

Route naar herstel bij werknemers met psychische klachten

De werknemer als belangrijkste navigator

19 december 2018

Gieke Buur

giekebuur@hetbreindomein.nl

06-53774997

Lotte Hogeboom

lhogeboom@dsp-groep.nl

06 24133634

Nicole van Loy

n.van.loy@the-essence-consulting.nl

06-26300798

Managementsamenvatting

De ministeries van VWS en SZW constateren gezamenlijk dat arbocuratieve samenwerking¹ bij werknemers met psychische klachten onvoldoende tot stand komt. Omdat problemen in de samenwerking hun uitwerking kunnen hebben op het tempo van herstel, en dus de duur van uitval, is er vanuit de beide ministeries samen met het veld de afgelopen jaren al veel energie gestoken in het verbeteren van deze samenwerking. Omdat dit tot op heden tot onvoldoende resultaat heeft geleid, hebben de ministeries de handen ineengeslagen om met onderhavig onderzoek een nieuwe oplossingsrichting in dit vraagstuk te vinden.

Uitgangspunt van dit onderzoek is dat betere arbocuratieve samenwerking het beste te bereiken is door de werknemer met psychische klachten ook bij uitval te faciliteren om daar waar mogelijk zelf de regie te nemen. Facilitering krijgt vorm door meer kennis over herstel, wet- en regelgeving, betrokken actoren en fases in het herstelproces.

Op basis van de literatuurstudie, interviews met werknemers, professionals en overige belanghebbenden en een stakeholdersbijeenkomst zijn de belangrijkste fases in de route naar herstel bij werknemers met psychische klachten daarom ter informatie [gevisualiseerd](#). Tevens zijn [aangrijpingspunten](#) voor verbetering per fase voorgesteld.

Werknemers hebben gedurende hun herstelproces echter, zeker in de eerste fase van hun herstel, hulp nodig om hun rol als navigator goed te kunnen vervullen. Daarom is naast de visualisatie een [handleiding](#) opgesteld voor de POH-GGZ, met daarin adviezen over de wijze waarop deze de werknemer kan worden ondersteund in zijn herstelproces. De POH-GGZ kan vanaf de start van het proces meer of minder coördinerend of faciliterend optreden en tot na terugkeer naar werk een 'vinger aan de pols houden' door oog te hebben voor arbocuratieve samenwerking, terugkeer naar werk en het risico op terugval. Noodzakelijke randvoorwaarden hierbij zijn extra kennis bij de POH-GGZ over arbocuratieve klachten én voldoende capaciteit.

We zien de werknemer met psychische klachten die ondersteund wordt door de POH-GGZ en als navigator optreedt van zijn herstelproces als eerste stap in een verbeterde arbocuratieve samenwerking. Vervolgstappen bestaan uit scholing voor professionals, herdefiniëring van de relatie tussen werk en herstel en het open gesprek over psychische klachten op de werkvloer. Meer kennis over wet- en regelgeving is voor alle betrokkenen eveneens van groot belang.

¹ Samenwerking tussen professionals in het (herstel)proces van werknemers die zijn uitgevallen met psychische klachten.

Inhoud

Managementsamenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Aanpak	5
1.2 Werkwijze	6
1.3 Leeswijzer	6
2 Hoe loopt de reis van de werknemer en wat kan beter	7
2.1 Hoofdroutes en fases in het herstelproces	7
2.2 Aangrijpingspunten ter verbetering van de arbocuratieve samenwerking	8
2.3 Aangrijpingspunten in voorfase	9
2.4 Aangrijpingspunten bij toeleiding naar interventie	10
2.5 Aangrijpingspunten in de behandelfase	11
2.6 Aangrijpingspunten bij nazorg	12
2.7 De reis van Annabel	13
3 Implementatie	17
4 Randvoorwaarden	19
Bijlagen	
Bijlage 1 Visualisatie reis werknemer	21
Bijlage 2 Handleiding POH-GGZ	22
Bijlage 3 Casus Annabel	29
Bijlage 4 Mooie voorbeelden uit het veld	31
Bijlage 5 Actielijn per fase en per actor	36
Bijlage 6 Hoofdpijnen uitkomst literatuurstudie	41
Bijlage 7 Geraadpleegde deskundigen	47
Bijlage 8 Stakeholdersbijeenkomst	48
Bijlage 9 Literatuurlijst	51

1 Inleiding

De ministeries van VWS en SZW constateren gezamenlijk dat de arbocuratieve samenwerking bij werknemers met psychische klachten onvoldoende tot stand komt. Omdat deze problemen in de samenwerking hun uitwerking kunnen hebben op het tempo van herstel en dus de duur van uitval, is er vanuit de beide ministeries samen met het veld de afgelopen jaren al veel aandacht gegeven aan en energie gestoken in het verbeteren van deze samenwerking.

Er zijn knelpunten geïnventariseerd, zoals een moeizame informatieoverdracht, het elkaar lastig bereiken, te weinig kennis van elkaars deskundigheid, meningen over en weer van 'te weinig aandacht voor arbeid binnen reguliere behandeling' en 'teveel de nadruk op re-integratie'. Ook zouden huisartsen en (vooral) cliënten onvoldoende vertrouwen hebben in de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen. Specifiek is geconcludeerd dat afstemming en samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen te wensen overlaat.²

Naast deze inventarisatie zijn er ook meerdere suggesties ter verbetering gedaan en doorgevoerd. Er zijn bijvoorbeeld richtlijnen gemaakt, net als LESA's; leidraden en zorgstandaarden waarin bepalingen zijn opgenomen over informatievoorziening, afstemming en verwijzing. Ook is er erkenning van het probleem bij de beroepsorganisaties.

Ondanks al deze gezamenlijke inspanning, aandacht en goodwill constateren de beide ministeries dat er nog steeds veel te verbeteren valt in de samenwerking tussen 'Arbo' en 'Curatief'. Om deze reden hebben zij binnen de mantelovereenkomst Complexe maatschappelijke vraagstukken de vraag uitgezet hoe arbocuratieve samenwerking met concrete voorstellen kan worden verbeterd.

1.1 Aanpak

DSP-groep en Baas & Co hebben in antwoord op deze vraag van de beide ministeries radicaal voor het standpunt van de werknemer gekozen. Wij zijn uitgegaan van het vernieuwende gezichtspunt dat betere arbocuratieve samenwerking het beste te bereiken is door de werknemer te faciliteren om daar waar mogelijk zelf de regie te nemen. Anders geformuleerd is ons uitgangspunt dat de samenwerking tussen de verschillende betrokken professionals verbetert door het versterken van de regierol van de werknemer. Oftewel: De werknemer als belangrijkste navigator.

Facilitering hebben we vormgegeven door voor de werknemer een visualisatie te maken van de route naar herstel bij werkgerelateerde klachten en het proces van arbocuratieve samenwerking. Deze visualisatie ([bijlage 1](#)) vormt de kern van het onderzoek: het laat de aangrijpingspunten zien waarop de werknemer mogelijk hulp kan inschakelen of alert moet zijn op goede informatie-uitwisseling om regie te houden op de route naar herstel. Omdat alle bij dit onderzoek betrokken professionals en ervaringsdeskundigen expliciet

² Nivel (2012) Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg, Panteia (2016) Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg.

aangeven dat werknemers met werkgerelateerde klachten hulp nodig hebben om hun rol als navigator goed te kunnen vervullen vanaf het eerste moment dat klachten zich ontwikkelen, is tevens een handleiding opgesteld voor de POH-GGZ ([bijlage 2](#)). Wij hebben gekozen voor de POH-GGZ omdat dit vaak één van de eersten is met wie de werknemer contact heeft wanneer het niet goed gaat. De POH-GGZ kan vanaf de start van het proces meer of minder coördinerend of faciliterend optreden, en tot na terugkeer naar werk een 'vinger aan de pols houden' door oog te houden voor arbocuratieve samenwerking, terugkeer naar werk en het risico op terugval.

1.2 Werkwijze

Om het bovenstaande doel te bereiken hebben we in de periode mei-oktober 2018 een uitgebreide [literatuurstudie](#) gedaan naar de route naar herstel van werknemers met werkgerelateerde klachten en de arbocuratieve samenwerking in het bijzonder. Ook hebben we [inspiratie gezocht buiten de sector](#). We hebben daarnaast contact gezocht met voorlopers in het veld binnen de sector om te onderzoeken of het mogelijk is om deelsuccessen in de praktijk door te ontwikkelen tot een good practice. Dit bleek binnen de gestelde opdrachtperiode niet haalbaar. Wel boden deze best practices inspiratie voor het bevorderen van de regie van de cliënt gedurende zijn herstel. Parallel hebben we contact opgenomen met de deelnemers van de werksessie Psychische klachten tijdens het symposium arbocuratieve samenwerking zoals gehouden op 23 november 2017.

In totaal hebben we 13 interviews ([Bijlage 7 Geraadpleegde deskundigen](#)) afgenomen bij een brede vertegenwoordiging van relevante stakeholders: deels telefonisch en deels face-to-face op locatie. Deze interviews hebben een beeld gegeven van het perspectief, de werkwijze én de wensen van verschillende belanghebbenden ([Bijlage 4 Mooie voorbeelden uit het veld](#)). Met een breed scala aan ervaringsdeskundigen hebben we vervolgens gesproken over hun persoonlijke route naar herstel. Eén van de verhalen van een door ons geïnterviewde ervaringsdeskundige is uitgewerkt tot een 'verbeterde' versie van de route naar herstel. In een stakeholdersbijeenkomst hebben we tot slot deze informatie in een consultatieronde getoetst bij belangrijke spelers uit het veld ([Bijlage 8 Stakeholdersbijeenkomst](#)).

1.3 Leeswijzer

Onderhavig rapport schetst het inhoudelijke fundament dat ten grondslag ligt aan de visualisatie 'Route naar herstel bij werkgerelateerde klachten' (bijlage 1) en de bijbehorende handleiding voor de POH-GGZ (bijlage 2). Deze documenten zijn samen ook als een apart rapport leesbaar. In deze beknopte rapportage wordt na de inleiding in [hoofdstuk 1](#), in hoofdstuk 2 beschreven hoe de route van de werknemer verloopt, wat de aangrijpingspunten ter verbetering hierin zijn en hoe de werknemer hierin regie kan nemen. Ook is geïllustreerd hoe de ideale route concreet vorm kan krijgen. Vervolgens wordt in [hoofdstuk 3](#) toegelicht waarom een handleiding voor de POH-GGZ noodzakelijk is en welke implementatie wij voor ogen hebben. Ten slotte wordt in [hoofdstuk 4](#) ingegaan op noodzakelijke randvoorwaarden om uiteindelijk te komen tot een beter werkende arbocuratieve samenwerking met de werknemer in de regie.

2 Hoe loopt de reis van de werknemer en wat kan beter

Om antwoord te geven op de vraag waar de aangrijpingspunten zitten om de arbocuratieve samenwerking voor een werknemer met burn-outklachten te verbeteren, is het nodig eerst te kijken naar de huidige route naar herstel. Dit hoofdstuk beschrijft de volledige reis van de werknemer, met de belangrijkste knelpunten in de arbocuratieve samenwerking³, maar ook de manier waarop deze kunnen verbeteren. Het hoofdstuk sluit af met de ideale reis van de werknemer: met de werknemer als belangrijkste navigator om zo de arbocuratieve samenwerking beter te laten verlopen.

2.1 Hoofdroutes en fases in het herstelproces

Uit de interviews met professionals en ervaringsdeskundigen concluderen wij dat iedere route naar herstel uniek is. Tegelijkertijd zijn er op hoofdlijnen twee duidelijke routes te onderscheiden:

- 1 De route waarbij de werknemer met psychische klachten zich meldt bij de bedrijfsarts en – indien verzuim langer dan zes weken duurt en er geen zicht is op herstel/terugkeer – vervolgens wordt verwezen naar de werkgerelateerde GGZ.
- 2 De route waarbij de werknemer met psychische klachten zich meldt bij de huisarts, eventueel een tijd begeleid wordt door POH-GGZ en bij onvoldoende herstel wordt verwezen naar de reguliere GGZ.

De groep werknemers die de tweede route neemt is daarbij verreweg de grootste, zo blijkt uit gesprekken met verschillende stakeholders (huisarts, GZ-psychologen en verzekeraar). Een groot deel van de groep die zich meldt bij de bedrijfsarts gaat ook naar de huisarts, waarmee een combinatie van beide routes ontstaat.

In de beide routes zijn de volgende fases in het herstelproces te onderscheiden:

- 1 De voorfase
- 2 De toeleiding naar passende behandeling
- 3 De behandeling
- 4 De nazorg

³ In Bijlage 6 zijn de hoofdlijnen van de literatuurstudie opgenomen.

2.2 Aangrijpingspunten ter verbetering van de arbocuratieve samenwerking

De visualisatie van de reis van de werknemer (figuur 2.1) geeft een overzicht van de hoofdroutes en fases in het herstelproces van de werknemer, en welke professionals daarbij op welk moment betrokken zijn. De werknemer is in het midden gepositioneerd, daaromheen bevinden zich enerzijds de werkgever, de arbo-arts en (eventueel) arbeidsgerelateerde GGZ. Aan de andere kant is de huisarts zichtbaar en de reguliere GGZ. Iedere fase van het proces kent een of meer aangrijpingspunten ter verbetering. Ieder aangrijpingspunt is met een cijfer in de visual weergegeven. Deze punten gelden soms voor één fase, soms omvatten ze ook meerdere fases. Samenwerking tussen stakeholders vergt in ieder van deze fases aandacht. Dit wordt onderstaand uitgewerkt, maar kort gesteld omvatten zij de volgende aangrijpingspunten ter verbetering:

Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer

Aangrijpingspunt 2: Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer

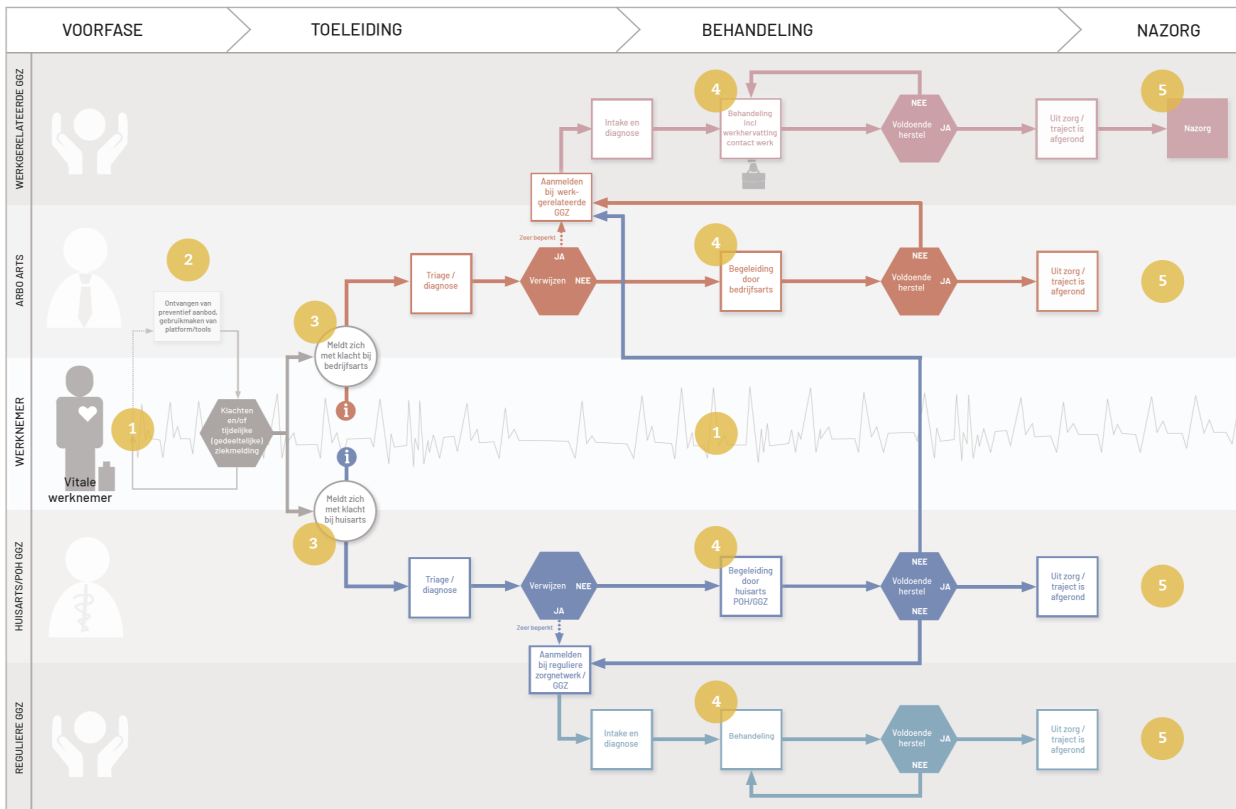
Aangrijpingspunt 3: Afgestemde toeleiding tot de juiste vorm van zorg en afstemming

Aangrijpingspunt 4: Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid

Aangrijpingspunt 5: Aandachtige rolverdeling bij terugvalpreventie

In § 2.3 tot en met §2.5 worden **per fase** de belangrijkste aangrijpingspunten voor verbetering besproken en onderbouwd op basis van de interviews en de literatuur.

Route naar herstel bij werkgerelateerde klachten



Figuur 2.1: Visualisatie reis van de werknemer (zie bijlage 1 voor de grote weergave).

