De werkende is expert in zichzelf en zijn dagelijks leven. De bedrijfsarts of verzekeringsarts is expert in zijn of haar specifieke vakgebied en vertrouwt op de 'andere' expertise van de werkende. Door samen te werken komen de expertises bij elkaar en ontstaat meerwaarde.

Acceptatie: met een accepterende houding probeert de bedrijfsarts of verzekeringsarts de autonomie van de werkende op volledige sterkte te laten functioneren. Is de autonomie (tijdelijk) verminderd, dan zet de bedrijfsarts of verzekeringsarts alles in het werk om de werkende zijn of haar mogelijkheden volledig te laten aanspreken binnen de grenzen van het mogelijke. De werkende is uiteindelijk degene die beslist.

Compassie: de bedrijfsarts of verzekeringsarts doet alles om de belangen en het welzijn van de cliënt zo goed mogelijk te dienen. Het veranderproces is erop gericht het welzijn en de gezondheid van de werkende te vergroten.

Ontlokken: de bedrijfsarts of verzekeringsarts probeert doelgericht gedachten en gevoelens van de werkende te onderzoeken en te begrijpen om zo samen met de werkende zijn of haar intrinsieke motivatie (doelen, wensen, verwachtingen en beweegredenen) te ontdekken en te versterken.

TECHNIEKEN/VAARDIGHEDEN VAN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Motiverende Gespreksvoering kent vijf basisvaardigheden:

- Open vragen stellen
- Reflectief luisteren
- Bevestigen
- Samenvatten
- Informatie en advies geven met toestemming

Deze basisvaardigheden laten zich samenvoegen onder het acroniem ORBSI. Op het oog zijn dit heel gebruikelijke vaardigheden. Iedereen past deze vrijwel allemaal dagelijks toe in gesprekken met cliënten. Hieronder volgt een korte toelichting op deze vaardigheden.

Open vragen stellen

Het stellen van open vragen nodigt de werkende uit te exploreren. Hij of zij krijgt ruimte en vertrouwen doordat hij of zij de mogelijkheid heeft de inhoud van het gesprek mede te bepalen. Op zoek naar de intrinsieke motieven van de werkende zijn open vragen nuttig omdat ze de werkende stimuleren zijn of haar intrinsieke motivatie te onderzoeken en onder woorden te brengen. Ook kan de bedrijfsarts of verzekeringsarts, als hij of zij dat wil, het thema van het gesprek beïnvloeden, bijvoorbeeld met de volgende vraag: 'Welke voordelen kan deze verandering je opleveren, denk je?'

Reflectief luisteren

Het reflectief luisteren is een vaardigheid die empathie veronderstelt. Hierdoor is de bedrijfsarts of verzekeringsarts in staat om te benoemen wat de werkende bedoelt te zeggen of met non-verbaal gedrag tot uitdrukking brengt. De bedrijfsarts of verzekeringsarts blijft zo dichtbij hetgeen de werkende expliciet zegt of uitdrukt. Daarnaast kan de bedrijfsarts of verzekeringsarts ook juist een reflectie geven die verder van de uitspraak van de werkende af ligt. Hierbij wordt meer de impliciete bedoeling van de uitspraak of uitdrukking van de werkende gereflecteerd of wordt in de reflectie zelfs de uitspraak van de werkende min of meer 'versterkt'. De reflectie heeft tot doel de werkende terug te geven wat hij of zij zegt of bedoelt en laat bovendien blijken dat de bedrijfsarts of verzekeringsarts heeft geluisterd en de ander probeert te begrijpen.

Bevestigen

Benoemen wat er goed gaat en wat er lukt speelt een belangrijke rol in het veranderproces. Veel werkenden (maar ook bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) zijn geneigd te kijken naar wat er niet goed gaat en hier aandacht aan te geven. Gevolg is mogelijk dat de werkende geneigd is te denken dat hij of zij niet zal slagen. Juist door zaken te benoemen die helpend zijn voor de verandering of die al zijn gerealiseerd (hoe klein ook), verandert de 'mindset' van de werkende in een veranderingsgezinde richting. Ook verandertaal zal hierdoor eerder ontstaan.

Samenvatten

Door aspecten van het gesprek samen te vatten laat de bedrijfsarts of verzekeringsarts blijken dat hij of zij geluisterd heeft. Door specifieke elementen wel en andere juist niet samen te vatten biedt het bovendien de mogelijkheid het gesprek te structureren en te sturen op een manier die past bij de fase van het gesprek.

Informatie en advies geven met toestemming

Ook in motiverende gespreksvoering is het van belang dat de cliënt goed is geïnformeerd. Informeren wordt echter niet als eenrichtingsverkeer beschouwd maar als een interactie. Deze wordt bereikt door informatie altijd vooraf te laten gaan door het vragen om toestemming om de informatie te geven. Vervolgens wordt gezocht naar wat de cliënt er al vanaf weet (als dat nog niet duidelijk is) en wordt informatie 'op maat' aangeboden. Tenslotte wordt de cliënt gevraagd wat hij of zij van de aangeboden informatie vindt en wat het voor hem of haar betekent.

VERANDERTAAL

Veranderen geeft conflict tussen dingen die mensen belangrijk vinden. Dit uit zich in de uitspraken die mensen hierover doen. Uitspraken waarmee de werkende zichzelf motieven geeft ten gunste van de verandering worden 'verandertaal' genoemd. Dit taalgebruik van de werkende geeft aan in hoeverre hij of zij gemotiveerd is om te veranderen. Er worden vier categorieën beschreven:

- redenen
- wensen
- mogelijkheden
- noodzaak

Naarmate de werkende meer uitspraken doet waarin verandertaal is te herkennen geeft de werkende zichzelf meer argumenten om daadwerkelijk te veranderen. De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan dergelijke uitspraken op gewenste momenten in het gesprek ontlocken en versterken waardoor de intrinsieke motivatie van de werkende nog duidelijker naar voren komt. Uitspraken uit de mond van de bedrijfsarts of verzekeringsarts hebben dit effect niet. Hoe meer verandertaal de werkende gebruikt hoe duidelijk het voor hem of haar is dat hij of zij werkelijk aan verandering toe is en de ambivalentie ten opzichte van de verandering afneemt.

