

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

Psychische Klachten

Geautoriseerde richtlijn
28 januari 2000



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

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

Psychische Klachten

Geautoriseerde richtlijn
28 januari 2000

© NVAB 2000



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

Voorwoord

Het grote aantal mensen dat arbeidsongeschikt wordt op grond van psychische klachten staat volop in de belangstelling. Wisselend wordt het belicht als een maatschappelijk, een financieel, of een gezondheidsprobleem. In ieder geval is het probleem omvangrijk, en een persoonlijk drama voor de betrokkenen. Dat drama had wellicht voorkomen kunnen worden met betere en snellere zorg. De bedrijfsarts heeft de mogelijkheid werknemers met psychische klachten vroeg te zien. Al in 1993 concludeerde Schröder dat de bedrijfsarts in een goede uitgangspositie zit voor de begeleiding van overspannen werknemers. De beroepsvereniging NVAB bouwt met deze richtlijn dankbaar voort op die gunstige positie. Een viertal aspecten in deze richtlijn springen in het oog.

Naast een probleemoriëntatie gericht op de patiënt wordt van de bedrijfsarts gevraagd zich te oriënteren op de sociale systemen rond de patiënt, met name het werksysteem. De positie van de bedrijfsarts, met toegang tot zowel de werkomgeving als tot de patiënt, leent zich hiervoor bij uitstek, maar het concept is zeker ook bruikbaar voor andere hulpverleners. Een tweede punt is de eerstelijns classificatie. Het aantal categorieën is tot een minimum teruggebracht. De classificatie is eenvoudig en helder, maar voldoende dekkend voor de eerstelijns problematiek. Er is voldoende aansluiting bij bestaande classificaties, zoals de DSM IV, en de huisartsenstandaarden. Een derde punt is de systematische evaluatie. De bedrijfsarts moet periodiek het beloop beoordelen, en actie ondernemen bij stagnatie. Deze benadering zal naar verwachting voorkomen dat noodzakelijke interventies uitblijven, en patiënten ongemerkt en ongewild afglijden naar langdurige arbeidsongeschiktheid. Het vierde punt betreft de bedrijfsarts in de rol van begeleider van het individu. Deze rol ligt dicht tegen een curatieve rol aan. Het domein is beperkt tot stressgerelateerde stoornissen en de stressgerelateerde component van andere beelden. Juist bij werkgerelateerde problematiek is het terecht en ook logisch dat de bedrijfsarts, naast zijn (systeem)rol van procesbegeleider, ook de begeleiding van het individu ter hand neemt. De nadruk op periodieke evaluatie en op afstemming met de huisarts bieden voldoende garantie dat de grenzen van de eigen mogelijkheden niet in het elan van de nieuwe rol worden overschreden.

De richtlijn biedt een uitdaging voor bedrijfsartsen. Menigeen zal zich moeten laten bijscholen. De opstellers van de richtlijn vinden dat kennelijk ook want de tekst heeft hier en daar handboek-achtige uitwerkingen. Velen zullen meer tijd in het consult moeten investeren dan contracten nu toelaten. Deze tijdsinvestering moet overigens voor een professional in dit veld volstrekt redelijk worden geacht en zal zich op langere termijn zeker terug betalen. Graag wil ik de NVAB en de beroepsgroep feliciteren met deze richtlijn. Bovenal hoop ik dat die felicitaties uiteindelijk werknemer/patiënten zullen gelden die door deze adequate begeleiding hun functioneren tijdig weten op te pakken en daarmee het drama van langdurige arbeidsongeschiktheid vermijden.

Prof. Dr. Aart H. Schene, Hoogleraar Psychiatrie in het bijzonder Sociale Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

NVAB richtlijnen komen volgens een vaste procedure tot stand:

- op basis van literatuuronderzoek en consensusbijeenkomsten wordt door een projectgroep een concept tekst voorbereid
- deze tekst wordt in een eerste commentaarronde voorgelegd aan deskundigen binnen en buiten de eigen beroepsgroep
- een bijgestelde conceptversie wordt in een tweede commentaarronde voorgelegd aan praktiserende collega-bedrijfsartsen
- een definitief concept wordt voorgelegd aan de stuurgroep richtlijnontwikkeling van de NVAB voor autorisatie.

De onderhavige richtlijn is voorbereid in een projectgroep van 21 bedrijfsartsen en een psycholoog.

Er is commentaar verkregen en verwerkt van 15 deskundigen waaronder huisartsen, psychiaters en psychologen.

In de tweede ronde is commentaar verkregen en verwerkt van 21 praktiserende bedrijfsartsen.

Bovendien is afstemming nagestreefd met de gedeeltelijk in dezelfde periode ontwikkelde testversie samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen 'Psychische Klachten en Arbeid'.

RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts
bij werknemers met

Psychische Klachten

Geautoriseerde richtlijn
28 januari 2000



Inhoudsopgave Richtlijn

	Inleiding	7
	1 Probleemoriëntatie stap 1	8
	1.0 Doelstelling	8
	1.1 Toepasbaarheid richtlijn	8
	1.1.1 <i>Criteria voor inclusie/exclusie</i>	8
	1.2 Aspecten van de probleemoriëntatie	8
6	1.2.1 <i>Hoofdcategorieën</i>	9
	2 Diagnose/werkhypothese stap 2	9
	2.0 Doelstelling	9
	2.1 Probleemdiagnose	9
	2.2 Eerstelijns classificatie	10
	3 Interventies stap 3	10
	3.0 Doelstelling	10
	3.1 Rollen van de bedrijfsarts	10
	3.1.1 <i>Rol van procesbegeleider</i>	11
	3.1.2 <i>Begeleidende rol naar het individu</i>	11
	3.2 Het maken van een begeleidingsplan	11
	3.2.1 <i>Schema voor procesbegeleiding en begeleiding van het individu</i>	12
	3.3 Uitvoeren van interventies	13
	3.3.1 <i>Verwijzen als interventie</i>	13
	3.3.2 <i>Drie subcategorieën</i>	13
	4 Evaluatie stap 4	14
	4.0 Doelstelling	14
	4.1 Evaluatie als terugkerend proces	14
	4.1.1 <i>Evaluatiemomenten en overleg</i>	14
	5 Afsluiten begeleiding en terugvalpreventie stap 5	15
	5.0 Doelstelling	15
	5.1 Preventie van terugval	15
	5.1.1 <i>Aspecten terugvalpreventie (individueel niveau)</i>	15
	5.1.2 <i>Aspecten terugvalpreventie (systeemniveau)</i>	15
	5.2 Afsluiten van de begeleiding	15