2.3 Aangrijpingspunten in voorfase

In de voorfase zijn er 2 aangrijpingspunten (zie visualisatie in figuur 2.1):

- 🕒 Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer.
- 🕒 Aangrijpingspunt 2: Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer.

De werknemer heeft in deze fase klachten, maar er is nog geen sprake van uitval van werk. Dit is een lange 'fase' waarin er kansen zijn het tij te keren door tijdig te interveniëren. De knelpunten liggen logischerwijs bij de werknemer en de werkgever: andere partijen zijn in deze fase nog niet, of slechts zeer beperkt, in beeld. Van arbocuratieve samenwerking is nog geen sprake.

In deze fase herkennen werknemers onvoldoende de klachten bij zichzelf en zij wachten vaak lang met zoeken naar ondersteuning, zo blijkt bijvoorbeeld uit gesprekken met werknemers en zorgverleners, maar ook uit de literatuur. Als er al hulp wordt gezocht is dit merendeels via huisarts en POH-GGZ. Er is voor werknemers in deze fase veel informatie te vinden over bijvoorbeeld herstel of wat het betekent om je ziek te melden, maar deze informatie is versnipperd en niet op één plek te vinden. De informatie die voorhanden is, wordt niet altijd als objectief en onafhankelijk (h)erkend. Werknemers ervaren in deze fase een informatieachterstand. Daarbij spelen schuld en schaamte een rol.

Hoewel er effectieve preventieve interventies beschikbaar zijn, hebben werkgevers nog opvallend weinig aandacht voor preventie en vroegsignalering. Inzet op preventie kan een grote besparing op geestelijke gezondheidszorg betekenen⁴. Slechts een beperkt deel van de werkgevers zet preventief aanbod in, zorgt voor een samenhangende opzet van het verzuimbeleid en informeert de eigen medewerkers daar actief over. Werkgevers hebben ook nog weinig aandacht voor personen 'at risk' zo wordt vooral vanuit de hoek van de zorgverleners opgemerkt. Psychische problemen zijn lastig bespreekbaar, wat het signaleren door de werkgevers en het niet snel melden door werknemers in deze fase bemoeilijkt.

2.4 Aangrijpingspunten bij toeleiding naar interventie

In de fase van toeleiding naar interventies zijn er 2 aangrijpingspunten (zie visualisatie in figuur 2.1):

- ③ Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer.
- ③ Aangrijpingspunt 3: Afgestemde toeleiding tot de juiste vorm van zorg en afstemming.

In deze fase is de werknemer uitgevallen en is hij in afwachting van zijn traject naar herstel. Uit alle interviews komt naar voren dat dit een lastige fase is, met veel onduidelijkheid. Er zijn nu verschillende risico's. Zo is er sprake van een informatieachterstand bij de werknemer en zijn er soms meerdere partijen betrokken bij het herstel. Deze partijen hebben niet altijd dezelfde visie op herstel. Werknemers zijn hierin afhankelijk van de kennis en visie van de ander.

Aangezien er weinig actieve inzet is in de voorfase, start deze fase (en daarmee vaak de route naar herstel) laat. Het merendeel van de werknemers gaat nu naar de huisarts met zijn klachten; het contact met de bedrijfsarts is meestal een vervolgstap.⁵ Of en hoe de werknemer wordt doorverwezen voor verdere hulp hangt af van visie, kennis en ervaring van de huisarts en zijn POH-GGZ. Huisartsen en werknemers weten niet altijd dat ook werkgevers via de bedrijfsarts de mogelijkheid hebben om interventies op het terrein van werkgerelateerde GGZ in te zetten, zo wordt duidelijk uit een interview met zorgverleners en verzekeraar. Verwijzing gebeurt nu vaak op basis van de eigen sociale kaart en het bekende netwerk van professionals, en niet op basis van een overzicht van het totale palet aan interventies en de kwaliteit ervan, aldus de zorgverleners. De informatieachterstand van werknemers leidt tot weinig sturingsmogelijkheid voor hen in deze fase.

Uit gesprekken met enkele respondenten (cliëntvertegenwoordiging, zorgverleners, zorgverzekeraar) komt naar voren dat de werknemer het belang van een snelle terugkeer naar werk niet altijd ziet. *'Uitleg is hierbij de sleutel tot succes'*, zo stelde een zorgverlener. Ze doelde erop dat veel acties van een werkgever of bedrijfsarts snel als te negatief worden geïnterpreteerd door de werknemer, met name als hij te weinig kennis heeft. Veel werknemers zijn slecht geïnformeerd over afspraken, rechten en plichten wanneer ze

⁴ Fiscaal econoom Martijn van Winkelhof in financieel Dagblad, 22 augustus 2018 'Ggz meer gebaat bij snelle interventie en preventie dan bij 'no cure no pay'.

⁵ Naar schatting 90% aldus huisarts, GZ-psychologen en verzekeraar.

ziek worden. Ze weten bijvoorbeeld vaak niet eens waar ze zich moeten ziekmelden, laat staan dat duidelijk is wat ze zelf kunnen betekenen in hun herstel.

Niet weten wat wordt verwacht en onduidelijkheid over datgene wat anderen kunnen doen om te helpen, leidt tot extra spanning die het herstel niet bevordert. In contact treden met de werkgever is moeilijk. Vaak weet de werkgever ook niet goed wat te doen, wat het contact ongemakkelijk maakt. Afstand tot werk ontstaat, ook doordat er andere professionals betrokken raken. De terugkeer naar werk kan daardoor moeilijker worden. Terwijl het juist belangrijk is voor het herstel dat leidinggevende en werknemer contact houden met elkaar.⁶

Naast de werkgever en werknemer zijn in deze fase ook de huisarts en bedrijfsarts betrokken partijen. De huisarts heeft, ook als klachten duidelijk (ook) met werk te maken hebben, vaker de neiging tot medisch onderzoek dan daadwerkelijk het gesprek te voeren over werk, aldus een geïnterviewde inhoudelijke specialist⁷. Als de huisarts bewust bezig is met de relatie tussen werk en gezondheid, dan kunnen gebrek aan kennis, communicatievaardigheden en stoeve arbocuratieve samenwerking toch nog belemmerend werken.⁸ Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat juist in deze fase van toeleiding naar het juiste aanbod de afstemming tussen curatieve zorg en arbozorg cruciaal is: zowel voor duidelijkheid en snelheid als voor eenduidigheid.

Wat daarnaast meespeelt is dat de bedrijfsarts niet altijd als onpartijdig wordt gezien door de werknemer, wat de vertrouwensband kan belemmeren.⁹ Wanneer een werknemer het niet eens is met de bedrijfsarts, zoekt hij vaak steun bij de huisarts. Afstemming vanuit de huisarts met de bedrijfsarts is dan cruciaal. Zowel uit literatuur als uit vrijwel alle interviews blijkt dat er bij de beroepsgroepen weinig urgentiebesef is over onderlinge afstemming.¹⁰ Het is ook lang niet altijd nodig, zo wordt aangegeven: een geïnterviewde huisarts schat in dat in minder dan 10% van de patiënten (misschien zelfs maar 1-2 %) contact tussen huisarts en bedrijfsarts nodig is om een gezamenlijk beleid af te stemmen.

Tot slot dragen ook lange wachttijden bij aan de trage overgang naar de behandelfase. Zowel de wachttijd naar de bedrijfsarts als die naar de GGZ kan lang zijn. Prebehandeling (eHealth) – behandeling voor de start van een interventie elders – wordt nog weinig toegepast, zo blijkt uit interviews met patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraar.

2.5 Aangrijpingspunten in de behandelfase

In de behandelfase zijn er 2 aangrijpingspunten (zie visualisatie in figuur 2.1):

- ② Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer.
- ② Aangrijpingspunt 4: Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid.

⁶ Onderzoek IOSH Return to work after common mental disorders.

⁷ Momenteel wordt de LESA Overspanning en burn-out uit 2011 herzien om de huisarts beter uit te rusten om overspanning en burn-out te herkennen.

⁸ De Kock, Peter, Lucassen et al (2016) How do Dutch GPs address work-related problems? A focus group study.

⁹ Onderzoek Nivel (2012) en bevestigd in interviews met cliëntvertegenwoordiging en werkgerelateerde ggz.

¹⁰ Onderzoek door Panteia (2016) toont aan dat samenwerking belangrijk wordt gevonden, tegelijkertijd blijkt dat 45% van de bedrijfsartsen tevreden of zeer tevreden is over de samenwerking met de huisarts. Van de huisartsen is 17% (zeer) tevreden over de samenwerking met de bedrijfsarts.

In deze fase gaat de werknemer actief en ondersteund door een professional aan de slag met zijn herstel. In deze fase ontstaat naast de rol van 'werknemer' ook de rol van 'cliënt'. Risico in deze fase is dat de behandelaar, huisarts en/of bedrijfsarts het contact met de werknemer teveel overneemt, waardoor contact met de werkgever vermindert, aldus behandelaren en begeleiders in de GGZ.

Vooralsnog zorgprofessionals in de werkgerelateerde GGZ geven aan dat gedeeltelijk blijven werken kan helpen. Contact en steun vanuit werk¹¹ en tijdige werkhervatting is niet alleen van belang voor de werkgever, maar juist ook voor de werknemer¹². In deze fase zien we daarin een verschil tussen zogenaamde 'werkgerelateerde GGZ' en de reguliere GGZ. Er wordt in de interviews een cultuurverschil beschreven van enerzijds de houding dat werk kan helpen bij herstel, en anderzijds dat werk beter nog even op afstand kan blijven om zo het herstel van de werknemer te ondersteunen. De werkgerelateerde GGZ zet werk centraal als onderdeel van de behandeling; reguliere GGZ focust vaak eerst op herstel en daarna op integratie/werkhervatting, aldus een behandelaar uit de reguliere GGZ.

Bij behandeling in de huisartsenpraktijk is kennis over werkgerelateerde klachten bij de huisarts en vooral de POH-GGZ gewenst. Deze kennis is nu nog (te) afhankelijk van ervaring en interesse.

2.6 Aangrijpingspunten bij nazorg

In de fase van nazorg zijn er 4 aangrijpingspunten (zie visualisatie in figuur 2.1):

- ④ Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer.
- ④ Aangrijpingspunt 2: Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer.
- ④ Aangrijpingspunt 4: Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid.
- ④ Aangrijpingspunt 5: Aandachtige rolverdeling bij terugvalpreventie.

Nu keert de werknemer langzaam weer terug naar werk. Vaak eerst nog wiebelig en onzeker, maar uiteindelijk weer sterk genoeg om inzetbaar te zijn. Dit is een spannende fase, waarin de kans op terugval groot is. Voor werknemers vraagt deze fase discipline en volharding, maar ook dapperheid.

In deze fase wordt terugkeer naar werk steeds meer onderwerp van gesprek. Afhankelijk van de plek van behandeling, vinden deze gesprekken alleen met de werkgever of ook (standaard) met de behandelaar plaats. Onderwerpen in deze fase zijn het vinden van ander werk, het heroverwegen van de carrière, maar ook het geleidelijk terugkeren naar de huidige werkplek. Zoals blijkt uit interviews met zorgprofessionals uit de werkgerelateerde GGZ, is in deze branche aandacht voor terugkeer naar werk en terugvalpreventie al vrij gebruikelijk. Na het hersteltraject ontstaat er een moment waarop gesproken gaat worden over de toekomst. Over de manier waarop een nieuwe terugval voorkomen kan worden. Na werkhervatting, waar dan ook, is er in deze branche gedurende een periode van ongeveer zes maanden incidenteel contact met de behandelaar of coach. De achterliggende gedachte is dat gedragsverandering lastig is en terugvallen in

¹¹ Een begripvolle en ondersteunende manager is van belang bij werkhervatting, zo blijkt uit onderzoek van De Kock, Peter, Lucassen et al (2016).

¹² In diverse studies zien we, als we inzoomen op specifieke kenmerken van cliënten, dat werkloosheid een minder goede behandeluitkomst voorspelt (Fournier et al., 2009; Lorenzo-Luaces, DeRubeis, van Straten, & Tiemens, 2017). Het verliezen van werk is niet alleen een stressvolle gebeurtenis, maar er valt ook een deel van de sociale relaties mee weg. Dat werk onder goede omstandigheden herstel kan bevorderen blijkt ook uit onderzoek van RVS (2015).

oud gedrag gaat heel makkelijk. Nazorg is naast afronding van een traject ook preventie voor een volgend uitval. Bij de reguliere GGZ gaat behandeling minder vaak over terugkeer of nazorg. Een behandeling wordt afgesloten wanneer de meest ernstige psychische klachten voorbij zijn. Er is weinig aandacht voor de rol van werk in het leven, het soort werk en de mogelijkheden ander werk te doen op de eigen werkplek of bij een andere organisatie. In intensiviteit wordt wel afgeschaald naar bijvoorbeeld een POH-GGZ. In dit geval voert vooral de werkgever gesprekken over terugkeer.

2.7 De reis van Annabel¹³

In de route naar herstel bestaan verschillende aangrijpingspunten ter verbetering. Er is per fase aangegeven welke aangrijpingspunten dit zijn en welke verbeteringen nodig zijn om de arbocuratieve samenwerking te versterken. Het gaat dan om:

- 1 Door informatie meer regie bij de werknemer.
- 2 Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer.
- 3 Afgestemde toeleiding tot de juiste vorm van zorg en afstemming.
- 4 Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid.
- 5 Aandachtige rolverdeling bij terugvalpreventie.

Om concreet te maken hoe deze verbeteringen toepast kunnen worden, hebben wij een casus van een van de door ons geïnterviewde ervaringsdeskundigen uitgewerkt in een 'verbeterde' versie. Om goed duidelijk te kunnen maken wat de impact is als de werknemer geen regierol heeft en niet de juiste ondersteuning vindt, hebben we gekozen voor een (helaas waargebeurde) casus waarbij het 'goed mis is gegaan'.

2.7.1 Concretisering van de aanbevelingen aan de hand van casus Annabel

Kort samengevat komt de casus van Annabel op het volgende neer. (Voor volledige casus zie [bijlage](#).)

¹³ Casus Annabel is een echte casus, maar niet een casus die model staat voor alle trajecten van werknemers die uitvallen met psychische klachten. Er is gekozen voor deze casus omdat het veel elementen omvat die terug te voeren zijn tot de aangrijpingspunten ter verbetering.

Annabel is een slimme vrouw van 46 jaar. Ze is meerdere malen uitgevallen op haar werk. De afgelopen maanden heeft ze weer aangemodderd. Ze was erg moe en gaf dat meerdere malen aan bij haar leidinggevende. Maar daar werd niet serieus op in gegaan: haar emoties werden afgedaan als zwak, zo is haar gevoel. Nu is ze opnieuw uitgevallen. In eerste instantie meldde ze vooral haar fysieke klachten, na haar eerste week uitval heeft ze verteld ook burn-out klachten te hebben. Ziek thuis ziet ze veel beren op de weg. Eigenlijk is ze zich onvoldoende bewust van haar rechten en plichten, realiseert ze zich. Ze zoekt met name in haar directe omgeving en via via naar informatie. Ze hoort veel spookverhalen. Dit maakt haar angstig en zorgt voor verhoging van stress. Relativering lukt dan niet meer. Haar omgeving gaat ook mee in haar angst om haar baan te verliezen. Van rust is eigenlijk weinig sprake. Annabel is zoekende hoe ze kan herstellen, weet niet wat ze moet doen om zich beter te voelen. Op advies van de POH-GGZ start ze behandeling, maar haar psychotherapeut geeft aan 'dat werk niet haar specialisme' is. Ze stelt voor dat alle contact met werk en de bedrijfsarts via Annabel loopt. Na een wachttijd van enkele weken start haar behandeling. In de tussentijd is er sporadisch contact met de bedrijfsarts, niet met haar directe leidinggevende. Uiteindelijk is Annabel 'de radiostilte' zelf zat. Ze wil weer aan de slag. Ze neemt hiertoe zelf initiatief en na enkele maanden is Annabel weer fulltime aan de slag. Eenmaal aan de slag neemt ze binnen enkele maanden ontslag omdat ze voelt dat ze weer begint 'op te draaien'. In het exitgesprek reageert haar direct leidinggevende met verbazing. Hij ziet niet waar hij anders had kunnen handelen.

2.7.2 Aangrijpingspunten casus Annabel

In de casus van Annabel gaat een aantal dingen al goed, maar door haar meer regie te geven, kan haar herstelproces beter verlopen. Daardoor wordt de arbocuratieve samenwerking versterkt. Dit kan er als volgt uitzien:

Aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer

Wat gaat goed?

- 🕒 Annabel gaat actief op zoek naar informatie over haar rechten en plichten en naar de manier waarop ze zelf aan haar herstel kan werken.

Wat kan beter?

- 🕒 Annabel had geholpen geweest met een plek met informatie over zelfhulp, over wet- en regelgeving. Annabel wil liever 'contact' zodat ze ook direct vragen kan stellen. In haar geval had bijvoorbeeld haar POH-GGZ een 'vraagbaak' kunnen zijn. Een online-omgeving met alle voor haar relevante informatie had haar ook geholpen.

Aangrijpingspunt 2: Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer

Wat gaat goed?

- 🕒 Annabel erkent dat ze hulp nodig heeft. Ze zoekt steun in haar sociale omgeving, praat over haar problemen en gaat naar de huisarts. Ook meldt ze bij haar leidinggevende dat ze klachten heeft.

Wat kan beter?