(Bewerking van tekst op: <https://www.motiverende-gespreksvoering-nederland.nl/motivational-interviewing/wat-is-motiverende-gespreksvoering/>)

HULPMIDDEL 2

GESPREKSADVIEZEN VOOR BEDRIJFSARTSEN EN VERZEKERINGSARTSEN IN DE ROL VAN PROCESBEGELEIDER

Jac van der Klink en Frans Vlek, 2018

De gespreksvoering als procesbegeleider kent twee aspecten:

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

GESPREKSTIPS BIJ MONITORING: PROCESVRAGEN

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

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

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

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

Voorbeelden fase-specifieke procesvragen

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

GESPREKSTIPS BIJ HET VERSTERKEN VAN ZELFREGIE EN ZELFMANAGEMENT

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

GEEN STAGNATIE – ONGECompliceerd BeLoop

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

STAP 1: ORIËNTATIE OP DE SITUATIE (met voorbeeldvragen)

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

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

STAP 2: DIAGNOSTIEK (toekomstgericht) (met voorbeeldvragen)

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

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

STAP 3: INTERVENTIES

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

STAP 4: EVALUATIE EN TERUGVALPREVENTIE (met voorbeeldvragen)

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

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

WEL STAGNATIE – GECOMPLICEERD BELOOP

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

STAP 1: ORIËNTATIE OP DE SITUATIE (met voorbeeldvragen)

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

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

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

STAP 2: DIAGNOSTIEK (toekomstgericht) (met voorbeeldvragen)

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

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

STAP 3: INTERVENTIES

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

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

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

HULPMIDDEL 3

LIJST WERK CAPABILITIES

Toelichting Lijst Werk Capabilities⁷

Jac van der Klink, 2018

Waarom weer een andere vragenlijst?

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

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

De vragenlijst betreft de waarden:

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

Het instrument bevraagt en scoort ieder item met een drieslag:

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

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

DE LIJST WERK CAPABILITIES

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

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

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

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

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

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

CC 6

Een goed inkomen verdienen

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

CC 7

Een bijdrage leveren aan het creëren van iets waardevols

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

SCOREN, INTERPRETATIE EN TOEPASSING OP INDIVIDUEEL NIVEAU MET VOORBEELDVRAGEN

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

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

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

Capability scoring

De scores op A, B en C worden gedichotomiseerd:

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

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

Discrepantie scoring

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

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

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

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

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

Toepassing op individueel niveau met voorbeeldvragen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HULPMIDDEL 4

CRITERIA VOOR OVERSPANNING EN BURN-OUT

OVERSPANNING

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

- A Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
- moeheid
 - gestoorde of onrustige slaap
 - prikkelbaarheid
 - niet tegen drukte/herrie kunnen
 - emotionele labiliteit
 - piekeren
 - zich gejaagd voelen
 - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- B Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
- C Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- D Distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

BURN-OUT

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

- E Er is sprake van overspanning.
- F De klachten zijn meer dan zes maanden geleden begonnen.
- G Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

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

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

HULPMIDDEL 5

CRITERIA VOOR DEPRESSIE EN ANGST

DEPRESSIE

- 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:
- 1 gewichtsverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname)
 - 2 slapeloosheid of overmatig slapen
 - 3 agitatie of remming
 - 4 moeheid of verlies van energie
 - 5 gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
 - 6 besluiteloosheid of concentratieproblemen
 - 7 terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging

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 drie maanden bestaand
- 2 depressieve episode, licht, eerste episode langer dan maanden bestaand of recidief
- 3 depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode
- 4 depressieve episode, (matig) ernstig, recidief

NB.

In 2013 en 2014 is de DSM-5 geïntroduceerd in de gezondheidszorg in Nederland. De implementatie van de DSM-5 vond landelijk in 2017 plaats. Het beschikbare onderzoek is nu nog gebaseerd op de DSM-IV-methodiek. Volgens een artikel van Spijker en Caes in het Tijdschrift voor Psychiatrie (56 (2014) 3, 173-176) zullen de veranderingen in de DSM-5 (ten opzichte van DSM-IV) waarschijnlijk niet tot grote verschuivingen in de behandelpraktijk van mensen met depressieve klachten leiden. De criteria voor een depressieve stoornis in de DSM-IV en -5 zijn vrijwel hetzelfde gebleven. Alleen het rouwcriterium, dat in de DSM-IV een exclusiecriterium was, is in de DSM-5 verdwenen. In de DSM-5 is er een opmerking toegevoegd over aanzienlijk verlies. Bij aanzienlijk verlies (bijvoorbeeld door het overlijden van een dierbare, financiële ondergang, verliezen door een natuurramp, een ernstige somatische aandoening of beperking) kunnen er zich reacties voordoen zoals gevoelens van intens verdriet, rumineren over het verlies, insomnia, verminderde eetlust en gewichtsverlies, die kunnen lijken op een depressieve episode. In zo'n geval moet er overwogen worden 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. Deze overweging vraagt om een klinisch oordeel. In de DSM-5 is de term "dysthyme stoornis" uit de DSM-IV vervangen door de term "persisterende depressieve stoornis". De criteria voor deze stoornis zijn niet veranderd. Bron: Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, NVAB, NVVG en GAV, 2016.

ANGST

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidend lichamelijke klachten een rol spelen. Ze zijn vaak gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociale contacten, gezondheid), maar kunnen ook spontaan ontstaan. Angstklachten kunnen hinderlijk zijn, zorgen geven (bijvoorbeeld over de lichamelijke gezondheid) en gepaard gaan met sociaal disfunctioneren en overmatige medische consumptie. Het hebben van angstklachten maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter. Angstklachten gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden.