Inleiding

Het doel van de in deze richtlijn beschreven begeleiding door de bedrijfsarts is een optimaal functioneren voor de werknemer/patiënt met psychische klachten te bewerkstelligen en daarmee te voorkomen dat functioneringsbeperkingen en klachten leiden tot langdurige of frequente arbeidsongeschiktheid. De huidige praktijk schiet in dit opzicht tekort (zie inleiding Achtergrondstudie).

De richtlijn betreft het handelen van de bedrijfsarts; de rol van de bedrijfsarts staat dan ook centraal. De bedrijfsarts handelt echter in interactie met de patiënt en de relevante omgevings-systemen waar de patiënt deel van uitmaakt (het werk, de privé-omgeving en de zorgomgeving van de patiënt). De bedrijfsarts stelt, waar mogelijk, zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt en diens omgeving, waarbij de interactie met de patiënt centraal staat. Daarbij ondersteunt de bedrijfsarts de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de (werk)omgeving door het geven van goede voorlichting over het beeld (rationale), de prognose en de meest adequate handelwijze binnen de specifieke omstandigheden.

Verlies van controle over de interactie met de omgeving is de kern van veel psychische en psychosociale problematiek. In het niet hervinden van die controle, op omgevings- en individueel niveau, ligt een belangrijk risico voor chroniciteit. De bedrijfsarts dient dan ook, op individueel en omgevingsniveau, te activeren tot een probleemoplossende houding en feitelijke probleemoplossende acties.

In deze richtlijn is beschreven hoe een probleemgeoriënteerde begeleiding van werknemers met psychische klachten wordt uitgevoerd. In het begeleidingsproces staan vijf stappen centraal:

stap 1 Probleemoriëntatie

stap 2 Formulering van de diagnose

stap 3 Uitvoering van interventies

stap 4 Evaluatie

stap 5 Terugvalpreventie en afsluiten begeleiding.

In de vierde stap - evaluatie - wordt periodiek beoordeeld of het beleid kan worden gecontinueerd (stap 3) of dat moet worden teruggegrepen naar de stappen 1, 2 of 3. De basis voor stap 5 (terugvalpreventie) wordt in eerdere stappen gelegd.

In de Richtlijn zijn deze stappen zo beknopt en schematisch mogelijk weergegeven. Checklists en andere praktische uitwerkingen, waarmee in de dagelijkse praktijk vlot en gemakkelijk te werken is, zijn opgenomen in de Achtergrondstudie.

Collectieve preventie, verzekeringsgeneeskundige beoordeling en diagnostiek van beroepsgebonden aandoeningen vallen buiten het domein van deze sociaal-medische begeleidingsrichtlijn.

Ter wille van de leesbaarheid wordt voor alle betrokken actoren (bijvoorbeeld patiënt, bedrijfsarts) de mannelijke vorm gebruikt.

I Probleemoriëntatie stap 1

I.0 Doelstelling

- 1 Beoordelen of de richtlijn van toepassing is op de interactie met deze patiënt, met andere woorden of het een werknemer betreft met psychische klachten.
- 2 Informatie verzamelen waarmee een diagnose kan worden gesteld (stap 2) en die richting kan geven aan het begeleidingsplan (stap 3).

I.1 Toepasbaarheid richtlijn

Er geldt een aantal voorwaarden voor inclusie waarbij het uitgangspunt is dat er een minimumniveau aan klachten moet zijn om voor sociaal-medische begeleiding volgens deze richtlijn in aanmerking te komen. Hieronder staan de inclusie- en exclusie criteria vermeld.

I.1.1 Criteria voor inclusie/exclusie

Criteria voor inclusie	Criteria voor (voorlopige) exclusie
Psychische spanningsklachten en/of lichamelijke spanningsklachten èn de klacht(en) is (zijn) zodanig dat de patiënt eronder lijdt of (dreigende) functioneringsproblemen ervaart.	Somatiek (alle klachten zijn het directe gevolg van een somatisch beeld) patiënt en bedrijfsarts zijn het er niet over eens dat het gaat om psychische klachten er is onvoldoende vertrouwensbasis tussen patiënt en bedrijfsarts om tot betrouwbare diagnostiek en zinvolle interventies te komen.

I.2 Aspecten van de probleemoriëntatie

We onderscheiden:

- een oriëntatie gericht op het individu
- een oriëntatie gericht op de omgeving waar het betreffende individu (de betreffende werknemer) deel van uitmaakt: de werkomgeving, de zorgomgeving en de privé-omgeving.

De bedrijfsarts vormt zich een beeld zowel door middel van informatie verkregen van de patiënt zelf als, waar nodig en met toestemming van de patiënt, door middel van gesprekken met sleutelfiguren binnen de werkomgeving (lijnmanager of Sociaal Medisch Overleg) en de privé-omgeving (bijvoorbeeld met de levenspartner).

1.2.1 Hoofdcategorieën

De bedrijfsarts inventariseert de volgende hoofdcategorieën (in de Achtergrondstudie worden de categorieën uitgewerkt en zijn checklists met voorbeeldvragen opgenomen):

1	klachten en hun werkgerelateerdheid, functioneringsbeperkingen
2	oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen) waarbinnen die factoren spelen (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving)
3	belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt*
4	probleemoplossend vermogen van de omgeving(s-systemen)*
5	visie van de patiënt en van de omgeving.

* Primair alleen oriënterend, uitgebreidere inventarisatie alleen op indicatie (zie Achtergrondstudie).