- ③ De aanloopfase duurt lang. Hierin speelt mee dat Annabel niet het gevoel heeft volledig te zijn hersteld van haar eerdere burn-outklachten. Een vorm van nazorg had haar toen kunnen helpen om haar nieuw aangeleerde vaardigheden beter toe te passen. Ook had toegang tot haar vorige behandelplan en haar ervaringen kunnen helpen. Om nog eens te kunnen herlezen wat de tools waren die ze toen aangereikt heeft gekregen.
- ③ Dat kan een collectief aanbod zijn, maar ook individueel. Mogelijk had een [stress-jam](#) Annabel kunnen leren om beter met stress om te gaan. Ook vroegsignalering door de werkgever voor mensen zoals Annabel die eerder zijn uitgevallen kan ertoe bijdragen dat haar disbalans in draagkracht en draaglast eerder naar boven was gekomen. Het kan bijvoorbeeld een vast besprekpunt zijn bij een functioneringsgesprek, waarbij ook gekeken wordt naar omstandigheden in het privéleven die maken dat er (tijdelijk) andere afspraken nodig zijn om te zorgen dat de werknemer plezier in het werk houdt.
- ③ De huisarts en zijn POH-GGZ hadden meer voor haar kunnen betekenen. Aan de hand van de LESA had de huisarts haar meer kunnen steunen in haar zoektocht naar hulp en als regiebehandelaar kunnen optreden. En samen met haar contact kunnen opnemen met de bedrijfsarts om te zorgen dat alle partijen dezelfde informatie hebben.
- ③ De bedrijfsarts is eerder betrokken geweest bij haar situatie en had kunnen inspelen op de verstoorde werkrelatie.
- ③ Annabel had meer informatie moeten hebben over haar rechten en plichten, over het verloop van het herstelproces en de fases die zij met wie zou moeten doorlopen.

Aangrijpingspunt 3: Afgestemde toeleiding tot de juiste vorm van zorg en afstemming

De huisarts leidt Annabel toe naar een psychotherapeut, ze gaat naar de bedrijfsarts en zoekt tegelijkertijd een alternatieve oplossing, ze praat met haar netwerk over wat ze moet en kan doen en wat mogelijke consequenties zijn.

Wat gaat goed?

- ③ De huisarts neemt haar klachten serieus en verwijst haar door naar de psychotherapeut, een vorm van behandeling waar ze veel baat bij kan hebben.
- ③ De bedrijfsarts betreft een arbodeskundige, zoekt naar een aanbod dat zo snel mogelijk beschikbaar is en wil contact met de therapeut die haar gaat behandelen zodat werk een integraal onderdeel wordt van de behandeling.
- ③ De huisarts verwijst Annabel naar zijn POH-GGZ. De POH-GGZ geeft praktische ondersteuning waar Annabel direct mee aan de slag kan en zoekt samen met haar een passende therapeut. Deze ondersteuning maakt dat ze – in afwachting van behandeling – al stappen kan zetten.

Wat kan beter?

- ③ De huisarts gaf aan niet veel met werklachten te kunnen, althans zo is het in ieder geval bij Annabel overgekomen. De bedrijfsarts vertrouwt ze niet en de psychotherapeut is nog niet in beeld. Eigenlijk

heeft Annabel in deze fase iemand nodig die naast haar gaat staan, die haar uitleg geeft en samen met haar de regie gaat voeren op haar herstelproces. Iemand die niet alleen overneemt, maar ook duidelijk maakt aan Annabel dat ze zelf veel kan doen aan haar herstel. En haar daar concrete adviezen over geeft. Ook is het nodig dat deze persoon kennis heeft van het herstelproces en van de actoren die daarin een rol spelen én die dus ook moeten worden 'opgeleid' om tot goede arbeidsmatige samenwerking te komen.

- 🕒 De bedrijfsarts moet geïnformeerd worden over de indicatiestelling.
- 🕒 Annabel zou in deze fase samen met de persoon die met haar de regie voert op het herstel proces afspraken moeten maken over wie zorgt voor afstemming tussen de verschillende betrokken professionals en haar werkgever.
- 🕒 Het duurt te lang voordat behandeling start.
- 🕒 Annabel had eerder contact moeten hebben met haar werkgever. Zo had hij eerder geweten hoe hij zou kunnen bijdragen aan haar herstelproces.

Aangrijpingspunt 4: Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid

Wat gaat goed?

- 🕒 Annabel bouwt langzaam op naar weer fulltime werken. En ze is doortastend genoeg om op zoek te gaan naar een werkomgeving die beter bij haar past.

Wat kan beter?

- 🕒 De psychotherapeut is voorzichtig met de informatie die ze geeft aan de bedrijfsarts. Dit is tegenstrijdig met het gezamenlijke doel waar zij aan werken: Annabel weer in het zadel helpen.
- 🕒 Het ontslag nemen van Annabel kwam voor haar werkgever als een verrassing. Zowel Annabel, maar zeker ook haar psychotherapeut had de werkgever beter kunnen meenemen in haar zoektocht. Hier had in de behandeling meer aandacht voor kunnen zijn.

Aangrijpingspunt 5: Aandachtige rolverdeling bij terugvalpreventie

Wat gaat goed?

- 🕒 Opbouw van werkzaamheden gaat stap voor stap en er is redelijk wat tijd ingeruimd voor de uiteindelijke volledige terugkeer naar werk.

Wat kan beter?

- 🕒 Aandacht voor terugvalpreventie voor iemand die al twee keer een burn-out heeft gehad is, kan veel leed in de toekomst voorkomen. Denk daarbij aan coaching door een arbeidsdeskundige, door de POH-GGZ. Deze zogenaamde 'vinger aan de pols' is idealiter tot 6 maanden na terugkeer periodiek voorhanden.
- 🕒 Terugvalpreventie kan ook vorm krijgen door bijvoorbeeld online modules stresspreventie of een VR-training gericht op stressregistratie.

3 Implementatie

In het vorige hoofdstuk is de ideale reis van de werknemer geschetst met meer regie bij de werknemer, waardoor arbocuratieve samenwerking beter verloopt. Gedurende onze eigen reis constateerden wij dat we er met alleen een visualisatie van de route naar herstel, de aangrijpingspunten ter verbetering met een uitgewerkte casus om dit te concretiseren nog niet waren. Vanuit alle betrokkenen is expliciet aangegeven dat werknemers, zeker in de eerste fase van hun route naar herstel, van dichtbij moeten worden geholpen met hun regierol. Vanuit professionals wordt aangegeven dat de werknemer daar op dat moment namelijk nog onvoldoende toe in staat is. Ditzelfde wordt door de werknemers (ervaringsdeskundigen) aangegeven, met die nuancering dat zij vooral behoefte hebben aan iemand die hen helpt met alle vragen die zij hebben over bijvoorbeeld datgene wat zij zelf kunnen doen, wat hun rechten en plichten zijn en wie welke rol speelt in zijn herstelproces.

Essentiële vraag is wie de aangewezen persoon is om ondersteuning te bieden. Werkgevers zijn hiervoor, vooral in deze beginfase, vaak niet de meest 'logische' of 'veilige' keuze. De bedrijfsarts is daarmee ook niet voor de hand liggend, bovendien weten we dat het merendeel van de werknemers eerst naar de huisarts gaat. Soms nog voordat ze zelf helder hebben wat de oorzaak van (lichamelijke) klachten is. De huisarts kan deze verantwoordelijkheid op zich nemen en delegeren naar zijn praktijkondersteuner.

De POH-GGZ is hiervoor de aangewezen persoon, zo concluderen wij op basis van de door ons verzamelde gegevens. In de stakeholdersbijeenkomst werd deze denkwijze gesteund. De gedachtegang is dat de regierol van de POH-GGZ gedurende het herstelproces van de werknemer minder wordt, maar op de achtergrond beschikbaar blijft. De POH-GGZ is vaak een van de eersten met wie de werknemer contact heeft wanneer het niet goed gaat en de POH-GGZ kan tot na terugkeer naar werk een 'vinger aan de pols te houden' door oog te houden voor samenwerking, terugkeer naar werk en het risico op terugval. Deze regierol wordt gedurende het herstelproces van de werknemer minder als dat kan, maar moet op de achtergrond beschikbaar blijven.

We hebben er daarom voor gekozen de visualisatie primair voor de werknemer te maken, maar samen met een handleiding te adresseren aan de POH-GGZ. Met de visualisatie op tafel tijdens het eerste gesprek houdt ze samen met de werknemer zicht op het herstelproces en het verloop van de arbocuratieve samenwerking, ziet wat momenten van risico zijn en kan samen met hem bepalen wanneer de regie kan worden overgedragen aan de werknemer en wanneer zij wat meer de leiding moet nemen. De visual stelt haar ¹⁴ in staat bij een consult met een werknemer/patiënt met werkgerelateerde klachten samen het (komende) proces te bespreken en te bekijken welke stappen er nu en later door wie moeten worden gezet. Samen kunnen zij bespreken wie de samenwerking tussen verschillende partijen coördineert. De onderliggende handleiding geeft concrete voorbeelden van de manier waarop de POH-GGZ en de werknemer zelf het herstelproces kunnen versterken en versnellen. De handleiding kan gebruikt worden naast de NHG-standaard 'Overspanning en burn-out' die zich richt op diagnose en behandeling, en naast de

¹⁴ Uiteraard kan waar zij en haar staat ook hij, hem en zijn worden gelezen.

LESA 'Overspanning en burn-out' die aanbevelingen geeft voor samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. De handleiding vormt nadrukkelijk een aanvulling, waarbij is ingezoomd op de momenten die er het meest toe doen in het herstelproces van de cliënt.

Natuurlijk gaat dit niet zomaar. De visual en de handleiding moeten beschikbaar zijn en een vorm van (geaccrediteerde) bijscholing is noodzakelijk. Uit zowel interviews ([Bijlage 7 Geraadpleegde deskundigen](#)) als de stakeholdersbijeenkomst ([Bijlage 8 Stakeholdersbijeenkomst](#)) komt immers naar voren dat het kennisniveau betreffende arbeid per POG-GGZ verschilt én dat kennis en vaardigheden over arbocuratieve problemen vaak beperkt is. Arbeid en het effect hierop op welzijn komt in de verschillende opleidingen van POH-GGZ (bijvoorbeeld SPV, Psychologie, SPH) beperkt voor. Ons advies is daarom deze eerste stap concreet en samen met de landelijke vereniging van POH-GGZ (<https://www.poh-ggz.nl>) naar het veld te brengen. Een steekproef onder de leden kan een beeld geven van noodzakelijk nascholingsaanbod. De (vorm van) de nascholing kan door de beroepsvereniging van POH-GGZ in samenwerking met de regionale RINO's worden georganiseerd. Samen met hen kan ook worden bepaald welk nascholingsaanbod ondersteunend is. De website van de POH-GGZ kan als onderliggende bron dienen voor de doorklikbare inhoud van dit rapport.

De bovenstaande routing behoeft natuurlijk wat nuancering. De noodzaak van de ondersteuning in de regierol van de POH-GGZ hangt bijvoorbeeld samen met de vaardigheden van de werkgever. Is een direct leidinggevende gevoelig voor werknemers die 'at risk' zijn voor een burn-out, dan zal hij meer aandacht hebben voor preventie en minder afwachtend zijn in het praten over psychische klachten.

Maakt een werkgever gebruik van een werkgerelateerde GGZ-organisatie dan kan er zelfs een preventief programma worden aangeboden en kan er preventief coaching worden ingezet. Ook wordt er in dat geval actiever gestuurd op het samen laten werken van de verschillende stakeholders. Dergelijke organisaties hebben daarnaast in hun werkwijze meer aandacht voor het werken in rollen, het toerusten van werknemers op eigen regie en het kort houden van de lijnen tussen verschillende betrokkenen. De mooie voorbeelden kunnen ter inspiratie dienen voor het veld ([Bijlage 4 Mooie voorbeelden uit het veld](#)). Geldt dat er bijvoorbeeld bij de huisarts al overduidelijk is dat er sprake is van vooral werkgerelateerde klachten, dan zal een huisarts met oog voor werk eerder verwijzen naar een arbocuratieve aanbieder. De rol van de POH-GGZ zal ook in dit geval minder actief (hoeven) zijn.

4 Randvoorwaarden

In het veld is er veel energie en enthousiasme om breder aan de slag te gaan met het verbeteren van het arbocuratieve proces. Het toerusten van de werknemer, hierin ondersteund door zijn POH-GGZ, is daarbij een eerste stap. In het vorige hoofdstuk is uitgewerkt hoe dit geïmplementeerd kan worden.

Ook zijn we op zoek gegaan naar enkele best practices die inspiratie geven voor de invulling van de aangrijpingspunten ter verbetering. De opbrengsten hiervan zijn weergegeven in [Bijlage 4 Mooie voorbeelden uit het veld](#).

Tijdens de discussie met stakeholders ([Bijlage 8 Stakeholdersbijeenkomst](#)) is gesproken over de manier waarop de inzichten over het hele arbocuratieve proces ([Bijlage 6 Hoofdlijnen uitkomst literatuurstudie](#)) kunnen worden toegepast in het veld. De breed gedragen mening aldaar was dat verbetering in dit proces niet zozeer enkel zit in de arbocuratieve samenwerking, maar zeker ook in de voorfase en de visie op combinatie tussen werk en gezondheid. Samenwerking, regie hierop en kennisdeling spelen een grote rol die door verschillende stakeholders kan worden opgepakt. Vanuit de stakeholdersbijeenkomst, de interviews met alle partijen, de best practices en de literatuur destilleren wij daarom ook een aantal aanvullende actielijnen die door deze stakeholders kunnen worden opgepakt. Deze zijn weergegeven in [Bijlage 5](#).

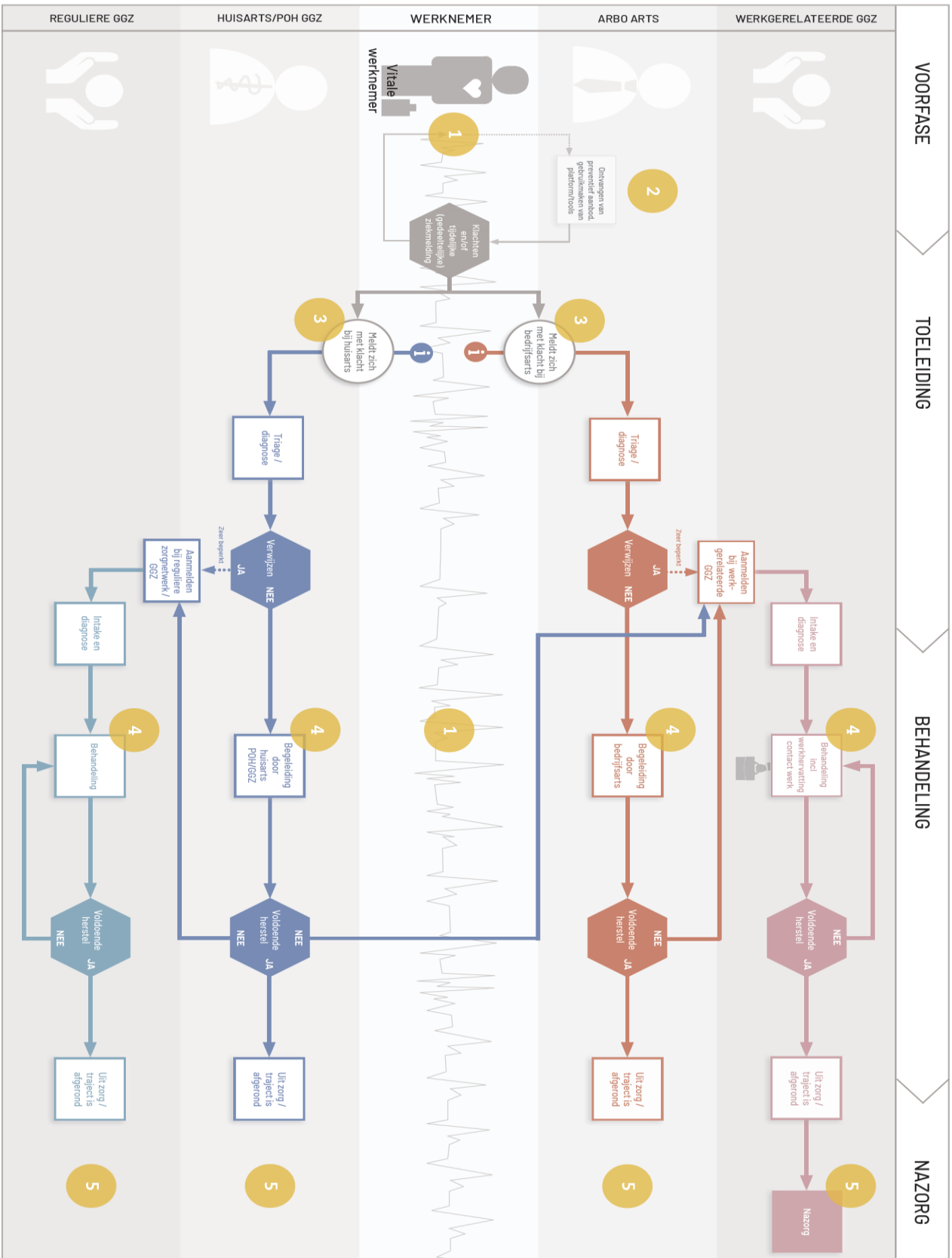
Tot slot zijn er een aantal concrete aanbevelingen aan de beide Ministeries vanuit het curatieve veld die wij niet onbenoemd willen laten blijven:

- 🕒 De regie bij de werknemer is enkel mogelijk als de overige stakeholders (werkgevers en behandelaren) aan de genoemde randvoorwaarden voldaan (visie op werk, informatie ter beschikking, zelfhulptools, etc.).
- 🕒 Stimuleer initiatieven in de regio voor dossierinterviews, waarbij alle betrokken stakeholders aanwezig zijn. Het met elkaar leren van dossiers en op basis daarvan nieuwe samenwerkingsafspraken maken, verstevigt onderlinge samenwerking en helpt in de randvoorwaarden voor meer regie bij de werknemer. Idealiter leiden werknemers die ervaring hebben met werkgerelateerde klachten de interviewsessies.
- 🕒 Deel de randvoorwaarden voor meer regievoering voor de werknemer met de professionals. Stimuleer vervolgens binnen de beroepsgroepen (geaccrediteerde) nascholing op arbeidsgerelateerde klachten.
- 🕒 Deel de randvoorwaarden voor meer regievoering voor de werknemer met werkgevers ([Bijlage 5 Actielijn per fase](#)). Bij werkgevers is kennis over psychische klachten en de gespreksvaardigheden die daarbij passen een punt van aandacht. De Toolbox werknemer en psychische klachten van het NIP (<https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/toolbox-werk-en-psychische-klachten/>) kan helpen deze kennis en vaardigheden te versterken. De training Mental Health First Aid kan hierin ook ondersteunend zijn (<https://mhfa.nl>). Het voordeel is dat je hiermee direct een nadere kennismaking organiseert tussen 'de GGZ' en werkgevers.