Het verschil met een **angststoornis** betreft de ernst van de symptomen. De overgang van angstklachten naar een angststoornis heeft geen exact afkappunt; er is sprake van een continuüm. Angstklachten worden ook wel subsyndromale/subklinische angststoornissen genoemd.

Een angststoornis is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen met pathologische angst waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en/of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Pathologische angst kan bij veel andere psychische aandoeningen voorkomen, maar wanneer angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis.

Angststoornissen staan in de top 10 van ziekten met de grootste ziektelast. Mensen met een angststoornis ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben over het algemeen meer moeite met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en een slechtere kwaliteit van leven vergeleken met de algehele bevolking.

Te onderscheiden angststoornissen

- paniekstoornis: recidiverende paniekaanvallen, met tussendoor angst een nieuwe paniekaanval te krijgen;
- agorafobie: angst voor en vermindering van situaties waaruit men denkt moeilijk te kunnen ontkomen of waarin men moeilijk hulp zou kunnen krijgen als zich een paniekaanval voordoet;
- specifieke fobie: hevige, aanhoudende angst voor en vermindering van specifiek object of specifieke situatie;
- sociale-angststoornis (sociale fobie): hevige, aanhoudende angst voor en vermindering van situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische blik van anderen. De sociale angststoornis wordt onderverdeeld in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie zoals podiumvrees en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt;
- gegeneraliseerde-angststoornis: buitensporige, aanhoudende angst of bezorgdheid over een verscheidenheid aan dagelijkse onderwerpen die gepaard gaat met symptomen als piekeren, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapproblemen;
- scheidingsangst of separatie-angststoornis: niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is;
- obsessieve-compulsieve stoornis (OCS): terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsie).

Bron: Zorgstandaard angstklachten en angststoornissen, Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017
www.ggzstandaarden.nl

HULPMIDDEL 6

4DKL

De 4DKL is een vragenlijst ontwikkeld door Berend Terluin in de huisartsenpraktijk (Terluin, 1996) en gratis verkrijgbaar voor niet commerciële doeleinden via www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

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

De uitkomsten zijn als volgt te interpreteren:

- bij alleen spanningsklachten: hoge score op distress en lage op depressie en angst;
 - bij angst- of depressieve klachten: hoge score op distress en op angst respectievelijk depressie. Hoe hoger de score op distress, hoe groter het subjectief lijden en hoe groter de kans op sociaal disfunctioneren.
- Bij somatisatie/fysieke spanningsklachten is er een hoge score op somatisatie en meestal ook op distress.
 - De Distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).
 - De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities.
 - De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst.
 - De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten.

In een cross-sectioneel onderzoek met gegevens uit 10 eerstelijnsonderzoeken is de criterium- en constructvaliditeit van de 4DKL onderzocht.

Criteriumvaliditeit: de distress-schaal was geassocieerd met psychosociale problemen (Area Under the Curve (AUC) = 0,79), de depressieschaal met een depressie (AUC 0,83), de angstschaal met een angststoornis (AUC = 0,66) en de somatisatieschaal met de verdenking van een huisarts op somatisatie (AUC 0,65).

Constructvaliditeit: de schalen hadden onderlinge correlaties van 0,35 tot 0,71. 30 tot 40% van de variantie van elke schaal was uniek voor deze schaal. De factoranalyse bevestigde de 4-factorenstructuur met een *comparative fit index* van 0,92 ($\geq 0,90$ = adequaat). Stressmaten (bijvoorbeeld life events, psychosociale problemen en werkstress) waren voornamelijk geassocieerd met de Distress-schaal [Terluin 2006].

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

HULPMIDDEL 7

BASISINTERVENTIES

Hieronder worden een aantal eerstelijns interventies beschreven die goed zijn uit te voeren door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.⁸ De interventies zijn gericht op de individuele werkende en komen grotendeels uit de cognitief gedragsmatige en directieve therapie. Deze richtingen gaan uit van actieve advisering en het betrekken van de omgeving. Daarom sluiten ze goed aan bij een activerende opstelling en functioneringsgerichte begeleiding. Ze kunnen het herstellervermogen krachtig beïnvloeden en blijken effectief (Van der Klink e.a., 2003).

7A VOORLICHTING GEVEN: UITLEG OVER STRESS, OVERSPANNING, BURN-OUT EN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij iedere werkende met overspanning en burn-out starten de bedrijfsarts en verzekeringsarts met de basisinterventies. Deze winnen aan kracht als ze in de loop van de begeleiding herhaald worden. Inzicht in wat er is gebeurd is de basis voor het verdere herstelproces: je moet begrijpen wat er aan de hand is voordat je de situatie kunt accepteren en ermee om kunt gaan.

De werkende zoekt, vanuit de behoefte aan houvast, in de eerste fase een verklaring voor de eigen toestand. Dat betekent dat hij/zij ontvankelijk is voor een goede uitleg.

Leg uit dat overspanning het gevolg is van overbelasting door stressgevend omstandigheden of gebeurtenissen; vaak in een omgeving waar mensen voor hen belangrijke doelen of waarden niet (meer) kunnen realiseren. Bij overspanning is de betrokkene niet meer in staat de stress te hanteren met als gevolg controleverlies en onvermogen om normaal te functioneren. Het ontstaan van overspanning kan uitgelegd worden aan de hand van diverse modellen en metaforen (zie 7.b).

Bespreek dat lichamelijke klachten het gevolg kunnen zijn van een reactie op stressoren.

Leg uit dat overspanning regelmatig voorkomt en doorgaans van voorbijgaande aard is.

Het volledige herstelproces bij overspanning duurt vaak enkele maanden en kan worden ingedeeld in een crisisfase, een oplossingsfase en een toepassingsfase. In de eerste periode na uitval is men vaak ontregeld en is het belangrijk om te werken aan rust, herstel en ontspanning en te komen tot acceptatie. De crisisfase duurt meestal enkele weken. Als de werkende voldoende hersteld is, kunnen de oorzaken en de beschermende factoren in kaart worden gebracht en kan er nagedacht worden over oplossingen. Daarna kan worden gewerkt aan het weer oppakken van sociale rollen en herstel van functioneren. Maak de weg naar herstel zo concreet mogelijk: schets het doel en de tussenstappen en leg deze vast in een begeleidingsplan. Dit zorgt voor een gevoel van beheersbaarheid bij de werkende. Gebruik hierbij het fasen-taken-model. Dit geeft een structuur waarin per fase de 'taken' die de werkende moet vervullen, worden geëxpliciteerd. In de loop van de begeleiding kan dit steeds verder worden geconcretiseerd.