2 Diagnose/ werkhypothese stap 2

2.0 Doelstelling

Op basis van de informatie uit de voorgaande stap te komen tot:

- 1 een problemdiagnose
- 2 een eerstelijns classificatie.

Beiden hebben het karakter van een werkhypothese.

2.1 Problemdiagnose

De bedrijfsarts combineert, in samenspraak met de patiënt, de uitkomsten van de vijf hoofdcategorieën van de probleemoriëntatie tot een problemdiagnose.

De problemdiagnose beoogt duidelijk te maken waarom deze patiënt, in deze (omgevings)situatie en op dit moment dit klachten(/ziekte)beeld ontwikkelt en geeft aanknopingspunten voor de begeleiding.

2.2 Eerstelijns classificatie

De bedrijfsarts classificeert, op basis van de in de vorige stap opgedane informatie en met eventueel aanvullende vragen, in één of meer van onderstaande categorieën*:

- 1 stressgerelateerde stoornis
 - spanningsklachten
 - overspanning
 - burnout
- 2 depressieve stoornis
- 3 angststoornis
- 4 overige psychiatrie.

* Voor criteria zie Achtergrondstudie.

3 Interventies step 3

3.0 Doelstelling

Op basis van de problemdiagnose en de eerstelijns classificatie

- 1 de rol bepalen
- 2 vanuit de gekozen rol(len) interventies plannen en uitvoeren die herstel van functioneren en reïntegratie faciliteren.

3.1 Rollen van de bedrijfsarts

Er worden twee kernrollen onderscheiden in de sociaal-medische begeleiding; de rolinvulling wordt ten dele gestuurd door de classificatie:

Rolinvulling bedrijfsarts

	Procesbegeleider	Begeleider van het individu
1 Stressgerelateerde stoornis		
2 Depressieve stoornis		
3 Angststoornis		
4 Overige psychiatrie		

ten aanzien van de werkomgeving

bij werkgerelateerde problematiek

bij een werkstressgerelateerde component, uitsluitend in overleg met de huisarts/behandelaar

3.1.1 *Rol van procesbegeleider*

In *de rol van procesbegeleider* begeleidt de bedrijfsarts het proces van herstel en reïntegratie vanuit een omgevings-/systeem perspectief. De essentie van deze rol is voor de patiënt en alle relevante aspecten van diens leefomgeving (de werkomgeving, de privé-omgeving en de zorgomgeving) voorkómen van langdurig functioneringsverlies en meer specifiek reïntegratie tot gemeenschappelijke doelstelling te maken en te houden. De bedrijfsarts vervult deze rol naar de patiënt in relatie tot diens werk en naar de werkomgeving (de huisarts doorgaans naar de privé-omgeving; naar de zorgomgeving is het een gedeelde verantwoordelijkheid).

3.1.2 *Begeleidende rol naar het individu*

De rol van begeleider van het individu heeft tot doel de patiënt, indien nodig, met specifieke (eerstelijns) interventies te ondersteunen in het hervinden van de controle die hij op relevante levensdomeinen heeft verloren. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor de invulling van deze rol bij een (werk)stressgerelateerde stoornis. Bij werkgerelateerde problematiek bij een depressie of angststoornis vervult de bedrijfsarts deze rol uitsluitend in overleg met de huisarts en als het toestandsbeeld het toelaat; bij overige psychiatrie bovendien in overleg met een eventuele behandelaar. De bedrijfsarts kan (delen van) deze rol delegeren naar bedrijfsmaatschappelijk werker of psycholoog.

3.2 **Het maken van een begeleidingsplan**

De bedrijfsarts maakt, op basis van de werkhypothese en de rolkeuze, en in samenspraak met de patiënt, een begeleidingsplan. De bedrijfsarts stuurt hierover een kort bericht aan de huisarts.

De bedrijfsarts plant interventies in het kader van *de rol van procesbegeleider* om de werkomgeving en eventueel andere omgevingsystemen, indien nodig, te ondersteunen in het ontwikkelen van een probleemgeoriënteerde attitude en het feitelijk uitvoeren van probleemoplossende acties.

De bedrijfsarts plant interventies in het kader van *de begeleidende rol naar het individu* om de patiënt, indien nodig, te ondersteunen in het ontwikkelen van een probleemgeoriënteerde attitude en het feitelijk uitvoeren van probleemoplossende acties. De bedrijfsarts kan steunende interventies, in overleg met de patiënt, delegeren naar bedrijfsmaatschappelijk werk of psycholoog. De bedrijfsarts stelt de huisarts hiervan in kennis.

Begeleidende interventies worden gepland vanuit een tijdcontingent kader. Hieronder is een tijdpad weergegeven voor procesbegeleiding en begeleiding van het individu ten aanzien van de stressgerelateerde component.

3.2.1 Schema voor procesbegeleiding en begeleiding van het individu

Tijdpad voor procesbegeleiding en begeleiding van het individu		
Tijdpad vanaf aanvang verzuim	Procesbegeleider	Begeleider van het individu
0 - 2 weken	- intake: tenminste 30 minuten	
2 - 13 weken	<ul style="list-style-type: none"> - tenminste 4 contacten (op 3, 6 weken e.v.) - tenminste 20 minuten gesprekstijd per contact - tenminste 3 contacten met het werksysteem, waarvan tenminste 1 contact binnen 4 weken - bij 3, 6 en 12/13 weken op indicatie informatie-uitwisseling met huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> - eerste gesprek binnen 2 weken na intake - tenminste twee vervolggesprekken plannen - vervolggesprekken 20-30 minuten - per gesprek 5 minuten voorbereiding en verslaglegging - geen langere intervallen dan 3 weken
Vanaf 13 weken	<ul style="list-style-type: none"> - tenminste gemiddeld 1 contact per 4 à 5 weken; geen langere intervallen dan 6 weken - tenminste 20 minuten gesprekstijd per contact - tenminste iedere 4 weken contact met werksysteem - op indicatie (afstemming) contact met huisarts - op indicatie (werkaanpassingen, reïntegratie bij eigen werkgever geen reële optie, reïntegratieplan) contact met verzekeringsarts 	<ul style="list-style-type: none"> - op indicatie nog enkele gesprekken in de periode 13 tot 26 weken - 20 tot 30 minuten gesprekstijd per gesprek - per gesprek 5 minuten voorbereiding en verslaglegging
Rond reïntegratiemomenten (uitbreiding uren of taken)	<ul style="list-style-type: none"> - tenminste 1 extra contact binnen 12 dagen - tenminste 15 minuten gesprekstijd per contact - overleg werkgever 	
Na volledige werkhervatting	<ul style="list-style-type: none"> - tenminste 1 contact 12 tot 20 dagen na werkhervatting; tenminste 20 minuten gesprekstijd; bij voorkeur nog een contact na 4 à 5 maanden - tenminste 1 contact werksysteem 	