- ③ Meerder malen worden 'levenslessen' in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, maar zeker ook op MBO, HBO en WO geadviseerd. Dit is natuurlijk een groot en complex advies met veel stakeholders. Wellicht kan op dit onderwerp op termijn een eigen project worden gestart.
- ③ Stimuleer het gebruik van een EPD (elektronisch patiëntendossier) of PGO (persoonlijke gezondheidsomgeving) als ondersteuning in de samenwerking tussen stakeholders in het arbocuratieve proces. Maak de werknemer eigenaar daarvan. Ook voor dit advies geldt dat sprake is van een grotere complexiteit. Om het klein te houden kan een eerste stap liggen in een vorm van (financiële) ondersteuning voor pilots in de regio.
- ③ Informeer de beroepsgroepen om de werknemer heen beter over wet- en regelgeving. Hierbij gaat het om de professionals (huisartsen, POH-GGZ, psychologen, coaches, bedrijfsartsen en overige arbodeskundigen) maar zeker ook over de werkgevers.
- ③ Gebruik de informatiekanalen van de beroepsgroepen (huisartsen, POH-GGZ, psychologen, coaches, bedrijfsartsen en overige arbodeskundigen) om professionals te informeren over de bevindingen uit de visual over arbocuratieve zorg, over wet- en regelgeving, scholing en good practices. Denk daarbij aan nieuwsbrieven, webinars en websites. Voor webinars kan accreditatie stimulerend werken. Geef kaderhuisartsen GGZ arbocuratief expliciet als aandachtsgebied en/of biedt daarin scholing.

Bijlage 1 Visualisatie reis werknemer

Route naar herstel bij werkgerelateerde klachten



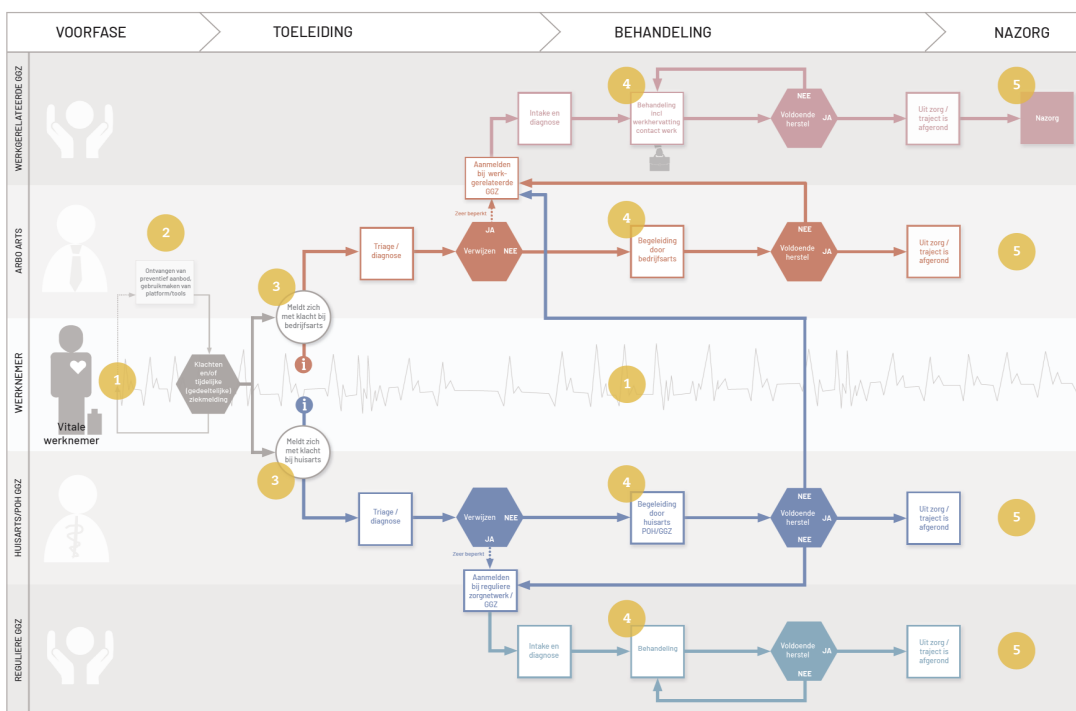
Bijlage 2 Handleiding POH-GGZ

In deze handleiding vind je een visualisatie van het herstelproces van je cliënten met arbocuratieve GGZ klachten. Zodat jij als POH-GGZ samen met je cliënt kunt anticiperen op mogelijke risico's in het arbocuratieve proces, en zeker ook de arbocuratieve samenwerking. De handleiding geeft praktische tips hoe je als POH-GGZ je cliënt kunt ondersteunen.

Het cliëntperspectief als uitgangspunt

De handleiding is opgesteld vanuit het cliëntperspectief. Het herstelproces van cliënten met arbocuratieve klachten is hiertoe in kaart gebracht (zie figuur 1). Er zijn 5 aangrijpingspunten cruciaal gebleken om het herstel van de cliënt goed te laten verlopen. De POH-GGZ is de aangewezen persoon om te zorgen dat juist op deze momenten het herstelproces van de cliënt op koers blijft. De nadruk ligt er op dat het belangrijk is om náást de cliënt te staan en zo samen te zorgen voor afstemming met de op dat moment bij de cliënt betrokken stakeholders. De handleiding geeft praktische tips hoe je dat kunt doen op de momenten die er het meeste toe doen in het herstelproces. De handleiding pretendeert niet volledig te zijn, maar is te gebruiken in aanvulling op de Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Overspanning en burn-out¹⁵ en de NHG-Standaard Overspanning en burn-out¹⁶.

Route naar herstel bij werkgerelateerde klachten



Figuur B 2.1: Visualisatie reis van de werknemer. Voor groter formaat: [visual](#)

¹⁵ De LESA geeft aanbevelingen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen.

¹⁶ De NHG-standaard is bedoeld voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met overspanning en burn-out.

Achtereenvolgend presenteren we de aangrijpingspunten in het herstelproces, de concrete tips per aangrijpingspunt, ondersteund met concrete voorbeelden vanuit het herstelproces van Annabel (zie kader).

Annabel is een slimme vrouw van 46 jaar. Ze is meerdere malen uitgevallen op haar werk. De afgelopen maanden heeft ze weer aangemodderd. Ze was erg moe en gaf dat meerdere malen aan bij haar leidinggevende. Maar daar werd niet serieus op in gegaan: haar emoties werden afgedaan als zwak, zo is haar gevoel. Nu is ze opnieuw uitgevallen. In eerste instantie meldde ze vooral haar fysieke klachten, na haar eerste week uitval heeft ze verteld ook burn-out klachten te hebben. Ziek thuis ziet ze veel beren op de weg. Eigenlijk is ze zich onvoldoende bewust van haar rechten en plichten, realiseert ze zich. Ze zoekt met name in haar directe omgeving en via via naar informatie. Ze hoort veel spookverhalen. Dit maakt haar angstig en zorgt voor verhoging van stress. Relativering lukt dan niet meer. Haar omgeving gaat ook mee in haar angst haar baan te verliezen. Van rust is eigenlijk weinig sprake. Annabel is zoekende hoe ze kan herstellen, weet niet wat ze moet doen om zich beter te voelen. Op advies van de POH-GGZ start ze behandeling, maar haar psychotherapeut geeft aan 'dat werk niet haar specialisme' is. Ze stelt voor dat alle contact met werk en bedrijfsarts via Annabel loopt. Na een wachttijd van enkele weken start haar behandeling. In de tussentijd is er sporadisch contact met de bedrijfsarts, niet met haar direct leidinggevende. Uiteindelijk is Annabel 'de radiostilte' zelf zat. Ze wil weer aan de slag. Ze neemt hiertoe zelf initiatief en na enkele maanden is Annabel weer fulltime aan de slag. Eenmaal aan de slag neemt ze binnen enkele maanden ontslag omdat ze voelt dat ze weer begint 'op te draaien'. In het exitgesprek reageert haar direct leidinggevende met verbazing. Hij ziet niet waar hij anders had kunnen handelen.

Aangrijpingspunten en oplossingen

De aangrijpingspunten ter verbetering:

- ① Aangrijpingspunt 1: Door je cliënt meer informatie te geven heeft hij zelf meer regie. Dit geldt voor zijn hele herstelproces.
- ② Aangrijpingspunt 2: Er is zowel bij cliënten als bij werkgevers weinig aandacht voor preventie.
- ③ Aangrijpingspunt 3: Werkgevers, bedrijfsartsen en eventuele andere betrokken behandelaren hebben te weinig contact over de beste vorm van zorg voor je cliënt.
- ④ Aangrijpingspunt 4: Er is een verschillende visie op werk en herstel bij verschillende zorgprofessionals: werk kan vaker dan je denkt ook helpen bij herstel.
- ⑤ Aangrijpingspunt 5: Wanneer je cliënt herstellende is, blijft het nodig om een vinger aan de pols te houden. Ook na terugkeer naar werk.

Tips per aangrijpingspunt

Aangrijpingspunt 1) Door je cliënt meer informatie te geven heeft hij zelf meer regie.

Als de cliënt regie heeft op het eigen proces, is de verwachting dat het herstelproces korter duurt, verergering van klachten wordt voorkomen, dat werknemers sneller uitkomen bij de juiste interventie, de behandelfase voorspoediger verloopt en dat de werknemer sneller herstelt. Dit komt bovendien de arbocuratieve samenwerking ten goede, doordat er gezamenlijk vanuit een integrale aanpak gekeken wordt naar wat de cliënt nodig heeft. Informatie en samenwerking zijn daarbij cruciaal. Je kunt het volgende doen om de regie van de cliënt te versterken:

- ③ Bespreek samen met de cliënt/werknemer het te verwachten herstelproces en de risicomomenten. Dit helpt hem zicht te krijgen op zijn herstelproces en de risicomomenten. Eventueel aan de hand van de visual kan het (komende) proces worden besproken en gekeken worden naar welke stappen er nu en later door wie moeten worden gezet. Samen kun je de samenwerking tussen verschillende partijen coördineren.
- ③ Ondersteun de cliënt zo lang dit nodig is, maar werk vanaf het begin toe naar herstel van zelfregie. Maak hier ook afspraken over.
- ③ Wijs de cliënt op beschikbare informatie over rechten en plichten, zelfzorg en ervaringen van anderen.
- ③ Bespreek met je cliënt dat het delen van informatie tussen bijvoorbeeld de bedrijfsarts, werkgever en POH-GGZ belangrijk is voor zijn herstel. Gebruik je op jouw praktijk een persoonlijk online dossier, bespreek dan de mogelijkheid zijn dossier (deels) ter inzage te geven aan de bedrijfsarts.
- ③ Bepreek met je cliënt dat steun ook uit zijn eigen omgeving kan komen. Schaamte over psychische klachten komt vaak voor en belemmert herstel. Regel eventueel een ervaringsdeskundige waar hij terecht kan.

Voorbeeld bij aangrijpingspunt 1: Door informatie meer regie bij de werknemer

Wat gaat goed bij Annabel?

- ③ Annabel gaat actief op zoek naar informatie over haar rechten en plichten en over de manier waarop ze zelf aan haar herstel kan werken.

Wat kan beter bij Annabel?

- ③ Annabel was geholpen geweest met een plek met informatie over zelfhulp, over wet- en regelgeving. Annabel wil liever 'contact' zodat ze ook direct vragen kan stellen. In haar geval had haar POH-GGZ een vraagbaak kunnen zijn. Een online-omgeving met alle voor haar relevante informatie had haar ook geholpen.

Aangrijpingspunt 2) Er is zowel bij cliënten als bij werkgevers weinig aandacht voor preventie

Het proces is nu als lineaire lijn gepresenteerd, maar dit kan net zo goed een cyclus zijn. Want preventie is ook na een hersteltraject belangrijk. Je kunt het volgende doen om aandacht voor preventie te stimuleren:

- ③ Oefen samen met de cliënt hoe hij/zij preventie kan aankaarten bij zijn leidinggevende. Mogelijk kan hij periodiek bij zijn directe leidinggevende agenderen hoe het gaat om zo vroegsignalering vorm te geven.

- ⦿ Mocht de werkgever geen preventief aanbod bieden, overweeg dan of een onlinemodule stresshantering of groepstraining (bijvoorbeeld mindfulness) vanuit de praktijk kan ondersteunen.
- ⦿ Er zijn verschillende technologische ontwikkelingen waardoor je cliënt kan leren omgaan met stress. Bijvoorbeeld een [stress-jam](#).
- ⦿ Een werknemer kan ten alle tijden een bezoek brengen aan het open spreekuur van de bedrijfsarts met vragen over gezondheid in relatie tot werk. De werkgever moet ervoor zorgen dat dit beschikbaar is.

Voorbeeld bij aangrijpingspunt 2: Meer open aandacht voor preventie door werkgever en voor werknemer

Wat gaat goed bij Annabel?

- ⦿ Annabel erkent dat ze hulp nodig heeft. Ze zoekt steun in haar sociale omgeving, praat over haar problemen en gaat naar de huisarts. Ook meldt ze bij haar leidinggevende dat ze klachten heeft.

Wat kan beter bij Annabel?

- ⦿ De aanloopfase duurt lang. Hierin speelt mee dat Annabel niet het gevoel heeft volledig te zijn hersteld van haar eerdere burn-out. Een vorm van nazorg had haar toen kunnen helpen om haar nieuw aangeleerde vaardigheden beter toe te passen. Of toegang tot haar vorige behandelplan en haar ervaringen had kunnen helpen om nog eens te kunnen herlezen wat die tools waren die ze toen aangereikt heeft gekregen.
- ⦿ Dat kan een collectief aanbod zijn, maar ook individueel. Mogelijk had een [stress-jam](#) Annabel kunnen leren om beter met stress om te gaan. Ook vroegsignalering door de werkgever voor mensen zoals Annabel die eerder zijn uitgevallen kan ertoe bijdragen dat haar disbalans in draagkracht en draaglast eerder naar boven was gekomen. Het kan bijvoorbeeld een vast bespreekpunt zijn bij een functioneringsgesprek, waarbij ook gekeken wordt naar omstandigheden in het privéleven die maken dat er (tijdelijk) andere afspraken nodig zijn om te zorgen dat de werknemer plezier in het werk houdt.
- ⦿ De huisarts en zijn POH-GGZ hadden meer voor haar kunnen betekenen. De huisarts had haar meer kunnen steunen in haar zoektocht naar hulp en als regiebehandelaar kunnen optreden. En samen met haar contact kunnen opnemen met de bedrijfsarts om te zorgen dat alle partijen dezelfde informatie hebben.
- ⦿ De bedrijfsarts is eerder betrokken geweest bij haar situatie en kan inspelen op de verstoorde werkrelatie.
- ⦿ Annabel had meer informatie moeten hebben over haar rechten en plichten, over het herstelproces in het geheel en de fases die zij zou moeten doorlopen.

Aandachtspunt 3: Werkgevers, bedrijfsartsen en eventuele andere betrokken behandelaren hebben te weinig contact over de beste vorm van zorg voor je cliënt

- ⦿ Werk met de NHG standaard. Deze standaard is in 2018 vernieuwd en biedt handvatten voor een anamnese conform de meest recente wetenschappelijke inzichten over stress en burn-out. Zo is 'even rust' zelden een goed advies. Dit betekent dat je in het eerste gesprek al aandacht hebt voor werk, door bijvoorbeeld:
 - te vragen of iemand werkt;
 - wat voor werk hij in dat geval doet;
 - of klachten met het werk te maken kunnen hebben;
 - of er eerder sprake is of is geweest van verzuim.

- ⦿ Betrek de bedrijfsarts zo snel mogelijk. Laat je cliënt hier een actieve rol in spelen wanneer hij daaraan toe is. Hier gaat best wat mis. Via [ZorgDomein](#) kan worden gezocht op de toegewezen bedrijfsarts. Samen bellen naar de bedrijfsarts werkt ook goed.
- ⦿ Werkgevers kunnen afspraken hebben gemaakt over arbocuratief aanbod. Laat je cliënt navragen of dit het geval is wanneer hij daartoe in staat is.

Voorbeeld bij Aangrijpingspunt 3: Afgestemde toeleiding tot de juiste vorm van zorg en afstemming

Wat gaat goed bij Annabel?