Pas de uitleg aan aan de werkende. Bij sommige mensen is het beter de uitleg kort en bondig te geven. Check of de uitleg is begrepen.

Belangrijk is dat de werkende een verklaring heeft of krijgt in de vorm van een rationale en een (eventueel voorlopige of meest waarschijnlijke) diagnose, weet wat dat inhoudt, hoe het meestal ontstaat, welke klachten daarbij kunnen horen en hoe het herstel eruitziet, gepaard aan een perspectief: een weg hoe eruit te komen.

Het is bijna altijd aan te raden de mondelinge informatie te ondersteunen met schriftelijk en beeldmateriaal dat de werkende thuis nog eens rustig kan nalezen en bekijken (bijvoorbeeld op Thuisarts.nl; hierop staat informatie over overspanning en burn-out gebaseerd op deze richtlijn).

8 Taakdelegatie is mogelijk. De randvoorwaarden staan beschreven in [bijlage 2 \(Begrippen\)](#).

7B RATIONALE

Een rationale is een acceptabele verklaring voor de toestand waarin de werkende 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 diverse metaforen/modellen, zoals:

- de accu

Mensen komen zelf vaak met de metafoor: 'de accu is leeg'. Men kan daarop inhaken en er een activerende en oplossingsgerichte metafoor van maken door te vragen: als de accu van uw auto leeg is wat doet u dan? Vrijwel iedereen kan daarop het antwoord geven dat je bij een klassieke fossielebrandstof-motor eerst die motor moet starten door via kabels wat energie vanuit een andere accu te krijgen en dat je vervolgens een stuk moet rijden om de accu weer op te laden. In die metafoor kan de arts de cliënt laten nadenken hoe zij/hij de 'opstart'-energie kan mobiliseren en welke activiteiten vervolgens geschikt zijn de accu 'al rijdend' weer op te laden.

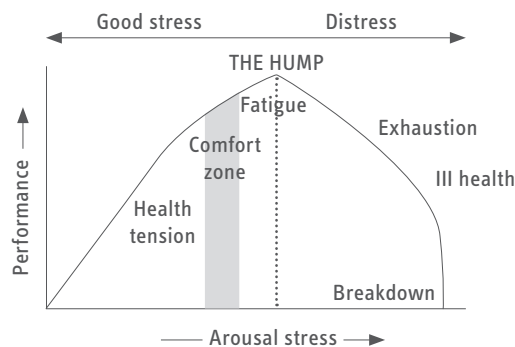
Bij een elektrische auto geldt een iets andere metafoor en moet men de vragen daarop aanpassen.

Bijvoorbeeld: 'Waar staan uw oplaadpalen? Hoe bepaalt u uw actieradius als u de accu niet helemaal vol krijgt? Hoe plant u uw route zodat u niet ergens stil komt te staan? En wie is er verantwoordelijk voor de (aanwezigheid van) oplaadpalen?

- Human function curve

De curve van het menselijk functioneren [Nixon, 1976] beschrijft het prestatievermogen als functie van de belasting (stress) die men ondervindt. Het linkerdeel van de curve laat zien dat, wanneer mensen zwaarder worden belast, de prestatie navenant toeneemt. Maar er is een grens aan wat mensen aan kunnen. In de buurt van de top van de curve ontstaan spanningsklachten (distress), waaronder moeheid, als signaal om het rustiger aan te doen. Neemt de belasting toch verder toe, dan neemt de distress toe en het functioneren af. Er ontstaat uitputting. Uiteindelijk treedt er een totale "breakdown" op, een decompensatie van het psychosociaal functioneren. Het linkerdeel van de curve is het deel van het gezonde functioneren, liefst op enige afstand van de top zodat men nog een zekere reserve bezit om onverwachte bijkomende stressoren het hoofd te kunnen bieden. In het rechterdeel van de curve is het functioneren niet meer gezond. Er bestaat al een chronische distress. Elke bijkomende stressor geeft direct meer distress en verslechtering van het functioneren. Decompensatie ligt voortdurend op de loer (NHG-standaard Overspanning en burn-out, 2018).

Figuur 1. The Human Function Curve



- KOP-model

KOP staat voor: K (klacht) = O (omstandigheden) \times P (persoonlijke stijl). Dit betekent dat klachten (K) het gevolg zijn van de combinatie van stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (O = draaglast), ondersteunende factoren (O + = draagkracht) en de manier van reageren daarop, omschreven als 'het persoonlijk functioneren' (P) of de copingstijl. Klachten worden gezien als een gevolg van stressvolle levensgebeurtenissen en een op dat moment ontoereikende coping (Rijnders 2015, in NHG-standaard Overspanning en burn-out, 2018).

7C PERSPECTIEF GEVEN

Het perspectief dat in het kader van een rationale wordt geboden, heeft het karakter van een richting die wordt aangegeven. Voor werkenden die in het begin van de crisis zitten en soms ontredder 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: 38% van alle overspannen mensen herstelt binnen drie maanden en 61% kan binnen een half jaar weer 'de oude' zijn. Bij burn-out is de gemiddelde duur van terugkeer naar werk acht maanden (bron: Arboned 2017) en is na ruim een jaar een groot deel weer 'de oude'.

Naarmate de werkende weer wat meer structuur ervaart, krijgt hij/zij ook juist meer behoefte aan structuur. Geruststellende woorden ('het komt goed') voldoen niet meer aan die behoefte aan structuur: de weg naar het doel en de tussenstappen moeten worden geschetst. De bedrijfsarts kan samen met de werkende een begeleidingsplan maken. Dit geeft de werkende een gevoel van beheersbaarheid, één van de krachtigste factoren voor herstel.