3.3 Uitvoeren van interventies

De rol van procesbegeleider houdt vooral in dat veel informatieve steun wordt gegeven en dat de (werk)omgeving alert wordt gehouden op de problematiek en de reïntegratiedoelstelling. De werknemer en de werkomgeving worden in dit kader gestimuleerd contact te houden. De bedrijfsarts geeft zo concreet mogelijke prognoses. In geval van stagnatie in het herstel als gevolg van systeemaspecten, signaleert de bedrijfsarts dit en tracht hij actief oplossingen aan te dragen.

Bij voor de omgeving belastende problematiek, zoals persoonlijkheidsproblematiek of gecompliceerde reïntegratieproblematiek voor de werkomgeving, kan deze rol worden uitgebreid tot een *coachrol naar de (werk)omgeving*.

13

De kern van *de begeleidende rol naar het individu* is, zoals gezegd, de patiënt de controle te laten hervinden die hij/zij op relevante levensdomeinen heeft verloren. De bedrijfsarts heeft binnen deze rol een activerende functie en maakt vooral gebruik van (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies: voorlichting, rationale, positieve heretikettering, perspectief geven en stressoren inventarisatie. Deze interventies zijn uitgewerkt in de addenda bij de Achtergrondstudie.

In Tabel 3.3 van de Achtergrondstudie worden, per classificatiecategorie en per rol de kerninterventies samengevat.

3.3.1 Verwijzen als interventie

Vanuit de (reïntegratie)doelstelling kan het inschakelen van tweedelijns deskundigheid wenselijk worden geacht. De huisarts is primair de verwijzende instantie.

Bij een sterke werkgerelateerdheid kan de bedrijfsarts adviseren tot verwijzing of in overleg met patiënt en huisarts verwijzen. Bij de werkhypothese stressgerelateerde stoornis (èn werkgerelateerdheid), kan de bedrijfsarts op eigen initiatief verwijzen binnen het arbozorgcircuit (bijvoorbeeld naar bedrijfsmaatschappelijk werk, A&O psycholoog). De bedrijfsarts informeert hierbij de huisarts, mits de patiënt hiervoor toestemming verleent.

3.3.2 Drie subcategorieën

Bij drie subcategorieën patiënten is de bedrijfsarts extra alert op een ongunstig beloop en verricht zo nodig specifieke interventies:

- patiënten waarbij een conflict in de arbeidssituatie de belangrijkste etiologische factor is
- ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie, mobbing)
- patiënten bij wie sterk ingesleten patronen van irrationele cognities of persoonlijkheidskenmerken het beeld compliceren.

4 Evaluatie stap 4

4.0 Doelstelling

Regelmatige (her)beoordelen van de status quo en van de effectiviteit van de voorgaande stappen.

De visie van de patiënt en de visie van de omgeving spelen hierbij een belangrijke rol.

4.1 Evaluatie als terugkerend proces

Evaluatie moet leiden tot een keuze voor:

- voortzetting van het uitgestippelde beleid
- herdefiniëring van het probleem (terug naar stap 1)
- herdefiniëring van het beleid (terug naar stap 3)
- terugvalpreventie en afsluiten van de begeleiding.

Om optimaal handelen in het kader van de doelstelling te waarborgen zijn in de richtlijn meerdere evaluatiemomenten ingebouwd (zie hieronder en de Tabellen 4.1 en 4.2 in de Achtergrondstudie). Op deze evaluatiemomenten toetst de bedrijfsarts aan de hand van concrete criteria het beloop.

Met de patiënt evalueert de bedrijfsarts regelmatig (tenminste iedere 6 weken) de voortgang.

- Bij een normaal/gunstig beloop benoemt de bedrijfsarts dit en gebruikt het eventueel als motivatiestrategie om de patiënt te stimuleren in zijn herstelgedrag.
- Bij stagnatie overweegt de bedrijfsarts een andere probleemdefinitie en/of een ander beleid, bijvoorbeeld intensivering van de begeleiding, overleg met de huisarts of verwijzing.

Op systeemniveau richt de evaluatie zich op (de effecten van) het handelen van vertegenwoordigers van de relevante omgevingssystemen, met name het werksysteem.

- Bij een gunstig beloop benoemt de bedrijfsarts dit; hij kan zich expliciet uitspreken voor voortzetting van het beleid of zich onthouden van actie.
- Bij stagnatie signaleert de bedrijfsarts dit en taxeert welk omgevingssysteem (welke systemen) het probleem of het beleid zouden moeten herdefiniëren.
De bedrijfsarts bespreekt dat vervolgens met de patiënt en binnen het betreffende systeem (systemen).

4.1.1 Evaluatiemomenten en overleg

Er wordt geëvalueerd op vaste momenten (iedere 6 weken; bij overspanning en burnout bovendien een evaluatiemoment na de eerste drie weken) zowel op individueel niveau (probleemoplossende attitude, functioneren en klachten) als op systeemniveau (zijn randvoorwaarden voor herstel aanwezig).

De bedrijfsarts overlegt op deze momenten met de huisarts indien stagnatie of verslechtering optreedt. Verdere contacten in onderling overleg en afhankelijk van de situatie.