- ⦿ De huisarts neemt haar klachten serieus en verwijst haar door naar de psychotherapeut, een vorm van behandeling waar ze veel baat bij kan hebben.
- ⦿ De bedrijfsarts betreft een arbodeskundige, zoekt naar een aanbod dat zo snel mogelijk beschikbaar is en wil contact met de therapeut die haar gaat behandelen zodat werk een integraal onderdeel wordt van de behandeling.
- ⦿ De huisarts verwijst Annabel naar zijn POH-GGZ. De POH-GGZ geeft praktische ondersteuning waar Annabel direct mee aan de slag kan en zoekt samen met haar een passende therapeut. Deze ondersteuning maakt dat ze – in afwachting van behandeling – al stappen kan zetten.

Wat kan beter bij Annabel?

- ⦿ De huisarts gaf aan niet geïnformeerd worden over de indicatiestelling.
- ⦿ Annabel zou in deze fase samen met de persoon die met haar regie voert op het herstelproces afspraken moeten maken over wie zorgt voor afstemming tussen de verschillende betrokken professionals en haar werkgever.
- ⦿ Het duurt langer dan noodzakelijk voordat behandeling start.
- ⦿ Annabel had eerder contact moeten hebben met haar werkgever. Zo had hij eerder geweten hoe hij bij zou had kunnen bijdragen aan haar herstelproces.
- ⦿ De huisarts gaf aan niet veel met werklachten te kunnen - of zo is het in ieder geval bij haar overgekomen. De bedrijfsarts vertrouwt ze niet en de psychotherapeut is nog niet in beeld. Eigenlijk heeft Annabel in deze fase iemand nodig die naast haar gaat staan, die haar uitleg geeft en samen de regie gaat voeren op haar herstelproces. Iemand die niet alleen overneemt, maar ook duidelijk maakt aan Annabel dat ze zelf ook veel kan doen aan haar herstel. En haar daar concrete adviezen op over geeft. Ook is het nodig dat deze persoon kennis heeft van het herstelproces en van de actoren die daarin een rol spelen én dus ook moeten worden 'opgelijnd' voor goede arbocuratieve samenwerking.
- ⦿ De bedrijfsarts moet geïnformeerd worden over de indicatiestelling.
- ⦿ Annabel zou in deze fase samen met de persoon die met haar regie voert op het herstelproces afspraken moeten maken over wie zorgt voor afstemming tussen de verschillende betrokken professionals en haar werkgever.
- ⦿ Het duurt langer dan noodzakelijk voordat behandeling start.
- ⦿ Annabel had eerder contact moeten hebben met haar werkgever. Zo had hij eerder geweten hoe hij bij zou had kunnen bijdragen aan haar herstelproces.

Aandachtspunt 4: Er is een verschillende visie op werk en herstel bij verschillende zorgprofessionals.

Maak samen met de cliënt een plan van aanpak voor herstel. Als de cliënt uitvalt op het werk, maak dan afspraken over het informeren van de werkgever. Als de cliënt dit liever niet alleen doet, kan er misschien iemand uit het eigen netwerk meegaan.

- ⦿ Tijdens behandeling is het belangrijk dat er regelmatig gesprekken zijn tussen cliënt en de eigen leidinggevende of de afdeling HR. Dit kan onderdeel zijn van de planning ter opbouw van het werk. Ga hier samen actief mee aan de slag.
- ⦿ Als de cliënt nog niet terecht kan bij de behandeling, zijn er dan mogelijkheden om alvast te starten met een zelfhulpmodule? Denk aan oefeningen om thuis te doen.
- ⦿ Regel ondersteuning tussen behandelsessies door. Maak zelfhulpmodules beschikbaar.

Voorbeeld bij Aangrijpingspunt 4: Gezamenlijke visie op (samenwerking bij) werk en gezondheid

Wat gaat goed?

- ⦿ Annabel bouwt langzaam op naar weer fulltime werken. En ze is doortastend genoeg om op zoek te gaan naar een werkomgeving die beter bij haar past.

Wat kan beter?

- ⦿ De psychotherapeut is voorzichtig in met de informatie die ze geeft aan de bedrijfsarts. Dit is tegenstrijdig met het gezamenlijke doel waar zij beide aan werken: Annabel weer in het zadel helpen.
- ⦿ Het ontslag van Annabel kwam voor haar werkgever als een verrassing. Zowel Annabel, maar zeker ook haar psychotherapeut had deze de werkgever beter kunnen meenemen in haar zoektocht. Hier had in de behandeling meer aandacht voor kunnen zijn.

Aandachtspunt 5: Aangrijpingspunt 5: Wanneer je cliënt herstellende is, blijft het nodig om een vinger aan de pols te houden. Ook na terugkeer naar werk.

- ⦿ Stel een terugvalplan op met persoonlijke kenmerken, stressfactoren en interventies die je cliënt zelf kan doen om stress te verminderen.
- ⦿ Laat de cliënt na afronding van het traject niet direct los, maar zorg voor nazorg. Of zorg dat de betrokken behandelaar hierin voorziet. Ook behoud van toegang tot het online dossier kan hieraan bijdragen, net als online oefenmodules.

Voorbeeld bij Aangrijpingspunt 5: Aandachtige rolverdeling bij terugvalpreventie

Wat gaat goed?

- ③ Opbouw van werkzaamheden gaat stap voor stap en er is redelijk wat tijd ingeruimd voor de uiteindelijke volledige terugkeer naar werk.

Wat kan beter?

- ③ Aandacht voor terugvalpreventie voor iemand die al twee keer een burn-out heeft gehad is, kan veel leed in de toekomst voorkomen. Denk daarbij aan coaching door een arbeidsdeskundige, door de POH-GGZ. Deze zogenaamde 'vinger aan de pols' is idealiter tot 6 maanden na terugkeer periodiek voorhanden.
- ③ Terugvalpreventie kan ook vorm krijgen door bijvoorbeeld online modules stresspreventie of een VR-training gericht op stressregistratie.

Wat verder belangrijk is:

- ③ Zorg dat je overzicht hebt van wet- en regelgeving wat wel en niet gecommuniceerd mag worden met de werkgever. Zorg samen dat je cliënt ook alle informatie heeft die voor hem relevant is.
- ③ Kennis van werk in relatie tot herstel is noodzakelijk. Volg training/nascholing over arbeid en gezondheid en de wetgeving. Op de [site](#) van de landelijke vereniging van POH-GGZ vind je het aanbod. Daarnaast heeft het NIP een [toolbox](#) voor professionals met informatie over werk en psychische klachten.

Bijlage 3 Casus Annabel

Annabel is een 46-jarige vrouw. Ze is universitair geschoold en werkzaam in de bancaire sector. Annabel werkt nu ruim 8 jaar bij haar huidige werkgever en heeft op verschillende afdelingen gewerkt. Het is een zeer competitieve omgeving, maar ze heeft er altijd met veel plezier gewerkt. De afgelopen jaren zijn achtereenvolgens haar vader en moeder overleden. Daarnaast heeft ze wat lichamelijke ongemakken gehad (rugproblemen, overgangsklachten).

3 jaar geleden viel ze voor het eerst uit met burn-out klachten. Ze is toen 2 weken thuis geweest en is daarna weer aan het werk te gaan. Voor haar gevoel werd ze daartoe 'gedwongen' door haar arbodeskundige. De gesprekken met deze arbodeskundige gaven in haar woorden 'een inkijkje in de manier waarop de werkgever met ziekte omgaat.' Zo zouden persoonlijke dossiers niet alleen bij de arbodienst bekend zijn, maar ook worden gedeeld met managers. Ze heeft de indruk dat er in het managementteam openlijk en met weinig respect worden gesproken over ziekte van medewerkers. Annabel heeft het idee dat ze na die burn-out toen nooit echt is hersteld.

De afgelopen maanden heeft ze aangemodderd. Ze was erg moe en gaf dat meerdere malen aan bij haar leidinggevende. Maar daar werd niet serieus op in gegaan: haar emoties werden afgedaan als zwak, zo is haar gevoel. Nu is ze opnieuw uitgevallen. Toen ze zoveel fysieke klachten had dat ze niet meer anders kon, heeft ze zich op aandringen van vriendinnen uiteindelijk toch maar ziek gemeld. In eerste instantie meldde ze vooral haar fysieke klachten, pas na haar eerste week ziek zijn durfde heeft ze haar leidinggevende te vertellen dat ze ook mentale klachten heeft.

In de eerste week dat ze zich had ziekgemeld en thuis zat, is Annabel naar haar huisarts gegaan. Ze hoopte op bevestiging van haar klachten en op steun. Maar de huisarts gaf aan niet veel met werklachten te kunnen. Ze werd verwezen naar de bedrijfsarts. Op haar verzoek heeft de huisarts wel nog een verwijzing naar een psychotherapeut uitgeschreven. In de twee weken daarna slaapt ze vooral en af en toe wandelt ze in het park. Ze komt in het 'alternatieve circuit' terecht, ze wordt gemasseerd en krijgt verschillende Chakrabehandelingen.

In de week na haar ziekmelding moest ze zich melden bij haar arbodienst. Ze durfde de indicatiestelling (wat is er aan de hand en wat moet er gebeuren) die ze ondertussen van haar psychotherapeut had ontvangen, niet te geven. Ze was bang dat de informatie bij haar manager terecht zou komen. De angst niet terug te mogen keren naar haar huidige functie bracht haar hiertoe. Zij krijgt 4 weken 'rust'; daarna moet ze zich weer melden bij haar bedrijfsarts.

In de weken die volgen ziet Annabel veel beren op de weg. Eigenlijk is ze zich onvoldoende bewust van haar rechten en plichten, realiseert ze zich. Ze zoekt met name in haar directe omgeving en *via via* naar informatie. Ze hoort veel spookverhalen. Dit maakt haar angstig en zorgt voor verhoging van stress.

Relativering lukt dan niet meer. Haar omgeving gaat ook mee in haar angst haar baan te verliezen. Van rust is eigenlijk weinig sprake.

Wanneer Annabel zich een tweede keer meldt bij de bedrijfsarts is er een meer open en rustig gesprek. Deze keer heeft ze ook een voorgesprek met een 'arbodeskundige'. Ze wordt gerustgesteld in haar angsten direct weer aan het werk te moeten. Wel wordt geadviseerd direct te starten met psychotherapie. Dit is lastig omdat de wachtlijsten lang zijn bij de therapeut die haar is aangeraden. De bedrijfsarts raadt haar aan dan een andere therapeut te zoeken, deze situatie moet niet veel langer duren vindt hij. Hij geeft haar de suggestie mee met de therapeut ook over haar 'werkvragen' te praten. Hij wil graag dat de therapeut contact met hem opneemt na de intake. Annabel stemt hiermee in.

Vervolgens neemt Annabel contact op met de huisarts voor overleg over een andere therapeut. De huisarts heeft hier geen goed antwoord op en stuurt Annabel naar zijn POH-GGZ. Zij constateert dat er bij Annabel sprake is van langdurige en chronische stress. Ze geeft Annabel wat leefregels mee en ze maken een belafsprak voor advies over een andere psychotherapeut. Drie dagen later is er een belafsprak en is er een psychotherapeut gevonden met een iets kortere wachttijd. Annabel meldt zich aan en start 4 weken later met psychotherapie. In die tijd is er geen contact met haar werkgever.

In het intakegesprek geeft de psychotherapeut aan dat 'werk' niet haar specialisme is. Ze adviseert deze route via de bedrijfsarts te laten lopen en wil van Annabel horen wat ze tegen de bedrijfsarts moet zeggen. De psychotherapeut wil voorzichtig zijn met de informatie die ze geeft aan de bedrijfsarts omdat ze het herstelproces van Annabel niet wil beïnvloeden. Rust is haar devies.

Na het 5^e gesprek is Annabel zelf een beetje 'kriebelig' geworden van de situatie. Ze begint meer energie te krijgen en wil voorzichtig weer aan de slag. Ze belt haar directe leidinggevende die haar doorverwijst naar de bedrijfsarts. Met hem maakt ze een vervolgfafspraak. Hij is het eens met haar wens weer te starten met werken. Ze maken afspraken voor opbouw en deze worden met de directe leidinggevende kortgesloten.

In de maanden daarop bouwt Annabel weer op naar fulltime werken. Binnen de kortste keren bevindt ze zich weer in de hectiek, die ze ook wel prettig vindt. Tegelijkertijd voelt ze dat ze risico loopt op terugval. Omdat ze geen geloof meer heeft in het veranderen van haar werkomgeving bij de bank, besluit ze ontslag te nemen en te gaan werken als financial bij een zorgorganisatie. Die omgeving lijkt beter te passen bij haar persoonlijkheid. In het exitgesprek met haar direct leidinggevende spreekt deze zijn verbazing uit over deze stap. Hij had niet aan zien komen dat Annabel weg zou gaan. Hij wil van haar weten wat zij (en dus hij) heeft gemist in haar ziekteproces.

Bijlage 4 Mooie voorbeelden uit het veld

Naast kennis, ervaring en informatie uit literatuur, richtlijnen en van belanghebbenden, hebben we ook gezocht naar voorbeelden van werkwijzen in het veld die aansluiten bij de wensen van werknemers. Zonder uitputtend te zijn in onze opsomming, schetsen we achtereenvolgend de innovatieve kenmerken die nu al zijn ingezet bij de cliëntreis binnen werkgerelateerde GGZ. Vervolgens schetsen we welke elementen binnen de reis van cliënten/werknemers met verschillende chronische aandoeningen bijdragen aan de regie van de cliënt.

Inspiratie vanuit werkgerelateerde GGZ

In de werkgerelateerde GGZ zijn verschillende aangedragen aangrijpingspunten ter verbetering opgepakt. Onderstaand wordt er per best practice een vergelijking gemaakt tussen de aangrijpingspunten die ter verbetering voortkomen uit literatuurstudie en interviews, en de oplossingen die deze organisaties daarvoor al hebben toegepast.

Best Practice VitalMindz

Vitalmindz is vanaf de start van het traject heel bewust bezig met de eigen regie en ook de informatiebehoefte van de cliënt. Al bij aanmelding krijgt de cliënt een portal met daarin noodzakelijke informatie, de behandelvoortgang en de behandelplannen. In deze fase wordt ook direct ingezet op informatiedeling. Daarbij is de cliënt de linking pin. Bedrijfsarts en werknemer worden bij de start van het traject geïnformeerd. Gedurende de behandeling wordt de cliënt daarnaast maximaal gefaciliteerd om ook tussen behandelcontacten in aan zijn herstel te werken. VitalMindz maakt daarvoor gebruik van innovaties als VR en online behandelmodules. Heeft de cliënt tussen behandelcontacten door vragen, dan kan hij contact leggen met een van de online coaches van VitalMindz. Er is continue aandacht en transparantie over de voortgang door meting van ROM en MHC-sf.

Het portal blijft tot 6 maanden na afsluiting van de behandeling beschikbaar om zo het risico op terugval terug te dringen. In deze periode vinden er ook nog enkele coachingsgesprekken plaats ter voorkoming van terugval.

	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Aangrijpingspunten ter verbetering	Slechte signalering van klachten Informatieachterstand rechten, plichten en proces Afhankelijk van verwijzer Weinig kennis preventie Weinig aandacht voor preventie Moeite zorgen te benoemen	Onvoldoende informatie herstel en interventie Lange wachttijden behandeling Weinig kennis preventie Onvoldoende informatie interventies Afstemming onderling Soms verschillende visie op werk Lange wachttijden	Informatieachterstand rechten, plichten, proces Afhankelijkheid van visie op zorg professional Weinig kennis interventies Niet altijd actieve benadering werknemer Kennis arbeidsgerelateerde problemen verschilt Kennis sociale kaart verschilt Visie op werk en stress verschilt	Informatieachterstand rechten, plichten en proces Afhankelijk van verwijzer Weinig kennis/aandacht preventie en nazorg Niet altijd aandacht voor terugkeer en terugval
Inspiratie VitalMindz		Welkomstmodule: direct gegevens gedigitaliseerd Regie bij cliënt met volledige info over behandeling en voortgang		Eigen digitale portal wat 6 maanden na afronding beschikbaar blijft Afbouwende coaching

Best Practice De gezonde zaak

De Gezonde zaak is een tweedelijnszorginstelling en biedt specialistische begeleiding en specialistische behandelingen, met als doel om van verzuim naar vitaliteit te bewegen. Eigen regie is daarnaast een belangrijk doel, dus het leren van zelfmanagementvaardigheden is onderdeel van het traject. Dit gebeurt onder andere via een online portal en verschillende programma's met informatie en voorlichting over leefstijl en vitaliteit. De werknemer heeft de volledige regie over zijn dossier doordat hij zichzelf inschrijft en zijn gegevens invoert en regie voert over het al dan niet uitwisselen van gegevens met de bedrijfsarts en werkgever over de voortgang en inhoud van het traject. De werknemer ontvangt daarnaast een digitaal informatiepakket met informatie over het behandeltraject, hoeveel begeleidingscontacten er zijn en data over behandelresultaten staat in zijn dossier. Daarnaast zijn er online behandelmodules die de face-to-face behandeling kunnen aanvullen. Deze programma's worden als terugvalpreventie aangeboden.