Het begeleidingsplan volgt de fasering van het herstelproces bij overspanning en burn-out. Dit geeft een structuur met voor iedere fase de 'taken' die de werkende moet vervullen. Die worden in de loop van de begeleiding steeds concreter, met evt. interventies of opdrachten.

Perspectief geven is dus een structureel onderdeel van de begeleiding.

7D POSITIEF (HER)ETIKETTEREN

Help positief te herinterpreteren (heretiketteren): benadruk positieve eigenschappen die onbedoeld tot de klachten hebben bijgedragen, zoals verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen en mantelzorg geven.

7E DAGSTRUCTURERING EN ACTIVITEITENPLANNING

Behoud van of het aanbrengen van structuur in de dag en dagelijkse activiteiten helpt om problemen te relativeren en klachten te verminderen. Bespreek dat het zinvol is om regelmatig afwisselend activerende en ontspannende activiteiten in te plannen met daarbij een balans tussen plichten en plezierige activiteiten. Voldoende nachtrust, op vaste tijden naar bed gaan en opstaan en gezonde maaltijden dragen bij aan herstel van het geestelijk welzijn. Leg uit dat alcohol en drugs misschien kortdurend ontspanning geven, maar op langere termijn geen oplossing bieden en de problemen zelfs kunnen verergeren.

7F ONTSPANNINGSOEFENINGEN EN MINDFULNESS

Ontspanningsoefeningen, yoga, luisteren naar ontspannende muziek of mindfulness helpen om tot rust te komen en leiden tot een toegenomen ervaren regie en zelfredzaamheid (NHG-standaard Overspanning en burn-out, 2018). Toepassing ervan is afhankelijk van de interesse en motivatie van de werkende. Er zijn boeken en online cursussen om deze technieken te leren (www.psychischegezondheid.nl; www.mentaalvitaal.nl; www.huisarts-emh.nl).

7G SLAAPSTRUCTUUR

Fysieke en psychische uitputting bedreigen rust en structuur. In de aanloop tot een overspanning kan de werkende in een neergaande spiraal terechtkomen die de uitputting versterkt. Vaak ervaart men verminderde energie of concentratie overdag met als gevolg dat de prestatie achterblijft. Werkenden die regelruimte hebben, proberen dat vaak in te halen door te gaan werken in de avonduren. Hierdoor is men steeds meer met het werk bezig, 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 structurende interventies.

Is men eenmaal overspannen, dan bestaat ook het risico van een verstoring of zelfs soms bijna een omkering van het dag-nachtritme, omdat 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, via de huisarts te laten ondersteunen met slaapmedicatie.

Via de website www.snelbeterinjevel.nl (ontwikkeld door het Trimbos Instituut) kunnen werkenden gratis een ehealth-interventie over slapen volgen.

7H PRAATADVIEZEN

Geef werkenden die te kennen hebben gegeven de problemen alleen te verwerken en niet met mensen in hun omgeving te bespreken, een praatadvies. Praten levert vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor werkenden die sterk op één aspect gefocust zijn.

HULPMIDDEL 8

INTERVENTIES CRISISFASE

SCHRIJF- EN PIEKEROPDRACHTEN

Voor werkenden bij wie piekeren op de voorgrond staat, kan het noteren van gedachten en gevoelens leiden tot meer inzicht in stresserende gebeurtenissen en gevoelens, en helpen de gebeurtenissen te verwerken. De werkende kan het beste opschrijven wat bij hem boven komt of waar hij over piekert. Steekproefsgewijs lezen van enkele passages kan een goede indruk geven van de problematiek waarmee de werkende worstelt. Vraag bij het vervolgconsult naar het 'huiswerk' om na te gaan of de werkende er baat bij heeft. Bij werkenden die het niet zo zien zitten om te schrijven, kan het advies om alleen op een bepaalde periode van de dag (bijvoorbeeld een of twee keer een half uur per dag) te piekeren behulpzaam zijn. Dit om te voorkomen dat het piekeren ongestructureerd over de hele dag plaatsvindt.

Via de website www.snelbeterinjevel.nl (ontwikkeld door het Trimbos Instituut) kunnen werkenden gratis een ehealth-interventie over piekeren volgen.

HULPMIDDEL 9

INTERVENTIES OPLOSSINGSFASE

OPLOSSINGSINVENTARISATIE

Voor eerdere versies van de richtlijn is een methode ontwikkeld die is gebaseerd op Fontana (1989). Deze methode bleek behulpzaam om mensen (opnieuw) grip te laten krijgen op hun situatie en met name op de 'berg aan problemen' die zij ervaren. De methode is goed te combineren met nieuwe inzichten ten aanzien van doel- en oplossingsgerichtheid en met de vragenlijst en de methode beschreven in [hulpmiddel 3 \(Lijst Werk Capabilities met toelichting\)](#).

Vaak heeft een cumulatie van stressoren/problemen en/of het wegvallen van beschermende factoren/ hulpbronnen in het werk en/of andere levensgebieden geleid tot een min of meer diffuus gevoel er niet meer tegenop te kunnen waardoor belangrijke waarden of doelen niet (meer) nagestreefd kunnen worden. De werkende onderkent dan niet langer enkele benoembare stressbronnen maar ervaart de hele situatie als bedreigend en spanning oproepend. Dit kan vermijdingsgedrag tot gevolg hebben, het aanpakken van de stressbronnen en het aanspreken van hulpbronnen bemoeilijken en leiden tot verder afraken van belangrijke waarden en doelen.

Bij deze werkenden – maar ook bij diegenen die wel al een redelijk beeld hebben – kan een inventarisatie van de belangrijke waarden en doelen, de problemen bij het bereiken ervan en de beschermende factoren/ hulpbronnen en oplossingen, meer greep op de situatie geven.