Indien structurele werkaanpassingen aan de orde komen of als reïntegratie bij de eigen werkgever niet mogelijk is, wordt de verzekeringsarts in de evaluatie betrokken. De bedrijfsarts evalueert op de contactmomenten (zie tijdpad § 3.2) met het werksysteem.

5 Terugvalpreventie en afsluiten begeleiding stap 5

15

5.0 Doelstelling

Voorkómen van terugval naar disfunctioneren op grond van psychische klachten en afsluiten van de begeleiding.

5.1 Preventie van terugval

Terugvalpreventie is een integraal onderdeel van de begeleiding. Aan het einde daarvan kan het nogmaals worden geëxpliciteerd.

5.1.1 Aspecten terugvalpreventie (individueel niveau)

De bedrijfsarts checkt de volgende aspecten met de patiënt:

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

5.1.2 Aspecten terugvalpreventie (systeem niveau)

De bedrijfsarts neemt de volgende aspecten met het (werk)systeem door:

- Welke signalen worden door de omgeving (door collega's, chef) herkend, in algemene zin en ten aanzien van deze patiënt?
- Worden er acties ondernomen ten aanzien van oorzakelijke, uitlokkende of onderhoudende factoren?
- Zijn er afspraken gemaakt over vroegsignalering van de betrokken werknemer naar zijn omgeving. Hoe toegankelijk is de omgeving daarvoor?
- Wat doet de omgeving indien er opnieuw signalen komen?

5.2 Afsluiten van de begeleiding

De bedrijfsarts sluit de begeleiding af als de doelstelling (zie Inleiding) is bereikt.

ACHTERGRONDSTUDIE BIJ DE RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts
bij werknemers met

Psychische Klachten

NVAB
28 januari 2000



Inhoudsopgave Achtergrondstudie

Inleiding	19
Uitgangspunten	20

1 Probleemoriëntatie stap 1 **22**

Inleiding	22
-----------	----

1.1 Toepasbaarheid richtlijn	24
------------------------------	----

<i>Tabel 1.1: Toepasbaarheid richtlijn</i>	24
--	----

1.2 Aspecten van de probleemoriëntatie	24
--	----

<i>Tabel 1.2: Belangrijke aspecten van de probleemoriëntatie: hoofdcategorieën</i>	25
--	----

1.2.1 Hoofdcat. 1: Klachten en hun werkgerelateerdheid	26
--	----

1.2.2 Hoofdcat. 2: Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de systeemcontext	26
---	----

1.2.2.1 Interactie tussen de omgevingsystemen	27
---	----

1.2.2.2 Differentiatie naar subgroepen	27
--	----

1.2.3 Hoofdcat. 3: Belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt	28
--	----

1.2.4 Hoofdcat. 4: Probleemoplossend vermogen van omgeving(s-systemen)	30
--	----

1.2.5 Hoofdcat. 5: Visie van de patiënt en van de omgeving	30
--	----

2 Diagnose stap 2 **32**

Inleiding	32
-----------	----

2.1 Probleemdiagnose	33
----------------------	----

2.2 Eerstelijns classificatie	33
-------------------------------	----

<i>Tabel 2.1: Eerstelijns classificatie</i>	34
---	----

2.2.1 Stressgerelateerde stoornissen	34
--------------------------------------	----

<i>Tabel 2.2: Stressgerelateerde stoornissen: criteria voor diagnostiek</i>	35
---	----

2.2.2 Depressie	36
-----------------	----

<i>Tabel 2.3: Depressie: criteria voor diagnostiek</i>	36
--	----

2.2.3 Angststoornis	37
---------------------	----

<i>Tabel 2.4: Angststoornis: criteria voor diagnostiek</i>	37
--	----

2.2.4 Overige psychiatrie	38
---------------------------	----

<i>Tabel 2.5: Overige psychiatrie (as I): criteria voor diagnostiek</i>	39
---	----

<i>Tabel 2.6: Overige psychiatrie (as II): criteria voor diagnostiek</i>	40
--	----

3 Interventies stap 3 **41**

Inleiding	41
-----------	----

3.1 Rollen van de bedrijfsarts	41
--------------------------------	----

3.2 Maken van een begeleidingsplan	42
------------------------------------	----

3.3 Uitvoeren van interventies	43
--------------------------------	----

	<i>Tabel 3.1: Kernbestanddelen rol van procesbegeleider</i>	43
	<i>Tabel 3.2: Kernbestanddelen begeleidende rol naar het individu</i>	44
3.4	Interventie per classificatiecategorie	45
	<i>Tabel 3.3: Rolinvulling en kerninterventies per classificatiecategorie</i>	45
3.5	Specifieke interventie bij (sub)categorieën	49
4	Evaluatie stap 4	52
	Inleiding	52
4.1	Evaluatie bij stressgerelateerde stoornis	52
	<i>Tabel 4.1: Evaluatie bij stressgerelateerde stoornis</i>	52
4.2	Evaluatie bij ‘psychiatrie’	54
	<i>Tabel 4.2: Evaluatie bij ‘psychiatrie’</i>	54
5	Afsluiten begeleiding en terugvalpreventie stap 5	55
	Inleiding	55
	<i>Tabel 5.1: Aspecten terugvalpreventie (individueel niveau)</i>	55
	<i>Tabel 5.2: Aspecten terugvalpreventie (omgevings-/systeemniveau)</i>	56
	Bijlage 1: Het begeleidingsproces: stroomdiagram	57
	Bijlage 2: Voorbeeld: Begeleiding bij overspanning	60
	Addendum 1: Voorbeeld voorlichting stress	66
	Addendum 2: Het geven van een rationale	69
	Addendum 3: Het bieden van perspectief	70
	Addendum 4: Een dagindeling met afwisseling van activiteiten	70
	Addendum 5: Positief (her)etiketteren	71
	Addendum 6: Stressoren- en oplossingeninventarisatie	72
	Addendum 7: Piekersessies	73
	Addendum 8: Cognitieve methode/RET	74
	Addendum 9: Tijdcontingentie	78
	Addendum 10: Het dubbele schema	79
	Bijlage 3: Het gebruik van de VierDimensionale klachtenlijst (4DKL)	80
	Bijlage 4: Het gebruik van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)	84
	Literatuur	88
	Begrippenlijst	91

Inleiding

Doel van dit document is het gebruik van de Richtlijn in de praktijk te ondersteunen door:

- 1 waar mogelijk onderbouwing en verantwoording te geven op grond van wetenschappelijk onderzoek
- 2 begrippen die in de Richtlijn noodzakelijkerwijs nog een algemeen, abstract karakter hebben, uit te werken tot concrete handvatten voor de praktijk.