De Gezonde Zaak werkt multidisciplinair, met een team van onder andere psychologen en fysiotherapeuten en heeft daarnaast aandacht voor voeding en beweging. De Gezonde Zaak besteedt veel aandacht aan de start van het traject naar herstel. Er is waar nodig actieve afstemming met huisarts/bedrijfsarts en aan de werknemer wordt bij de start direct gevraagd om toestemming voor (de wijze van) gegevensuitwisseling. Specialistische behandeltrajecten (GGZ) worden gecombineerd met een traject gericht op arbeid. Deze

combinatie zorgt bij behandeltrajecten GGZ voor aandacht voor werkhervatting en bij werkgerelateerde trajecten voor aandacht bestaat voor geestelijke gezondheid. Daarnaast besteedt De Gezonde Zaak veel aandacht aan (terugval)preventie, bijvoorbeeld door na afsluiting van het behandeltraject gedurende zes maanden periodiek nog enkele coachingsgesprekken of zogenaamde terugvalactiviteiten aan te bieden.

	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Aangrijpingspunten ter verbetering	<p>Slechte signalering van klachten</p> <p>Informatieachterstand rechten, plichten en proces</p> <p>Afhankelijk van verwijzer</p> <p>Weinig kennis preventie</p> <p>Weinig aandacht voor preventie</p> <p>Moeite zorgen te benoemen</p>	<p>Onvoldoende informatie herstel en interventie</p> <p>Lange wachttijden behandeling</p> <p>Weinig kennis preventie</p> <p>Onvoldoende informatie interventies</p> <p>Afstemming onderling</p> <p>Soms verschillende visie op werk</p> <p>Lange wachttijden</p>	<p>Informatieachterstand rechten, plichten, proces</p> <p>Afhankelijkheid van visie op zorg zorgprofessional</p> <p>Weinig kennis interventies</p> <p>Niet altijd actieve benadering werknemer</p> <p>Kennis arbeidsgereleerde problemen verschilt</p> <p>Kennis sociale kaart verschilt</p> <p>Visie op werk en stress verschilt</p>	<p>Informatieachterstand rechten, plichten en proces</p> <p>Afhankelijk van verwijzer</p> <p>Weinig kennis/aandacht preventie en nazorg</p> <p>Niet altijd aandacht voor terugkeer en terugval</p>
Inspiratie De Gezonde Zaak	<p>Portal met informatie en voorlichting. Bieden programma's om verzuim te voorkomen</p>	<p>Eigen digitale portal vanaf start informatie en e-health tools beschikbaar en cliënt actief betrokken.</p> <p>Bij start waar nodig actieve afstemming met huisarts/bedrijfsarts</p> <p>Bij start toestemming cliënt voor wijze van informatie uitwisseling</p>	<p>Eigen digitale portal</p> <p>Werkhervatting is integraal onderdeel van de behandeling</p> <p>Blended behandeling: zowel e-Health als face-to-face</p>	<p>Client heeft digitale portal met inzicht/transparantie behandeling/voortgang.</p> <p>Kan op termijn ook uitgewisseld (nu nog enkel voor cliënt)</p> <p>Terugkom- activiteiten ter voorkoming van terugval</p>

Inspiratie vanuit reguliere GGZ

Ook binnen de GGZ zien we inspirerende voorbeelden. Zo werkt Mentaal Beter samen met Medicinfo om binnen de reguliere GGZ optimaal de digitale mogelijkheden te benutten die aanwezig zijn. Mentaal Beter levert met ondersteuning van Medicinfo protocollaire gb-ggz en s-ggz behandelingen waarbij contact tussen (regie) behandelaar en cliënt plaatsvindt via beeldbellen en chat. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een uitgebreide bibliotheek met e-health modules en worden cliënten naar behoefte via motivational coaching 24/7 ondersteund.

Daarnaast ontstaat nu binnen verschillende GGZ-organisaties de mogelijkheid om e-health al voor de start van de behandeling te gebruiken. GGzE is hiervan een voorloper die veel investeert in apps voor mentale gezondheid. GGzE biedt, ondersteund door onder andere zorgverzekeraar CZ, online coachingtools (apps)¹⁷ aan die je al bij lichte klachten kunnen helpen.

Inspiratie vanuit netwerken van chronische zorg

Bij zorg voor chronische aandoeningen geldt dat de patiëntreis op papier gelijk is. Ook hier blijkt uit onderzoek dat de arbocuratieve samenwerking voor verbetering vatbaar is. Tegelijkertijd is er een aantal opvallende verschillen. Belangrijkste verschil is dat voor alle ziekten geldt dat er op verschillende momenten in het proces ondersteuning voorhanden is voor de werknemer. Het gaat dan om het volgende:

- 🕒 Er is een neutrale, algemene informatieve website. In geval van palliatieve zorg is ook een informatielijn beschikbaar en kunnen patiënten vragen stellen aan een casemanager of arts.
- 🕒 Een digitale zorgzoeker. Dit betreft een portal voor Parkinson cliënten waarbinnen deskundige zorgverleners zoals diëtisten, psychiaters, logopedisten, etc. te vinden zijn.
- 🕒 Via fora of chats is het mogelijk om kennis en ervaringen te delen met lotgenoten en zorgverleners.
- 🕒 Inzet van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld bij de werkhervatting.

Voor kankerpatiënten is er een digitale portal beschikbaar: Oncokompas. Dit is een tool voor zelfmanagement. De persoonsgegevens zijn alleen inzichtelijk voor de patiënt; niet voor zorgverzekeraar en behandelend specialist. Maar ook is er de lastmeter: een digitale tool om te screenen of de patiënt behoefte heeft aan psychosociale zorg. Als de patiënt daar zelf behoefte aan heeft, kan hij via de Lastmeter aan de betrokken zorgverlener(s) laten weten hoe het met hem gaat.

¹⁷ Via www.welshop.nl

	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Inspiratie chronische zorg	<p>'De patiënt als informatiedrager'</p> <p>Hulp bij voorlichting aan collega's en advies en ondersteuningsaanbod in vorm van gesprekken of coaching gericht op werkgevers en/of betrokken leidinggevenden</p> <p>"Lastmeter" om aan te geven hoe het gaat met patiënt.</p> <p>Grote mate van informatievoorziening voor patiënt</p> <p>Zelfmanagementtool voor patiënt</p>	<p>Integrale samenwerking kanker en werk met duidelijke rolverdeling en afstemming</p> <p>Zelfmanagementtool voor patiënt</p>	<p>Zelfmanagementtool voor patiënt</p>	<p>Zelfmanagementtool voor patiënt</p> <p>Inzet ervaringsdeskundige bij werkhervatting</p>

Inspiratie vanuit andere partijen

- Inzet van een brede arbeidsscan op levensgebieden bij de start van een behandeltraject om direct een overzicht te krijgen van alle elementen die mogelijk de huidige klachten veroorzaken. Dit vanuit de achterliggende aanname dat een burn-out over het algemeen voortkomt uit een veelheid aan factoren. Op deze manier is direct bij aanvang van het traject duidelijk op welke elementen gefocust moet worden om herstel te bevorderen. De arbeidsscan wordt eigendom van de werknemer. Hij bepaalt of en hoe de informatie erin wordt gedeeld (Autismepunt BV).
- Ketenorganisatie van zorgorganisaties die gezamenlijk inzetbaar zijn op alle factoren die kunnen bijdragen aan uitval op het werk (bijvoorbeeld fysieke problemen, verslavingsproblemen, mentale problemen). Op deze manier worden alle gebieden die een rol (kunnen) spelen bij uitval van werk in samenspraak aangepakt (Zorg van de Zaak).
- Bieden van een (juridisch) consult over uitval en herstel (Autismepunt BV).

Bijlage 5 Actielijn per fase en per actor

In iedere fase van de route naar herstel liggen er diverse verbeterpunten die opgepakt kunnen worden. In deze bijlage beschrijven we hoe per actor in het speelveld de actielijn eruit kan zien. De voorgestelde stappen zijn getoetst bij enkele werknemers met werkgerelateerde klachten.

Achtereenvolgens behandelen we de actielijnen: **De werknemer aan het stuur** (4.1) **Versterken van de werkomgeving** (4.2.) en **Professionals op één lijn** (4.3). We besluiten met een overkoepelende actielijn: **Reframe stress en werk** (4.4). Afsluitend geven we een totaaloverzicht van de acties per fase.

Actielijn 1: De werknemer aan het stuur

Actielijn 1 ondervangt de problemen die de werknemer ondervindt in voor, tijdens en na zijn uitval op werk. Door de werknemer (met hulp van de POH-GGZ) meer regie te geven op het totale proces, is de verwachting dat de voorfase korter duurt, verergering van klachten wordt voorkomen, dat werknemers sneller uitkomen bij de juiste interventie, de behandelfase voorspoediger verloopt en dat de werknemer sneller herstelt. Informatie en samenwerking zijn daarbij cruciaal. Versterking van de regie van de werknemer kan door de volgende acties op korte termijn in gang te zetten:

1 Eén neutrale plek voor alle informatie voor werknemers

Er is veel behoefte aan alle informatie over (dreigende uitval) op één neutrale plaats. In gewone mensentaal, met een eenvoudig overzicht van feiten, adressen, risico's.

Denk op korte termijn aan een uitbreiding van <https://www.thuisarts.nl> voor kennis over burn-out of gelijksoortige klachten en (zelf)hulp en bijvoorbeeld www.kiezenindeggz.nl voor het kiezen van een behandelaar met kennis van werkgerelateerde klachten. Op de wat langere termijn zou deze informatie geïntegreerd moeten worden met informatie over rechten en plichten van werknemers. Voor specifieke groepen kan mogelijk de onafhankelijke cliëntondersteuner of ervaringsdeskundige actiever worden ingezet ter ondersteuning en 'vertaling'.

2 Eén medewerker, één plan

Stimuleer een regionale aanpak om tot een integrale werkwijze van 'één medewerker, één plan' te komen. Zorg dat het initiatief hiertoe bij de medewerker ligt. Dit stimuleert kennisdeling, een eenduidige boodschap en dus duidelijkheid voor een medewerker.

3 Zelf aan de slag

Biedt op een neutrale plek online preventieve middelen, games ter preventie van stress, ervaringsdeskundigheid en bijvoorbeeld online behandelprogramma's aan door bijvoorbeeld op de site www.duurzameinzetbaarheid ook daadwerkelijk middelen aan te bieden tegen werkstress.

Fase / Actor	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Werknemer	Slechte signalering van klachten Informatieachterstand rechten, plichten en proces Afhankelijk van verwijzer Weinig kennis preventie	Onvoldoende informatie herstel en interventie Lange wachttijden behandeling Weinig kennis preventie Informatieachterstand rechten, plichten en proces	Informatieachterstand rechten, plichten en proces Afhankelijkheid van visie op zorg zorgprofessional Weinig kennis interventie	Informatieachterstand rechten, plichten en proces Afhankelijk van verwijzer Weinig kennis preventie en nazorg
Actielijn 1	Een neutrale plek voor alle informatie Zelf aan de slag	Een medewerker, een plan Zelf aan de slag	Een medewerker, een plan Zelf aan de slag	Zelf aan de slag
Overkoepelende actielijn	Reframe stress en werk			

Actielijn 1 ter verbetering voor werknemer per fase

Actielijn 2: Versterken van de werkomgeving

Er is nog veel winst te halen door de werkgever een actieve rol te geven. Zo kunnen klachten worden voorkomen of op tijd gesignaleerd worden. Werkgevers kunnen door meer kennis over psychische problemen bijdragen aan het wegnemen van het taboe rondom deze klachten. Op korte termijn stellen we de volgende acties voor:

1 Informeer werkgevers

Werkgevers kunnen inzetten op preventie en vroegsignalering. Dit is essentieel in de voorfase voordat klachten erger worden. Voorzie werkgevers van informatie over de meerwaarde van preventie en vroegsignalering en hoe ze dit in kunnen zetten. Voorzie ze daarnaast informatie over de wat en hoe van hun verzuimbeleid.

2 Opleiden

Train werkgevers in vaardigheden op het gebied van vroegsignalering en het bespreekbaar maken van psychische klachten. Ook kan intervisie georganiseerd worden voor leidinggevendenden over gespreksvoering rondom verzuim bij medewerkers 'at risk'.

Fase / Actor	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Werkgever	Weinig aandacht voor preventie Moeite zorgen te benoemen	Onvoldoende informatie interventies Beperkte informatie rechten, plichten en proces Soms weinig gespreksvaardigheden Niet altijd actieve benadering werknemer	Informatieachterstand rechten, plichten en proces Soms weinig gespreksvaardigheden Niet altijd actieve benadering werknemer	Weinig kennis/aandacht preventie en nazorg Soms weinig gespreksvaardigheden
Actielijn 2	Informeert werkgevers Opleiden	Informeert werkgevers Opleiden	Informeert werkgevers Opleiden	Informeert werkgevers Opleiden
Overkoepelende actielijn	Reframe stress en werk			

Actielijn 2 ter verbetering voor werkgever per fase

Actielijn 3: Professionals op één lijn

Essentieel in snel herstel is dat professionals meer kennis hebben over arbocuratieve zorg en over elkaar. Het hebben van contact met elkaar is cruciaal, net als het elkaar spreken op dossierniveau.

1 Klachten herkennen

Bij klachten moeten werknemers zo snel mogelijk passend aanbod ontvangen. Dit vraagt om bij- en nascholing voor huisartsen op het gebied van met name burn-outklachten. Door te voorzien in een advies- of vraagbaakfunctie voor professionals kan beslisondersteuning worden geboden. Ook kan intervisie georganiseerd worden, waarbij bedrijfsartsen en zorgverleners samen leren van trajecten uit het verleden.

2 Sociale kaart

Ontwikkel een sociale kaart voor aanbod in werkgerelateerde aandoeningen voor alle partijen. Zo wordt voor betrokken partijen inzichtelijk wie hier een rol in kan vervullen. www.kiezenindeggz.nl en www.thuisarts.nl kunnen hierin op korte termijn een rol spelen.

3 Aandacht voor arbeid

Bevorder meer aandacht voor 'arbeid' in het curriculum van POH-GGZ en opleiding tot GZ-psycholoog om zo te borgen dat signalen tijdig herkend worden.

4 Stimuleer een actieve afstemming met werkgever

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat voor sommige zorgorganisaties actief contact met de werkgever gebruikelijk is. Werk met koepelorganisaties (AKWA, NHG) toe naar zorgstandaarden waarin deze activiteit nog nadrukkelijker terugkomt.

Fase / Actor	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Arbo- en huisarts		Afstemming onderling Soms verschillende visie op werk	Kennis arbeid gerelateerde problemen verschilt Kennis sociale kaart verschilt	Weinig aandacht preventie/nazorg
Werk-gerelateerde of reguliere ggz		Lange wachttijden behandeling	Visie op werk en stress verschilt	Niet altijd aandacht voor terugkeer en terugval
Actielijn 3	Klachten herkennen Sociale kaart Aandacht voor arbeid	Klachten herkennen Sociale kaart Aandacht voor arbeid Stimuleer een actieve afstemming met werkgever	Aandacht voor arbeid Stimuleer een actieve afstemming met werkgever	Aandacht voor arbeid
Over-koepelende actielijn	Reframe stress en werk			

Actielijn 3 ter verbetering voor professionals per fase

Overkoepelende actielijn: Reframe stress en werk

Psychische problemen zijn niet eenvoudig te bespreken. Positieve of negatieve effecten van werk op stress en vice versa hangen boven de markt. Sommige partijen geven aan dat werken averechts werkt bij het herstel van een burn-out. Andere partijen geven juist aan dat werk kan helpen. Stimuleer daarom onderzoek en communiceer de uitkomsten hierover nadrukkelijk. De academische werkplaats Arbeid en Gezondheid (AWAG) zou hierin bijvoorbeeld een rol kunnen spelen.

Werknemers hebben vaker dan gedacht een duidelijke visie op arbeid en herstel. MIND zou bijvoorbeeld samen met werkgevers en GGZ Nederland een mogelijke partner zijn in het onder de aandacht brengen van het belang van werk voor herstel. Het gaat daarbij om 'omdenken' op grote schaal: van de 'week van de werkstress' naar de 'week van het werkplezier' bijvoorbeeld.

Wrap up

In de voorgaande paragrafen is per actor en per aangrijpingspunt ter verbetering een actielijn uitgezet. Het geheel komt er daarmee als volgt uit te zien:

Fase / Actor	Voorfase	Toeleiding juiste interventie	Behandelfase	Nazorgfase
Actielijn 1	Een neutrale plek voor alle informatie Zelf aan de slag	Een medewerker, een plan Zelf aan de slag	Een medewerker, een plan Zelf aan de slag	Zelf aan de slag
Actielijn 2	Informeel werkgevers Opleiden	Informeel werkgevers Opleiden	Informeel werkgevers Opleiden	Informeel werkgevers Opleiden
Actielijn 3	Klachten herkennen Sociale kaart Aandacht voor arbeid	Klachten herkennen Sociale kaart Aandacht voor arbeid Stimuleer een actieve afstemming met werkgever	Aandacht voor arbeid Stimuleer een actieve afstemming met werkgever	Aandacht voor arbeid
Overkoepelende actielijn	Reframe stress en werk			

Bijlage 6 Hoofdpijnen uitkomst

literatuurstudie

Cijfers over psychische klachten en werk¹⁸

Betrouwbare gegevens over de incidentie van overspanning en burn-out zijn niet voor handen. Wel is bekend dat circa 1 op de 10 Nederlanders (ouder dan 12 jaar) te maken heeft met psychische klachten. Ruim 43% van de mensen krijgt ooit in zijn leven te maken met een psychische aandoening. In de beroepsbevolking heeft ongeveer 20% te maken met een lichte of matige psychische aandoening die goed behandelbaar is, zoals angst of depressie.