Geef de werkende de opdracht een lijst van zeven tot tien stressbronnen of problemen en zeven tot tien beschermende factoren of hulpbronnen op te stellen. Naar keuze kan dit alleen de werksituatie betreffen of ook andere levensgebieden. Zowel grote als kleine stress- of beschermende factoren mogen op de lijst. Het moeten wel concrete situaties zijn. Algemeenheden als 'mijn werk', 'mijn chef' of 'de sfeer' zijn niet concreet genoeg. Vraag betrokkene om problemen meteen te herformuleren als doelen. Een probleem kan zijn: *'Ik voel in mijn werk weinig medewerking en soms zelfs tegenwerking van collega x'*. Bijbehorende doelen kunnen een hele range bestrijken: *'Ik wil in mijn werk geen last hebben van collega x'*; *'Ik zou met collega x het gevoel willen hebben dat we voor hetzelfde staan'*; *'Ik wil in mijn werk gerespecteerd worden door collega x'*; *'Ik wil graag samenwerken met collega x'*. Nadenken over het doel dat men formuleert bij een probleem, betekent dat men nadenkt over en inzicht krijgt in hoe men aankijkt tegen de context, (in dit geval) de relatie met collega x en de doelen, wensen en verwachtingen die men zelf heeft.

De relatie met hulpmiddel 3 kan worden gelegd door te vragen of dit verband houdt met de waarde *'Betekenisvolle werkcontacten met anderen hebben of opbouwen'* of wellicht één van de andere waarden. De structuur van de vragenlijst uit hulpmiddel 3, waarbij steeds wordt gevraagd of men in staat is en in staat wordt gesteld om een belangrijk doel te halen, kan ook hier worden gebruikt.

Help werkenden die moeilijk op gang kunnen komen door wat voorbeelden of een beginstructuur te geven. Benoem een aantal velden waarop werkproblemen of hulpbronnen kunnen liggen. Vraag "Wat is precies uw probleem?" of "Wat zou u willen bereiken?" of "Wat zou u het meest kunnen helpen?" Ook hier kan de vragenlijst uit hulpmiddel 3 een rol spelen om mensen een denkrichting te geven.

Vraag daarna per item aan te geven op welke termijn het zich zou lenen voor een oplossingsgerichte aanpak: onmiddellijk of later, of dat de factor niet beïnvloedbaar is en men zich of moet aanpassen of het probleem moet negeren.

Altijd blijkt dat tenminste een aantal factoren 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. Vrijwel iedereen blijkt te kunnen leven met één of een paar omschreven situaties die als niet- of niet direct beïnvloedbaar moeten worden aangemerkt (bijvoorbeeld reorganisatie op het werk, ziekte thuis).

De methode kan goede diensten bewijzen in de oplossingsfase. In het kader van terugvalpreventie kan in de toepassingsfase op de lijst worden teruggegrepen om te kijken welke hindernissen het bereiken van belangrijke doelen en het leven op basis van de belangrijke waarden nog aandacht of oplossing behoeven, en welke beschermende factoren versterkt kunnen worden. Ook als de methode niet in de oplossingsfase is gebruikt kan die voor het eerst worden gehanteerd in het kader van terugvalpreventie.

HULPMIDDEL 10

INTERVENTIES TOEPASSINGSFASE

HET DUBBELE SCHEMA

Gedurende het herstelproces bouwt de werkende weer allerlei activiteiten op. In de toepassingsfase betreft dit nadrukkelijk (ook) werkactiviteiten, liefst op gestructureerde, planmatige wijze. Uit het oogpunt van optimale commitment kan de werkende het beste zelf een schema opstellen. De ene werkende zal voorzichtig zijn met zichzelf belasten, de andere loopt te hard van stapel. Daarom is het belangrijk om de werkende twee schema's te laten opstellen, bijvoorbeeld voor de re-integratie: één schema dat door de werkende als veilig wordt ervaren ('dat is in ieder geval haalbaar') en een schema dat door de werkende als ambitieus maar wel haalbaar wordt beschouwd ('als alles meezit'). De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan de zelfregie en het zelfmanagement verder versterken door de werkende te laten inventariseren wat nodig is om het ambitieuze schema te halen en hoe dat bereikt kan worden. Overigens is het vaak aan te bevelen een kleine terugval te voorspellen. De ervaring leert dat de meeste overspannen werkenden tegenslagen ondervinden bij het hervatten van hun werk, wat hun motivatie op de proef kan stellen. De wetenschap dat dit 'erbij hoort', kan voorkomen dat de werkende zich uit het veld laat slaan en denkt weer 'terug bij af' te zijn.

HULPMIDDEL 11

INTERVENTIES WERKOMGEVING

VERSTERKEN VAN OPLOSSINGSGERICHTE AANPAK⁹

Het proces van oplossingsgerichte aanpak is ook toepasbaar op de organisatie en wel op meerdere niveaus. Ten eerste kan het helpen om bijv. de leidinggevende voor te lichten over het herstelproces en hoe dat het beste ondersteund kan worden. Ten tweede kan worden uitgelegd dat de werkomgeving een soortgelijk proces moet doormaken. Daar liggen re-integratietaken die parallel zijn aan die van de werkende. Het is belangrijk dat ook in de werkomgeving het inzicht ontstaat wat er met de werkende is gebeurd en dat het werk daar mogelijk een rol in heeft gespeeld. Vervolgens is acceptatie nodig in al zijn consequenties. En het is belangrijk dat in de werkomgeving de rust en de structuur gecreëerd wordt om de problemen en beschermende factoren/hulpbronnen in kaart te brengen, oplossingen te genereren en toe te passen. Als dit proces in de werkomgeving min of meer parallel loopt met het herstelproces van de werkende kan dit uitermate faciliterend werken voor het herstel.