De jaarprevalentie voor psychische stoornissen in Nederland wordt geschat op 17 tot 26% ¹⁾.

Van patiënten met de diagnose overspanning, die ca. 80% van het aanbod aan psychische problematiek van de bedrijfsarts uitmaken ²⁾, blijft meer dan 20% langer dan een jaar ziek, met vrijwel altijd verlies van maatschappelijke positie als gevolg ^{3,4)}. De maatschappelijke gevolgen krijgen toenemend aandacht van de politiek en de media. Op persoonlijk niveau zijn de gevolgen niet minder ingrijpend: verlies van eigenwaarde, chronische klachten en een hoge medische consumptie.

Onderzoek, zowel binnen de huisartspraktijk ^{5,6)} als de bedrijfsgezondheidszorg ⁷⁾ geeft aan dat een activerende eerstelijns begeleiding op cognitief-gedragsmatige grondslagen tot aanmerkelijk betere resultaten kan leiden (minder dan 1% WAO-instroom bij overspannen patiënten). De onderhavige richtlijn is mede hierop gebaseerd. Het blijkt niet alleen mogelijk een dergelijke effectieve begeleiding binnen de eerstelijns (bedrijfsartsen)praktijk vorm te geven, het is ook wenselijk dat eerstelijns problematiek binnen de eerste lijn wordt begeleid: er zijn indicaties uit onderzoek dat interventies (kosten)effectiever in de eerste lijn worden uitgevoerd dan in de tweede lijn ⁸⁾. Dit veronderstelt echter zowel voldoende randvoorwaarden (tijd) als voldoende deskundigheid en vaardigheden. Voor een groot deel van de beroepsgroep betekent dit dat zij de richtlijn pas effectief zullen kunnen uitvoeren na bijstelling van die randvoorwaarden en een traject van bijscholing en/of supervisie. Dit heeft uiteraard consequenties voor de implementatie, mede omdat bijstellen van de randvoorwaarden niet altijd mogelijk zal blijken binnen bestaande contracten. Ondanks deze druk op de implementatie is verantwoord professioneel eerstelijns handelen primair uitgangspunt geweest bij het ontwikkelen van deze richtlijn (zie hieronder, punt 6). De grote winst die in de genoemde onderzoeken blijkt te kunnen worden behaald, heeft deze principiële keuze bepaald.

Vrijwel alle patiënten met psychische of psychosociale problematiek waarmee de bedrijfsarts wordt geconfronteerd raadplegen ook hun huisarts. De rollen van huisarts en bedrijfsarts kunnen elkaar, met name bij de stressgerelateerde component, gedeeltelijk overlappen. Tegenstrijdige uitgangspunten en advisering leidt tot verwarring bij de patiënt en werkt daarmee belemmerend op het opnieuw greep krijgen op situaties en dus op het herstel. In de praktijk worden dergelijke situaties vanuit beide beroepsgroepen gesignaleerd. Ook in onderzoek geven zowel huisartsen als bedrijfsartsen aan de

samenwerking als niet optimaal te ervaren⁹⁾. Belangwekkend is in dit verband dat, onder verantwoordelijkheid van de KNMG, momenteel wordt gewerkt aan een samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen bij psychische klachten en arbeid. Er is in de grotendeels parallel lopende ontwikkelfase naar gestreefd de onderhavige NVAB-richtlijn en de concept samenwerkingsrichtlijn maximaal op elkaar af te stemmen.

Hieronder worden allereerst uitgangspunten voor de richtlijn geformuleerd. In de volgende paragrafen worden aanvullingen op de paragrafen van het basisdocument gegeven, in de tweeledige zin als boven benoemd.

20

Uitgangspunten

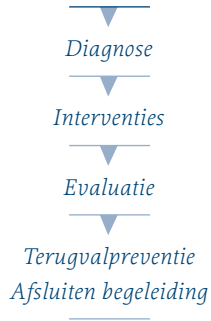
Bij de richtlijn gelden de volgende uitgangspunten:

- 1 De richtlijn is van toepassing op patiënten/werknemers met klachten waarbij patiënt en bedrijfsarts het erover eens zijn dat het gaat om psychische klachten/psychosociale problematiek.
- 2 In deze richtlijn ligt het accent op de beelden ‘spanningsklachten, stressgerelateerde stoornissen, depressie of angststoornis’. De posttraumatische stressstoornis, pathologische rouw en verslavingsproblematiek worden in deze richtlijn niet behandeld. ‘Overige (As I en II) psychiatrie’ wordt beschouwd als één categorie, temeer daar de handelwijze van de bedrijfsarts voor de beelden die in deze groep vallen nauwelijks verschilt.
- 3 Optimaal functioneren - in het werk, maar ook op andere relevante levensgebieden - wordt als een cruciale gezondheidsuitkomst gezien, en het uiteindelijk doel van alle activiteiten.
- 4 De richtlijn betreft het handelen van de bedrijfsarts; de rol van de bedrijfsarts staat dan ook centraal. De bedrijfsarts handelt echter in interactie met de patiënt en de relevante omgevingsystemen waar de patiënt deel van uitmaakt (het werk, de privé-omgeving en de zorgsomgeving van de patiënt). De bedrijfsarts stelt, waar mogelijk, zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt en diens omgeving, waarbij de interactie met de patiënt centraal staat. Daarbij ondersteunt de bedrijfsarts de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de (werk)omgeving door het geven van goede voorlichting over het beeld (rationale), de prognose en de meest adequate handelwijze binnen de specifieke omstandigheden.
- 5 In de richtlijn wordt regelmatig gesproken over ‘de patiënt’. De bedrijfsarts is zich er van bewust dat factoren als leeftijd, sekse, sociaal-economische klasse en culturele achtergrond in belangrijke mate bepalend kunnen zijn voor het vóórkomen van klachten, de presentatie van de klachten, oorzakelijke en onderhoudende factoren en verwerkingsvermogen (belastbaarheid).