Het arbeidsverzuim om psychische redenen is groot en in de periode 2010-2013 is het verzuimpercentage door psychische aandoeningen sterk gestegen. Werknemers met psychische aandoeningen re-integreren trager en vallen vaker definitief uit. Ruim een derde van de arbeidsongeschikten is afgekeurd wegens psychische klachten. Van de bijstandsgerechtigden heeft naar schatting 40% psychische problemen.¹⁹

Het volgende beeld komt naar voren ten aanzien van de psychosociale arbeidsbelasting van werknemers: 2,7 miljoen (van de circa 10 miljoen) van de Nederlandse werknemers heeft te maken met hoge taakeisen. 90% van de werknemers geeft aan dat ze moeite hebben om te voldoen aan de psychische werkeisen zoals werkdruk; 12% kampt met burn-out klachten.

In gemiddeld 1 op de 3 kent verzuim een psychisch oorzaak. Bij vrouwen zijn psychische aandoeningen de grootste veroorzaker van verzuim (ruim 40%), bij mannen is dit in ca. 26% het geval. In de leeftijd van 25 tot 45 jaar zijn psychische aandoeningen de belangrijkste oorzaak van verzuim. Bij 39% van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen WIA/WAO was de hoofddiagnose een psychische aandoening. De psychische aandoeningen waren grotendeels het gevolg van een reactie op ernstige stress, zoals burn-out.

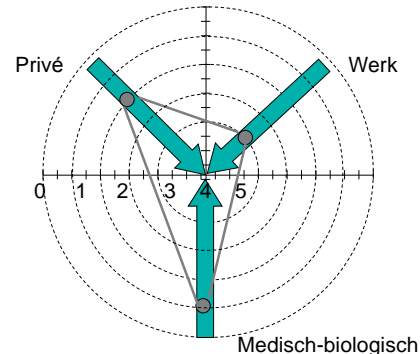
¹⁸ Bronnen CBS 2015 en webpublicatie van het Nederlands instituut voor Psychologen

¹⁹ Peter van Eekert, Samen werken aan werk. Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen, z.p. 2017.

Oorzaken

De oorzaak van psychisch verzuim is per persoon en situatie verschillend. In het kort gaat het om de balans tussen belasting en belastbaarheid waarbij werk, privé, medisch-biologisch in combinatie invloed hebben op de ernst van de psychische klachten. De aanleiding voor het ontstaan van klachten verschilt:

- 1 Aangrijpingspunt medisch/biologisch
- 2 Aangrijpingspunt werk
- 3 Aangrijpingspunt privé
- 4 Combinatie van voorgaande



Meest voorkomende klachten zijn angst, depressie, middelenmisbruik (drugs/alcohol), burn-out/overspannenheid werk- en/of privé gerelateerd.

Wet verbetering poortwachter als kader voor samenwerking

De arbocuratieve samenwerking is geregeld in de Wet verbetering poortwachter (zie kader). Dit geeft een helder kader voor samenwerking, zo horen we terug. In de wet is vastgelegd dat arbo en zorg op gezette momenten met elkaar contact hebben. Als een bedrijfsarts bijvoorbeeld de werknemer verwijst naar een medisch specialist of psycholoog, is het uitgangspunt dat dit in overleg met de werknemer plaatsvindt. Het contact tussen arbo en huisarts kan de vorm hebben van telefonisch overleg of per e-mail en zou er met name bij aanvang van het ziekteverzuim moeten zijn; na verloop van tijd wordt dit minder.

Binnen de wetgeving heeft de werknemer een centrale rol in de informatieoverdracht. Om elkaar over en weer te informeren als huisarts en bedrijfsarts is 'informed consent' nodig: toestemming van de werknemer. De werknemer is hier niet helemaal vrij in, maar is verplicht mee te werken aan redelijke verplichtingen, opgelegd door de werkgever of de bedrijfsarts, waaronder het beschikbaar stellen van gegevens die de bedrijfsarts nodig heeft om een beoordeling te kunnen maken. Het niet opvolgen van een dergelijke verplichting kan leiden tot het (gedeeltelijk) stopzetten van het salaris.²⁰

Verplichtingen Wet verbetering poortwachter voor het eerste jaar:

- 🕒 Ziektegevallen moeten uiterlijk binnen één week na de eerste ziektedag worden gemeld bij de [arbodienst](#) of bedrijfsarts.
- 🕒 Is de werknemer zes weken ziek, dan moet door de arbodienst of bedrijfsarts een [probleemanalyse](#) worden gemaakt. Hierin staat waarom de werknemer niet meer kan werken, wat zijn mogelijkheden tot herstel zijn en wanneer hij het werk weer denkt te kunnen hervatten.
- 🕒 Binnen acht weken na de [ziekmelding](#) of uiterlijk twee weken na de probleemanalyse stel je volgens de Wet verbetering poortwachter in overleg met je werknemer een Plan van Aanpak (PvA) op. In dit plan beschrijf je wat jullie gaan doen om de werknemer weer aan het werk te krijgen. Het PvA is een onderdeel van het re-integratiedossier.

²⁰ Op grond van artikel 7:660a BW

- ⦿ Is er sprake van dreigend langdurig verzuim, dan moet je volgens de Wet verbetering poortwachter een re-integratiedossier bijhouden. Hierin staan het verloop van de ziekte en alle activiteiten die jullie hebben ondernomen om terugkeer naar werk mogelijk te maken.
- ⦿ Iedere zes weken moet je de voortgang met de werknemer bespreken.
- ⦿ Samen met de werknemer kies je een casemanager. Deze persoon begeleidt en controleert de uitvoering van het PvA (dit is overigens niet verplicht).
- ⦿ In de 42e week moet je de werknemer ziekmelden bij het UWV.

Verplichtingen Wet verbetering poortwachter na een jaar:

- ⦿ Blijft de werknemer onverhoopt lang ziek, dan volgt tussen week 46 en 52 een eerstejaarsevaluatie, zo is vastgelegd in de Wet verbetering poortwachter. Jij en de werknemer evalueren het afgelopen jaar en stellen vast welk [re-integratieresultaat](#) jullie in het tweede ziektejaar willen behalen en hoe jullie dat gaan doen.
- ⦿ Is de werknemer na twintig maanden nog niet volledig aan de slag, dan stel je in overleg met de werknemer een re-integratieverslag op. Hierin staan alle afspraken en concrete resultaten van de geplande werkherleving.
- ⦿ Hebben alle inspanningen niet geleid tot terugkeer naar het werk, dan ontvangt de werknemer in de 87e week een [WIA-aanvraagformulier](#) van het UWV. Dit formulier moet hij volgens de Wet verbetering poortwachter binnen drie weken terug sturen aan het UWV. Snel daarna beoordeelt UWV het re-integratieverslag, voert een WIA-keuring uit en start de WIA-uitkering als aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.
- ⦿ Indien noodzakelijk moet de werkgever het werk, de werkplek en/of de arbeidsmiddelen van de werknemer aanpassen, bepaalt de Wet verbetering poortwachter.

Optimaliseren arbocuratieve samenwerking

Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking die structureel in de literatuur worden genoemd, hebben enerzijds betrekking op 'domeinverschillen', anderzijds op meer praktische problemen in termen van 'tijd en mogelijkheden' die professionals bij (meer) samenwerking zien. Knelpunten die onder domeinverschillen vallen, zijn fundamenteel van aard en worden in de literatuur meer dan eens benoemd als 'gebrek aan onderling vertrouwen'. Ze worden geduid als problemen die voortkomen door het verschil in (behandel/advies)doel en belang van bedrijfsarts en huisarts, en het financiële systeem waarbinnen zij hun rol vervullen. Hoewel onderzoek aantoont dat rondgang onder stakeholders de bestaande knelpunten bevestigen, is er weinig urgentie om deze op te pakken. Onderzoek²¹ onder 284 bedrijfsartsen uit 2008 laat zien dat slechts 18% van mening is dat de komende jaren geïnvesteerd dient te worden in arbocuratieve samenwerking. Onder de beroepsgroep lijkt op basis van dit onderzoek de behoefte voor bevordering van de samenwerking dus niet groot.

Overigens zegt slechts 8% van de verzuimende werknemers te weten dat de bedrijfsarts en huisarts contact hebben over hun gezondheidssituatie, en 21% weet dat de bedrijfsarts en huisarts het eens zijn over de behandeling.²²

²¹ BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg, Vinkeveen 2008.

²² F.M.M. van den Heuvel, R. Steenbeek, P.C. Buijs, Werknemers wensen bij verzuim een prominenter rol van bedrijfsarts én huisarts, in Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2006.

Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking

Vertrouwen in de bedrijfsarts

De bedrijfsarts is momenteel niet voor alle werknemers het eerste aanspreekpunt voor werkgerelateerde gezondheidsvraagstukken. 41% van de werknemers gaat liever naar de huisarts dan naar de bedrijfsarts met gezondheidsklachten waarvan ze denken dat deze door het werk worden veroorzaakt. Als verklaring hiervoor dragen de geïnterviewden aan dat de werknemer over het algemeen een vertrouwensrelatie heeft met zijn huisarts.

De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is formeel geborgd in onder andere de Arbeidsomstandighedenwet en in het professioneel statuut van de bedrijfsarts. 49% van de werknemers vindt dat bedrijfsartsen net als huisartsen onafhankelijk hun werk doen. 72% van de bedrijfsartsen heeft soms het idee dat werknemers die zij begeleiden in het kader van verzuimbegeleiding hun onafhankelijke positie niet geheel vertrouwen. De onafhankelijkheid is veel minder een onderwerp voor werkgevers: 84% van de werkgevers is van mening dat de bedrijfsarts onafhankelijk zijn werk kan doen.

De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is grotendeels ad hoc van karakter. 6% van de huisartsen heeft een structurele samenwerkingsrelatie met de bedrijfsarts. Dan gaat het meestal om gezamenlijke patiëntbesprekingen (46%) of gezamenlijke nascholing (24%).

Huisartsen en bedrijfsartsen verwijzen regelmatig, maar meestal op informele wijze, naar elkaar door. 62% van de huisartsen adviseert meerdere malen per maand een patiënt de bedrijfsarts te raadplegen. 46% van de huisartsen verwijst nooit officieel een patiënt door naar de bedrijfsarts met een verwijsbrief. Van de bedrijfsartsen adviseert 64% meerdere malen per maand een patiënt de huisarts te raadplegen.

19% van de huisartsen heeft gemiddeld één keer per maand contact met een bedrijfsarts, 23% één keer per kwartaal. 6% van de huisartsen heeft nooit contact met een bedrijfsarts. Er zijn signalen dat meer informatie-uitwisseling gewenst is. 45% van de huisartsen is ontevreden over de informatie-uitwisseling met de bedrijfsarts. 22% van de bedrijfsartsen is ontevreden over de informatie-uitwisseling met de huisarts. Ook is 18% van de bedrijfsartsen van mening dat hij niet aan voldoende informatie over de werknemer kan komen via andere zorgverleners om hem goed te begeleiden.

Doorverwijzing naar de bedrijfsarts

Huisartsen adviseren hun patiënten regelmatig om de bedrijfsarts te raadplegen. Twee derde van de huisartsen (62%) zegt dat meerdere malen per maand te doen. Ruim een kwart (28%) doet dat gemiddeld één keer per maand. Dat gebeurt meestal bij specifieke klachten of wanneer de klachten langdurig zijn. Het komt daarentegen maar weinig voor dat huisartsen een patiënt officieel doorverwijzen naar de bedrijfsarts, door middel van een verwijsbrief. Bijna de helft van de huisartsen (46%) doet dat nooit. Bedrijfsartsen geven zelf aan wel eens een patiënt doorverwezen te krijgen door de huisarts door middel van een verwijsbrief. 21% van de bedrijfsartsen heeft nog nooit een patiënt formeel doorverwezen gekregen door de huisarts.

Doorverwijzing naar de huisarts

Andersom kunnen ook bedrijfsartsen besluiten een werknemer door te verwijzen naar de huisarts. Huisarts en bedrijfsarts zijn het er over eens dat dit regelmatig voorkomt. Bedrijfsartsen adviseren vaker om de huisarts te raadplegen, dan dat zij formeel doorverwijzen via een verwijsbrief. Er is op dat vlak sprake van een grote spreiding onder bedrijfsartsen: sommige bedrijfsartsen doen dat op regelmatige basis, anderen nooit.

Huisartsen zijn eveneens van mening dat bedrijfsartsen regelmatig naar hen doorverwijzen. 23% van de huisartsen zegt gemiddeld één keer per maand een patiënt te krijgen die is doorverwezen door de bedrijfsarts, 17% van de huisartsen zegt dat dat gemiddeld één keer per kwartaal voorkomt.

Informatie-uitwisseling

De informatie-uitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts verloopt in overwegende mate schriftelijk. Veel van de communicatie verloopt per brief. Een kwart heeft voornamelijk mondeling overleg met de bedrijfsarts.

Bedrijfsartsen ervaren huisartsen als terughoudend in het delen van informatie. De SER signaleert eveneens dat artsen vrezen dat de relatie met de patiënt door het delen van informatie onder druk kan komen te staan. Uit eigen beweging zoeken huisartsen weinig contact met de bedrijfsarts, is de ervaring van bedrijfsartsen zoals uit de interviews duidelijk naar voren kwam. Wel zijn zij van mening dat het gemakkelijker is geworden om mondeling te overleggen met huisartsen. De terughoudendheid met het delen van informatie is gedeeltelijk te wijten aan de tijd die ermee gemoeid is. Informatie-uitwisseling kost tijd, bijvoorbeeld als het gaat om het afstemmen van een behandeltraject. Er zijn inmiddels afspraken gemaakt over de tarieven voor informatieoverdracht en overleg. Huisarts en specialist mogen de bedrijfsarts een nota sturen, die betaald wordt door de werkgever.

Ondanks de wens tot meer informatie-uitwisseling komt het maar weinig voor dat huisarts en bedrijfsarts dat op eigen initiatief doen. Zorgprofessionals zijn meestal van mening zijn dat het gebrek aan informatie-uitwisseling geen consequenties hoeft te hebben voor de kwaliteit van zorg. Er doen zich echter ook knelpunten voor. Een voorbeeld daarvan is het ontstaan van dubbele behandeltrajecten, waarbij zorgverleners van elkaar niet weten dat ze dezelfde patiënt behandelen. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer iemand ziek is uitgevallen en op eigen initiatief naar de huisarts is gegaan of zelfs al onder behandeling is bij een specialist. Na zes weken verzuim wordt hij opgeroepen door de bedrijfsarts, die eveneens een behandeltraject inzet. De patiënt kan zijn zorgverleners hierover informeren, maar doet dat om uiteenlopende redenen niet altijd, zoals uit de gevoerde gesprekken blijkt. Dit hoeft niet tot problemen te leiden. Wanneer er echter sprake is van bijvoorbeeld verschillende diagnoses voor hetzelfde fenomeen, met dito behandeltrajecten, dan kan dit (gezondheids-)problemen opleveren.

Ongeacht of de patiënt van de huisarts ook een traject volgt bij de bedrijfsarts, brengt een derde van de huisartsen de bedrijfsarts nooit uit eigen beweging op de hoogte van de door hem gestelde diagnose en het

behandelplan. Bijna de helft van de huisartsen doet dat soms. De bedrijfsartsen komen tot een soortgelijke conclusie: 45% van de bedrijfsartsen wordt soms door de huisarts op de hoogte gesteld van de gestelde diagnose en het behandelplan. Bedrijfsartsen zeggen vaker dan huisartsen dat zij nooit op de hoogte worden gesteld van de diagnose en het behandelplan.

Het lijkt erop dat de informatievoorziening voor de bedrijfsarts en de huisarts in ongeveer de helft van de gevallen toereikend is. De informatievoorziening wordt door 18% van de bedrijfsartsen als onvoldoende toereikend ervaren en 34% antwoordt neutraal, maar daarmee is niet gezegd dat dit consequenties heeft voor de kwaliteit van zorg voor de werknemer. We zien dat er onder zorgverleners behoefte is aan meer informatie-uitwisseling en mogelijk ook betere informatie-uitwisseling. Bijna de helft van de huisartsen (45%) is ontevreden is over de informatie-uitwisseling met de bedrijfsarts over de patiënt. Nog ruim een derde is op dit punt neutraal.