Een leidinggevende kan bijvoorbeeld in de crisisfase bijdragen aan rust en acceptatie door aan de ziekgemelde medewerker uit te leggen hoe zijn takenpakket tijdelijk wordt opgevangen. Daarmee kan schuldgevoel vanuit loyaliteit naar klanten en collega's gedeeltelijk worden weggenomen en ook de ongerustheid dat het werk zich opstapelt. In een vervolgesprek kan de leidinggevende vragen wat er voor het herstel nodig is in de werksituatie. Vervolgens kunnen manager en werkende samen oplossingen en toepassingen inventariseren en uitvoeren. Zo wordt de medewerker optimaal ondersteund, en is de leidinggevende betrokken bij het herstelproces, ervaart grip en blijft betrokken bij oplossingen samen met de medewerker.

Ten slotte kan deze oplossingsgerichte aanpak ook worden gebruikt bij preventie, bijvoorbeeld bij functioneringsgesprekken of werkoverleg. Deze oplossingsgerichte houding kan binnen een organisatie een sterke preventieve werking hebben.

⁹ Ontleend aan: Van der Klink JJJ, Sijtsma FM, Feijen W. De werkende in zijn context. In: Van der Klink JJJ, Terluin B (red.). 'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisartsen en bedrijfsartsen'. Houten, Bohn Stafleu van Loghum 2005

HULPMIDDEL 12

AANPAK BIJ RISICOSITUATIES

► Overleg met de huisarts of andere behandelaar

► Initieer **specifieke interventies bij:**

- *Suïciderisico (sterke doodswens en gedachten aan suicide):*
Volg de **multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag** (Trimbos,2012) en de **Zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag** (www.ggzstandaarden.nl).
Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort volgens de Zorgstandaard tot de basisvaardigheden van iedere arts, verpleegkundige, psycholoog en psychotherapeut die actief in de zorg werkzaam is. Oriënterend onderzoek omvat: contact maken; onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand (doorvragen!); stress- en kwetsbaarheidsfactoren in kaart brengen; naasten bij de zorg betrekken; een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen; en zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.

HULPMIDDELEN

13 *Triagetool voor de bedrijfsarts van 113 Zelfmoordpreventie*

- *Somatisatie:*
Volg de Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK): www.ggzstandaarden.nl (verschijnt medio 2018). Hierin staat een hoofdstuk over herstel, participatie en re-integratie. De kernaanbeveling luidt om de algemene bedrijfsgeneeskundige principes voor werkhervatting bij lichamelijke klachten ook bij SOLK toe te passen:
 - 1 een benadering vanuit biopsychosociaal perspectief;
 - 2 een geleidelijke opbouw van activiteiten (vergelijkbaar met graded activity die de fysiotherapeut als behandeling kan inzetten) en werkzaamheden doordat aangepast werk en/of aangepaste uren beschikbaar komen;
 - 3 een schriftelijke overeenstemming tussen patiënt en werkgever over het doel en het traject van werkhervatting;
 - 4 een start van het traject op het optimale moment, in principe tussen zes weken en drie maanden na het begin van het werkverzuim, met ruimte voor individuele variatie.
- *Conflict in de arbeidssituatie:*
Volg de NVAB-richtlijn Conflicten in de werksituatie (2019). Hierin zijn de risicofactoren voor het ontstaan en de voorspellers voor het mogelijke beloop van een arbeidsconflict opgenomen. Ook staan de interventies beschreven, variërend van het als bedrijfsarts zelf coachen/begeleiden van de conflictpartijen tot het inschakelen van mediation en/of adviseren over scheiden van de conflictpartijen. Verder wordt nader ingegaan op conflictmanagement op organisatieniveau.
- *Ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie, pesten):*
Adviseer de volgende aanpak (gebaseerd op het stappenplan op www.duurzameinzetbaarheid.nl):
 - 1 stel de norm (zero-tolerance);
 - 2 draag de norm uit;
 - 3 geef als leidinggevende/HR het goede voorbeeld;
 - 4 grijp in en neem actie;
 - 5 bied steun aan de werkende die te maken heeft (gehad) met ongewenste omgangsvormen.

Sterk ingesleten patronen van irrationele cognities of rigide persoonlijkheidskenmerken:

Adviseer cognitieve therapie.

HULPMIDDEL 13

TRIAGETOOL VOOR DE BEDRIJFSARTS BIJ SUÏCIDE-RISICO

NB. Het telefoonnummer van 113 Zelfmoordpreventie is 0900-0113.

113 zelfmoordpreventie

De crisisslijn van 113 Zelfmoordpreventie is 24 uur per dag, zeven dagen in de week bereikbaar via 0900-0113 of www.113.nl. Daarnaast heeft 113 Zelfmoordpreventie een collegiale overleglijn, deze is bereikbaar op werkdagen tussen 10:00 en 16:00 uur via 020-311 38 88.

Triagetool voor de bedrijfsarts

5 vragen voor toeleiding naar de juiste hulpverlening

*Slaapproblemen?
Overmatig piekeren?
Somborheid?*



Plus of niet plus?

Herken signalen, stel de vraag en breng suïcidaliteit en urgentie in 5 vragen in kaart

1. Gedachten aan de dood?

Het klinkt alsof je het niet meer ziet zitten? Denk je wel eens aan de dood?

nee

Psychiatrische evaluatie door de bedrijfsarts

nee
Geen actie

2. Gedachten aan zelfmoord?

Denk je eraan om jezelf iets aan te doen? Heb je ooit al eens gedaan?

nee

Consultatie/verwijzing naar reguliere GGZ, bij voorkeur via de huisarts

Kwaliteit van zorg

Veiligheid

- Afspraken met de werkende: hoe blijf je veilig
- Check bereikbaarheid van naasten
- Houd contact met werkende en naasten
- Check of contact GGZ/huisarts en werkende tot stand komt

Informatievoorziening

- Warme overdracht huisarts of collega's GGZ
- Informatie meegeven (CASE)
- Informatie bij collega's

Nazorg

- Houd contact met werkende naasten en/of hulpverlener
- Overweeg zo nodig met werkende en werkgever secundaire preventiemaatregelen te bespreken

3. Concreet plan?

Heb je nagedacht hoe je dat gaat doen? Heb je voorbereidingen getroffen?

ja

Regel acute crisisinterventie, in overleg met de huisarts

ambivalente suïcidaliteit

Consultatie/verwijzing naar reguliere GGZ, bij voorkeur via de huisarts

Regel acute crisisinterventie, in overleg met de huisarts

4. Vandaag of morgen? (urgent)

Hoeveel haast heb je met je plan? Heb je een specifieke datum in gedachten? Heb je dat ene ding kunnen zijn waardoor je erin af ziet? Ben je alleen?

ja

Regel acute crisisinterventie, in overleg met de huisarts

ernstig suïcidaal

nee

Regel acute crisisinterventie, in overleg met de huisarts

ernstig suïcidaal

Mate van ernst

Licht suïcidaal
Wij lever leven dan sterven.
Af en toe vluchtige gedachten, niet nagedacht over een plan, controle over suïcidale impulsen.