- 6 De richtlijn beoogt een optimaal professioneel handelen. Het gegeven dat het handelen van de bedrijfsarts vaak feitelijk wordt begrensd door randvoorwaarden (werkprocessen, contracten) vanuit de arbodienst waar hij werkzaam is zal in de implementatie fase aandacht behoeven.
- 7 De attitude van de bedrijfsarts is pro-actief en activerend. Controleverlies is de kern van veel psychische problematiek. In het niet hervinden van die controle, op systeem- en individueel niveau, ligt een belangrijk risico op chroniciteit. De bedrijfsarts dient dan ook, op individueel en systeemniveau, te activeren tot een probleemoplossende houding en feitelijke probleemoplossende acties.
Echter, hoe meer de systemen en het individu, in hun onderlinge interactie, zelf probleemoplossend vermogen genereren, des te duidelijker het probleemhouderschap ligt, des te 'gezonder' de oplossing en des te groter het leerproces. De bedrijfsarts is dan ook terughoudend met acties als de systemen en het individu zelf het herstelproces actief benaderen.
- 8 Bij werkgerelateerde problematiek inventariseert de bedrijfsarts of de desbetreffende problematiek ook bij andere werknemers met dezelfde functie of van dezelfde organisatie(-eenheid) voorkomt. De bedrijfsarts benadert hiervoor (in overleg met of via de A&O-deskundige) de betrokken organisatie(-eenheid), voert eventueel gericht onderzoek uit bij andere werknemers en/of raadpleegt bestaand materiaal zoals RI&E- en PAGO rapporten of andere rapportages.
Deze acties vloeien voort uit activiteiten verricht in het kader van deze richtlijn, maar vallen zelf buiten dit kader.
- 9 De bedrijfsarts handelt binnen de kaders van het professioneel statuut ¹⁰⁾, het convenant NVAB-LHV ¹¹⁾ en de KNMG code 'samenwerking bij arbeidsverzuim' ¹²⁾.
- 10 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling en de diagnostiek van beroepsgebonden aandoeningen vallen buiten het domein van deze sociaal-medische begeleidingsrichtlijn. Voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bestaat een Lisv-richtlijn ¹³⁾. In die richtlijn ligt de nadruk op taxatie en beoordeling en niet op begeleidingsaspecten. Voor de diagnostiek van beroepsgebonden psychische aandoeningen heeft het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) een concept richtlijn uitgebracht ¹⁴⁾. Deze beperkt zich tot de diagnostiek van beroepsgebondenheid.
In 1996 heeft het NcGv 'Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten' uitgebracht ¹⁵⁾. Bij dit initiatief van buiten de beroepsgroep hebben bedrijfsartsen een belangrijke rol gespeeld als (Delphi-)panel en als klankbordgroep. Deze nuttige richtlijnen dekken het veld van de sociaal-medische begeleiding, maar hebben een globaal karakter.

I Probleemoriëntatie stap I

Probleemoriëntatie



2.2



Inleiding

De eerste stap binnen de probleemoriëntatie is de beoordeling of de richtlijn op deze patiënt van toepassing is of niet. Tabel 1.1 (pag. 9) geeft de criteria voor inclusie en exclusie.

De probleemoriëntatie is verder van cruciaal belang om een inschatting te kunnen maken van het risico dat een patiënt loopt op langdurig functioneringsverlies. Zoals in de inleiding aangegeven is dit risico substantieel: zelfs bij een 'licht' psychisch ziektebeeld als overspanning verzuimt 20% van de patiënten (die langer dan vier weken ziek zijn) meer dan een jaar met vrijwel altijd verlies van hun werk³⁾. De risico's kunnen liggen in complicaties op het klachtniveau, dat wil zeggen dat naast distressklachten ook depressieve klachten of angstklachten aanwezig zijn¹⁶⁾, in specifieke omgevingsfactoren, zoals conflicten op het werk of op het niveau van de persoonlijkheid¹⁷⁾.

Werkfactoren (bv. branche) bepalen in sterke mate de ervaren werkbelasting en klachten als vermoeidheid/herstelbehoefte¹⁸⁾. Het is aannemelijk dat zij mede van invloed zijn op de reïntegratiekansen, alhoewel dit niet in onderzoek is aangetoond³⁾. Kenmerken van organisaties, zoals bedrijfsgrootte, spelen wel een rol³⁾, mogelijk omdat in grotere bedrijven een doelstelling als reïntegratie op een andere wijze is verankerd (sociaal beleid, afdeling personeelszaken) dan in kleinere bedrijven. Het is belangrijk in het kader van de problemen en oplossingsoriëntatie te beoordelen of reïntegratie een belangrijke systeemdoelstelling is en blijft.

Uitwerking 1: Systeemdoelstellingen in de tijd

23

Ieder systeem streeft naar een stabiele evenwichtstoestand. Bij verstoringen zal men trachten dat evenwicht zo snel mogelijk te herstellen. Als iemand uitvalt door ziekte betekent dat voor de werkomgeving een verstoring van het evenwicht: er blijft een takenpakket liggen, maar iemand wordt ook gemist als deel van de omgeving (als rol) en als persoon. Het systeem zal er dan ook naar streven iemand zo snel mogelijk terug te krijgen en daarmee het evenwicht te herstellen. Als iemand echter niet terugkomt zal men toch ook op andere manieren het gemis opvangen: de taken worden herverdeeld of er komt een uitzendkracht. Na enkele maanden heeft dit zich gevoegd tot een nieuw evenwicht: de uitzendkracht is ingewerkt etc. Ook wordt, door het verloop van de tijd, iemand als persoon niet meer zo gemist. Geleidelijk aan ontstaat daarmee een situatie dat iemands *terugkeer* een verstoring van het evenwicht wordt. Op systeemniveau sluiten de deuren zich. Men zal de reïntegratiedoelstelling nog wel met de mond belijden maar in praktijk 'gaat men er niet meer voor', men heeft 'mentaal afscheid' genomen van iemand. Sterker nog, men gaat zich steeds meer afvragen of terugkeer niet de risico's met zich meebrengt van een minder productieve medewerker met misschien een verhoogde kans op uitval.