Bijlage 7 Geraadpleegde deskundigen

Interviews deskundigen en best practices

- ③ Jacintha van Balen – Huisarts NHG, portefeuille arbeid en gezondheid
- ③ Paul Betgem - Gepensioneerd GZ psycholoog | NIP registerpsycholoog (nu vrijwilliger NIP)
- ③ Khadija Charafi – Coach/psychosociale begeleiding Vitalmindz
- ③ Martin de Heer - Directeur Mentaal Beter
- ③ Eveline de Jong – Penningmeester Netwerk Chronische Pijn
- ③ Margot Joosen – Senior onderzoeker Tranzo, bij academische werkplaats arbeid en gezondheid en onderzoeksdepartement Tilburg University
- ③ Kees de Kock - Promovendus huisartsen en arbeidsgerelateerde klachten bij patiënten
- ③ Ulrike Leons - Directeur Skills Zorg van de Zaak
- ③ Ard van Oosten – Psychiater Indigo Rijnmond, onderdeel van de Parnassia Groep
- ③ Margriet Paalvast - Projectcoördinator MIND Landelijke Platform Psychische Gezondheid
- ③ Geert-Jan van der Sangen – Managing partner FitzMe
- ③ Karel Stolper – CZ, verantwoordelijk voor inkoop en verzekeren
- ③ Fred Zijlstra - hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie en wetenschappelijk directeur Expertisecentrum voor Inclusieve Arbeidsorganisaties
- ③ Vier werknemers in verschillende fases van de cliëntreis

Bijlage 8 Stakeholdersbijeenkomst

Door: **DSP/Baas&co**
12 november 2018

Aanwezigen: Berend Terluin, senior onderzoeker EMGO Institute, VUmc
Eveline de Jong, bestuurslid Landelijk Netwerk Chronische Pijn
Leander Westerveld van Eerten, begeleider GGZ
Maud van Aalderen, register psycholoog NIP A&O/A&G
Paul Betgem, GZ-psycholoog/ NIP registerpsycholoog
Saskia Schipper, praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg
Paulien Seeverens (Ministerie VWS)
Gieke Buur en Nicole van Loy (Baas & co)
Lotte Hogeboom (DSP-groep)

Op woensdag 12 november 2018 vond de werksessie 'arbocuratieve samenwerking bij werknemers met psychische klachten' plaats. Het doel van de sessie was om de inzichten uit het onderzoek zoals uitgevoerd door DSP-groep/Baas&co te toetsen, oplossingsrichtingen uit te werken voor de in kaart gebrachte knelpunten en mogelijkheden voor implementatie te bespreken. Met een brainstorm per fase van de cliëntreis, besprak de werkgroep wat er nodig is om de cliëntreis te verbeteren.

Veel herkenning voor de knelpunten in de huidige cliëntreis

De huidige cliëntreis van een werknemer met psychische klachten en de knelpunten die zich daarbij voordoen worden door alle aanwezige professionals herkend. De werkgroepleden zien en ervaren deze knelpunten regelmatig in de praktijk. Enkelen hebben de cliëntreis ook zelf doorgemaakt en hebben de knelpunten in den lijve onder vonden. Het gaat om hardnekkige knelpunten waar maar moeilijk verandering in te brengen is. De invloed van iedere betrokken actor op de totale cliëntreis is beperkt en de gelimiteerde tijd per cliënt maakt dat het zetten van de juiste stappen - bijvoorbeeld een werkgever betrekken bij behandeling – niet altijd lukt. In het kort gaat het er om dat:

- ① er een lange voorfase is waarin er kansen zijn het tij te keren door tijdig te signaleren en te interveniëren;
- ② de cliënt te laat bij de juiste interventie uitkomt doordat zicht op beschikbare interventies niet bij alle betrokkenen aanwezig is, en doordat de samenwerking en afstemming tussen bedrijfsarts en huisarts niet optimaal is;
- ③ er in de behandelfase vaak geen of onvoldoende aandacht is voor werk;
- ④ nazorg veelal ontbreekt.

Zonder volledig te zijn, zijn hieronder de inzichten per fase opgenomen zoals tijdens de werksessie naar voren gebracht.

Voorfase

De voorfase is een fase waarin de werknemer minder werkplezier heeft, minder functioneert en vaak met vage (lichamelijke) klachten naar de huisarts gaat.

Op het moment dat een werknemer toch klachten ontwikkeld, heeft hij/zij behoefte aan concrete handvatten, ideeën, laagdrempelige informatie over wat je zelf kunt doen om de klachten te verminderen.

Een belangrijk begrip in deze voorfase is coping; de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat. Vermijding, negeren van problemen of woede zijn allemaal manieren van coping. Ook alcoholgebruik is een manier van coping; hier zou de huisarts scherper op kunnen zijn. Omdat iemands coping-stijl thuis niet veel anders is dan op het werk, is een holistische aanpak belangrijk.

Om te zorgen dat iedereen zicht heeft op zijn eigen manier van coping en wat daarin risico's zijn, zou psycho-educatie over coping al op de lagere school moeten starten. Ook persoonlijke ontwikkelingstrajecten aangeboden door de werkgever kunnen inzicht geven.

Fase van toelichting naar de juiste zorg

Tijdig toeleiding naar de juiste interventie is essentieel. De huisarts heeft een belangrijke signalerende rol: 80-90 procent van de mensen die zich ziek meldt komt bij de huisarts.

Als iemand uitvalt voor psychische klachten hoort binnen drie weken een eerste afspraak met de bedrijfsartsen plaats te vinden. Dit gebeurt nog onvoldoende. Bedrijfsartsen kunnen hierin meer proactief zijn, gebruikmakend van de richtlijn voor werknemers met psychische klachten.

Belangrijk is dat iemand de regie neemt en de cliënt ondersteunt zolang dit nodig is. Vanaf het begin wordt toewerkt naar herstel van het zelfmanagement. Ook het bieden van perspectief is essentieel. Dit kan door het probleem te benoemen en aan te geven hoe je er uitkomt en hoe lang dit ongeveer duurt.

Voor de cliënt is het ontzettend belangrijk dat de werkgever contact houdt. Want zo wordt aangegeven: *'De cliënt wil gemist worden. Je wil weten dat je er toe doet'*.

Behandelfase

Door samen met de cliënt een plan van aanpak op te stellen met daarin aandacht voor werk, huisvesting en financiën krijgt de cliënt de kans om gaandeweg de regie te (her)pakken in het traject. In de ideale situatie is er een online systeem (PGO) met een persoonlijk dossier waar iedereen toegang toe heeft. Dat bespaart veel tijd en vergemakkelijkt de afstemming.

Als de wachttijd tot de ggz lang is, kan de POH-GGZ een vinger aan de pols houden (wachttijd ondersteuning) om die periode te overbruggen. Gedurende deze periode is de huisarts formeel regiebehandelaar, pas vanaf de start van behandeling in de 2e lijn ligt de regie bij de behandelaar GGZ.

Alle werkgroepleden erkennen het belang van tijdige terugkeer werk. Dit bevordert het herstel en geeft structuur. En terugkeer wordt steeds moeilijker als iemand *geen* contact heeft. Het is dan ook zaak om mensen die thuis zitten zo snel mogelijk weer verbinding laten maken met werk. In principe kan dit binnen zes weken (tenzij er persoonlijke redenen zijn waarom dat niet kan; het is altijd maatwerk). Als er weerstand is bij de werknemer is het belangrijk dat de behandelaar contact zoekt met het werk. De bedrijfsarts zou dan een rol kunnen spelen, ook kan de POH-GGZ als regiebehandelaar betrokken blijven.

Het is belangrijk dat de behandelaar oog heeft voor het netwerk van de cliënt: waar zitten mogelijk verbeterpunten? De mensen om de cliënt heen zouden veel meer geïnformeerd moeten zijn dan nu het geval is, zodat het beter lukt om de nieuw aangeleerde vaardigheden te implementeren in de praktijk.

Fase van nazorg

Een goede behandeling levert de werknemer nieuwe inzichten en vaardigheden op. Maar bij terugkeer naar werk begint patroonverandering pas echt. En dan is het bijna onvermijdelijk de aandacht verslapt in de waan van de dag waardoor iemand (even) terugvalt. Aandacht voor het toepassen van de nieuw aangeleerde vaardigheden is nodig bij de werknemer en zijn (werk)omgeving. De behandelaar kan hier op inspelen door te bespreken hoe de werknemer het gesprek kan aangaan met collega's bij terugkeer naar werk. Ook kan het helpen om na een half jaar nog eens een sessie te doen om te bespreken hoe het gaat. In deze fase wordt online training ook nuttig gevonden, net als het kunnen teruglezen van je behandelhistorie en opgedane inzichten.

Wat kunnen de beroepsgroepen bijdragen?

Ter besluit van de bijeenkomst is besproken wat de verschillende actoren kunnen bijdragen aan implementatie van de gewenste verandering. Alle werkgroepleden zien het verspreiden van kennis over de rol van werk bij herstel, en inzicht in wet- en regelgeving (wat moet ik, en mag ik) binnen de eigen beroepsgroep als belangrijke kans. Dit kan via bestaande nieuwsbrieven, webinars en in de opleiding. Ook het organiseren van geaccrediteerde nascholing op het onderwerp kan bijdragen aan betere samenwerking rondom de cliënt. Daarnaast zijn suggesties genoemd van bijdragen per beroepsgroep:

- 🕒 (A&O) Psychologen:
 - (toekomstige) werknemers copingsvaardigheden aanleren,
 - voorlichting geven in het onderwijs (*dit loopt al*).
 - bij werkgevers onder de aandacht brengen hoe kennis/coping/vaardigheden ingebed kunnen worden in bestaande processen (inwerktraject, functioneringsgesprek etc.).
- 🕒 POH-GGZ: contact leggen met de bedrijfsarts

Tot slot heeft is genoemd dat het NIP een toegankelijke toolbox heeft over werknemers en psychische klachten die informatief is voor behandelaren en werkgevers.

Bijlage 9 Literatuurlijst

- ③ Amstel, van R.J. et al. (2005). *Weinig veranderingen in kwaliteit van sociaal-medische begeleiding en tevredenheid bij patiënten met arbeidsverzuim, na samenwerkingsprojecten voor huis- en bedrijfsartsen*. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 22 oktober 2005, NR. 149, (pp 2.407 – 2.412).
- ③ Arboportaal (2017). *Factsheet Nieuwe Arbowet: alles goed geregeld?* Den Haag: Ministerie van SZW. <https://www.arboportaal.nl/binaries/arboportaal/documenten/brochure/2017/06/13/factsheet-nieuwe-arbowet/Factsheet+Nieuwe+Arbowet.pdf>
- ③ ArboTripleOne. *De medische machtiging voor de bedrijfsarts, rechten en plichten*. <https://www.arbotripleone.nl/de-medische-machtiging-voor-de-bedrijfsarts-rechten-en-plichten/>
- ③ Arbowet, (2017)
- ③ Betgem, P. (2017). *Onderhandelingsvaardigheden bij behandeling/preventie van werkstress & burnout*. Presentatie Symposium Arbocuratieve samenwerking NVAB 23 november 2017.
- ③ BS Health Consultancy (2008). *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg*.
- ③ Buis, S. en Hilhorst, M.T. (2010). *O jee, een brief van de bedrijfsarts - Kanttekeningen bij de KNMG-code over arbeidsverzuim en re-integratie*. Utrecht: Medisch Contact, 27 oktober 2010.
- ③ Checklist Links naar Informatie voor Patiënten (CLIP). <http://www.clienteninformatiepunt.nl/links.html#informatievoorziening>
- ③ Communicatieformulier voor huis- en bedrijfsartsen (volgens KNMG-code)
- ③ CZ (2017). *Werkstress: hoe pak je dat effectief aan? De juiste interventie inzetten op het juiste moment*.
- ③ Divosa/Movisie (2014). *Facstheet Werk en inkomen sociale (wijk)teams*.
- ③ Eekert, P. van. (2017). *Samen werken aan werk: Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- ③ Glaser, J.-P. en Vleugels, Chr. (2012). *Medische info aan derden te riskant*. Utrecht: Medisch Contact.
- ③ Hemke, J. (2009). *Huisarts en bedrijfsarts werken samen*. Arbo Online 25 februari 2009. <https://www.arbo-online.nl/geen-categorie/artikel/2009/02/huisarts-en-bedrijfsarts-werken-samen-1011477>
- ③ Het Financiële Dagblad (2018), *Ggz meer gebaat bij snelle interventie en preventie dan bij 'no cure no pay'*.
- ③ Heuvel, F.M.M. van den, Steenbeek, R. en Buijs, P.C. (2006). *Werknemers wensen bij verzuim een prominentere rol van bedrijfsarts én huisarts*. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
- ③ Huisarts & Wetenschap (2011). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out: Herziening 2011*.
- ③ Inspectie Werk en Inkomen (2011). *Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen*. Den Haag: Ministerie van SZW.

- ③ Integraal Kankercentrum Nederland (2008). *De Lastmeter*.
- ③ IOSH, Tilburg University, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Department Tranzo. *Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: Perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers*.
- ③ Kennisplatform Sociaal Domein Noord-Holland (2017). *De participatiewet en Sociale Teams: Twee eeltjes?: Impressie en lessen*.
- ③ KNMG (2018). *Richtlijn Omgaan met medische gegevens*.
- ③ KNMG (2017). *KNMG-visiedocument Zorg die werkt: Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden*.
- ③ KNMG (2006). *Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie*.
- ③ Kock, C.A. de et al (2016). *How do Dutch GPs address work-related problems? A focus group study*. European Journal of General Practice, 1 juni 2016.
- ③ Kock, C.A. de, Knottnerus, J.A. en Lagro-Janssen, A.I.M. (2006). *Het werken en het leven: Arbeidsleven patiënt verdient meer aandacht van de huisarts*. Medisch Contact nr. 38.
- ③ Kock, C.A. (2015). *Werknemers twifelen over screening op cardiovasculair risico via werkgever*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
- ③ Kock, C.S. de, Zanten-Przybysz, I. van (2008). *Kanker en werk; onderbelicht in de spreekkamers*. TBV.
- ③ KPMG, Plexus, TNO en Maastricht University, Arbeid & Gezondheidszorg (2015). *Weergave van de resultaten*.
- ③ LHV (2014). *Aanbod huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek*.
- ③ Long Alliantie Nederland (2017). *Manifest Integrale Aanpak Beroepslongziekten*.
- ③ Ministerie van SZW (2018). *Factsheet basiscontract*.
- ③ Ministerie van SZW (2017). *Presentatie Symposium arbocuratieve samenwerking*.
- ③ Ministerie van SZW (2017). *Kamerbrief Arbocuratieve Samenwerking*.
- ③ Ministerie van SZW (2015). *Kamerbrief Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg*.
- ③ Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) (2017). *Afscheidsinterview Monique Frings-Dresen 'Werk wordt erkend als belangrijke factor voor gezondheid'*.
- ③ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Psychische klachten in de huisartsenpraktijk*.
- ③ NHG (2018). *NHG-Standaard Overspanning en burn-out*.
- ③ NHG (2018). *Pilot patiëntoverleg tussen huisarts en bedrijfsarts*.
<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/pilot-patientoverleg-tussen-huisarts-en-bedrijfsarts>
- ③ NIP en LVE (2005). *Werk en psychische klachten: Richtlijn voor psychologen*.
- ③ NIVEL (2012). *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg*.
- ③ NVAB (2016). *Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen*.
- ③ NVAB en OVAL. *Folder Privacy*.
- ③ NVAB (2005). *De bedrijfsarts en de eerste lijn, over samenwerking, zorgverzekeringen en regionale ondersteuningsstructuren*.
- ③ NVAB (2004). *Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts*.

- ③ NVAB (2007). *Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*.
- ③ NVAB en LHB (2002). *Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim*. Den Haag: TNO.
- ③ Oosten, A. van. *Presentatie Arbeid als medicijn*.
- ③ Panteia (2016). *Inventarisatie van de stand van zaken van de arbeidsgerelateerde zorg*.
- ③ Panteia (2014). *Waarom worden (kosten)effectieve interventies die werkhervatting bespoedigen niet altijd ingezet? Een verkenning van de belangrijkste knelpunten*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- ③ Panteia (2013). *Aandacht voor arbeid in de zorg: Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- ③ Paradigma Groep. *Kritische factoren bij re-integratie werknemer met psychische klachten*.
- ③ Plomp, H.N., A. Wisse en Anema, J.K. (2011). *Patiënten over arbocuratieve samenwerking*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
- ③ Reinier van Arkel (2017). *Extra aandacht voor re-integratie bij behandeling van psychische problemen loont*. <https://www.reiniervanarkel.nl/actueel/nieuws/extra-aandacht-voor-re-integratie-bij-behandeling-van-psychische-problemen-loont>
- ③ Re-turn (2014). *Werkkracht bij kanker: Re-integratie in 7 heldere stappen*. <https://werkkrachtbijkanker.nl/>
- ③ SER (2014). *Advies Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg*.
- ③ Smits, L. en Kock, C.A. de (2014). *Arbocuratieve samenwerking*. Springer.
- ③ UWV. *Formulier Eindevaluatie WIA-uitkering*.
- ③ UWV. *Formulier Probleemanalyse*.
- ③ UWV. *Stappenplan bij ziekte*.
- ③ *Werkhervatting bij psychische klachten*.
- ③ *Wet verbetering Poortwachter*.
- ③ Wijnberg, J. (2018). *Het is moeilijk genoeg om een gebrek aan levenslust te ervaren*. De Telegraaf.
- ③ Zwart, B.C.H. de, Prins, R., & Gulden, J. van der (2011). *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts: eindrapport*. Leiden: AStri Beleidsonderzoek en -advies.

DSP-groep BV
Van Diemenstraat 410
1013 CR Amsterdam
+31 (0)20 625 75 37

dsp@dsp-groep.nl
KvK 33176766
www.dsp-groep.nl

DSP-groep is een onafhankelijk bureau voor onderzoek, advies en management, gevestigd aan de IJ-oeveren in Amsterdam. Sinds de oprichting van het bureau in 1984 werken wij veelvuldig in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook voor maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Het bureau bestaat uit 40 medewerkers en een groot aantal freelancers.

Dienstverlening

Onze inzet is vooral gericht op het ondersteunen van opdrachtgevers bij het aanpakken van complexe beleidsvraagstukken binnen de samenleving. We richten ons daarbij met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van zo'n vraagstuk. In dit kader kunnen we bijvoorbeeld een onderzoek doen, een registratie- of monitorsysteem ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of (tijdelijk) het management van een project of organisatie voeren.

Expertise

Onze focus richt zich met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van een vraagstuk. Wij hebben o.a. expertise op het gebied van transitie in het sociaal domein, kwetsbare groepen in de samenleving, openbare orde & veiligheid, wonen, jeugd, sport & cultuur.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.