Ambivalent
Wij zowel suïcide plegen als wel doorgaan met leven.
Suïcidaal gedrag is gericht op teleurstellingen en wraak. Sterk impulsief ingekleurd, uitgebreide plannen niet gemaakt.

Ernstig Suïcidaal
Wij liever sterven dan doorgaan met leven.
Bang voor eigen impulsiviteit. Verschillende methoden overwogen, uitgebreid plan gemaakt. Wanhopig, kan nergens anders aan denken.

Zeer ernstig/acuut suïcidaal
Kan niet langer wachten met suïcide plegen.
Blikvermaaiing. Geen energie meer om door te leven. Wij soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos. Geen oog voor consequenties achterblijvers. Wanhopig en uitgebreed plan.

5. Situatie onveilig?

Is iemand radeloos onder invloed van de war, uit contact?

ja

Bel 112

zeer ernstig/acuut suïcidaal

Herken de signalen

Niet iedereen die aan zelfmoord praat erover. Er zijn verschillende signalen die erop kunnen wijzen dat iemand aan zelfmoord denkt. Dit kunnen bepaalde uitspraken zijn, maar ook non-verbale signalen.

.....

Stel de vraag bij de werkende die:

- zelf direct of indirect zegt een eind aan zijn leven te willen maken, zich opmerkelijk gedraagt in het contact, afscheid neemt of dingen weggeeft.
- Met een depressie of depressieve klachten leeft.
- ernstig piekert en slaapproblemen heeft, die het verlangen uit om rust te willen. Let hierbij op geagiteerd gedrag en teknen van vitale uitputting.
- verlangend maken dat hij bijna geen uitweg meer ziet. Deze pijn kan veroorzaakt worden door grote life events. Een belangrijke risicofactor is (dreigend) verlies, dat kan materieel of relationeel zijn, maar ook verlies van status of eer.
- aan geeft dat hij nergens bij hoort, iedereen tot last is en niet meer zo bang is voor de dood.
- eerder een poging deed, zelfbeschadigend gedrag vertoont en/of een belaste familieaamhese.
- met chronische pijn of klachten leeft.

Do's & Don'ts

Praten over zelfmoord kan levensreddend zijn. Het vermindert druk en ordent gedachten. Het is de eerste stap naar een oplossing. Een gesprek over zelfmoord kent een aantal Do's en Don'ts.



Benoemen

- "Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je dat je aan zelfmoord denkt?"
- "Als ik je goed begrijp, denk je aan zelfmoord. klopt dat?"

Concretiseren

- "Je zegt dat je er straks niet meer bent, wat bedoel je met straks?"
- "Je zegt dat het allemaal ellendig is voor je. Wat is er precies zo ellendig voor je?"

Veiligheid

- "Hoe denk je dat je vanavond veilig kunt blijven?"
- "Hoe is het je gelukt om je de afgelopen dagen/weeken weer rustiger te voelen?"

.....

Bronnen

De Triagetool is gebaseerd op de volgende kwaliteitsstandaarden:

- Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkende met psychische problemen
- Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
- Leidraad Suicidiedreiging en de rol van de verzekeringsarts
- Triagetool Huisartsen

Vraag door

Wanneer de werkende zelfmoordgedachten of -plannen heeft is het belangrijk deze nader uit te diepen aan de hand van de CASE-benadering.

1. Actuele gedachten en gebeurtenissen:

- Denk je eraan om jezelf iets aan te doen?
- Heb je plannen om zelfmoord te plegen?
- Heb je nagedacht hoe je dat gaat doen? Welke methoden heb je overwogen?
- Welke voorbereidingen heb je getroffen?
- Hoeveel haast heb je met je plan? Heb je een specifieke datum in gedachten?

2. Recente voorgeschiedenis:

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak per dag had je deze gedachten? Wat denk je op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen om zo te denken?
- Heb je plannen gemaakt om jezelf iets aan te doen?
- Heb je geprobeerd om een einde aan je leven te maken?

3. Ruimere voorgeschiedenis:

- Ben je wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Heb je wel eens eerder een periode gehad dat je deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand?
- Heb je ooit eerder geprobeerd een einde aan je leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat hebt u toen gedaan?

4. Directe toekomst:

- Hoe is het nu voor je?
- Hoe zie je de toekomst voor je?
- Wat ga je doen als je straks weer thuis bent?

5. Beschermende factoren:

- Zijn er beschermende factoren aanwezig?
- Is er een steunsysteem met voldoende aandacht?
- Heeft werkende zijn suicidaliteit besproken met anderen?
- Heeft de werkende verantwoordelijkheidsgevoel voor partner, kinderen en andere naasten?
- Is er sprake van een religieuze overtuiging die de werkende weerhoudt, of waar hij steun van ervaart?



Meepraten/instemmen

- "Nou ik snap het best waarom je niet meer wilt leven..."
- "Tja, als ik in jouw schoenen zou staan, zou ik het misschien ook opgeven..."

Een oordeel vellen

- "Dat kun je niet maken!"
- "Wat egoïstisch zeg, denk eens aan je kinderen..."

Snel adviseren

- "Het zou goed zijn om minder te gaan werken, lijkt mij."
- "Waarom ga je niet vaker lekker sporten?"