Bij de andere omgevingsystemen waar de medewerker/patiënt deel van uitmaakt kunnen zich parallelle processen afspelen: ook in de thuissituatie ontstaat geleidelijk een nieuw evenwicht en ook hier zal het systeem ernaar streven dat dit wordt gehandhaafd.

In de zorgomgeving, ten slotte, is men zich vaak te weinig bewust van deze processen en biedt men geen tegenwicht door het centraal (blijven) stellen van functioneringsherstel en reïntegratie als hoofddoelstelling.

Deze processen zouden wel eens een deelverklaring kunnen vormen voor het uit de statistieken, maar ook uit de dagelijkse praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen, bekende gegeven dat de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid sterk gaat toenemen met de ziekteduur wanneer iemand langer dan 10-16 weken ziek is¹⁹⁾. Natuurlijk speelt selectie daarbij een rol: de ernstiger gevallen blijven over. Maar dat lijkt het fenomeen niet geheel te kunnen verklaren. Op het niveau van de ziektebeelden kan het ook niet worden verklaard: er is op conceptueel niveau niets bekend over een kwalitatieve verandering van psychische ziektebeelden op de gegeven termijn.

1.1 Toepasbaarheid richtlijn

Tabel 1.1: Toepasbaarheid richtlijn

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>Eén of meer van onderstaande distress-symptomen (psychische spanningsklachten):</p> <ul style="list-style-type: none"> - malaise, lusteloosheid - gevoelens van overbelasting - anhedonie - onmachtgevoelens - demoralisatie - prikkelbaarheid - gedeprimeerdheid - emotionele labiliteit <p>en/of</p> <p>lichamelijke spanningsklachten</p> <ul style="list-style-type: none"> - moeheid - slaapproblemen - hoofdpijn <p>en</p> <p>de klacht(en) is/zijn zodanig dat de patiënt eronder lijdt of (dreigende) functioneringsproblemen ervaart.</p>	<p>Somatiek* (alle klachten zijn het directe gevolg van een somatisch beeld); patiënt en bedrijfsarts zijn het er niet over eens dat het gaat om psychische klachten;</p> <p>er is geen voldoende vertrouwensbasis tussen patiënt en bedrijfsarts om tot betrouwbare diagnostiek en zinvolle interventies te komen.</p> <p><i>Exclusie op grond van deze criteria is voorlopig.</i></p>

24

* Op indicatie verricht de bedrijfsarts lichamelijk onderzoek of verwijst de patiënt om een somatisch beeld uit te sluiten.

1.2 Aspecten van de probleemoriëntatie

Naast (na) het verhaal dat de patiënt min of meer spontaan vertelt zal het vrijwel altijd nodig zijn meerdere aspecten gestructureerd te bevragen. Tabel 1.2 geeft de vijf hoofdcategorieën die bij de taxatie van belang zijn. Aansluitend worden de hoofdcategorie uitgewerkt, onder andere met mogelijke openingsvragen. Deze vragen zijn ten dele ontleend aan ‘Psychosociale screening in de arbeidshulpverlening’²⁰⁾.

Tabel 1.2: Belangrijke aspecten bij de probleemoriëntatie: hoofdcategorieën

Hoofdcategorie	Categorie
1 Klachten en hun werk-gerelateerdheid, functioneringsbeperkingen	<ul style="list-style-type: none"> - psychische of lichamelijke spanningsklachten - psychische gezondheidsklachten - functionerings klachten - klachten van het welbevinden
2 Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevings-systemen) waarbinnen die factoren spelen (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving)	<ul style="list-style-type: none"> - (cumulatie van) stressoren/problemen - levensgebeurtenissen - conflicten - cumulatie van eisen - gebrek aan regelmogelijkheden - gebrek aan sociale steun - ongewenst gedrag - praktische consequenties/concrete belemmeringen naar het werk toe van bijvoorbeeld verlieservaringen
3 Belastbaarheid/verwerkings-vermogen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - eerdere decompensatie - frequent verzuim <i>indien één van deze of beide aanwezig, doorvragen:</i> - niveau van ervaren controle - ambitieniveau - copingrepertoire - ziektegedrag en op herstel gerichte activiteiten - rationaliteit van gedachten - persoonlijkheidsaspecten - persoonlijke voorgeschiedenis en huidige carrière- en levensfase - familiale aspecten
4 Probleemoplossend vermogen van de omgeving(s-systemen)	<ul style="list-style-type: none"> - hoog ziekteverzuim van de afdeling/organisatie - groot verloop <i>indien één van deze of beide aanwezig, doorvragen:</i> - is (blijft) reïntegratie doelstelling - daadwerkelijke steun daarbij - regelmogelijkheden daarbij
5 Visie van de patiënt en van de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - oorzaken - oplossingen - wijze van omgaan met probleem - motivatie - verwachting van de begeleiding

1.2.1 Hoofdcategorie 1: Klachten en hun werkgerelateerdheid

Algemene openingsvragen in deze categorie zijn de vragen waar een verkennend gesprek vaak mee begint:

- Wat is er aan de hand?
- Wat zijn uw klachten?
- Hebben uw klachten (vooral) betrekking op uw werk?
- Wat zijn de gevolgen voor het functioneren in uw werk/uw privé-situatie?

Binnen hoofdcategorie 1 worden drie categorieën onderscheiden:

a psychische en/of somatische gezondheidsklachten (deze kunnen aanvullend in kaart worden gebracht met de 4DKL, zie bijlage 3)

b functioneringsklachten

c klachten van het welbevinden; bijvoorbeeld zich niet meer betrokken voelen bij het werk of zich verminderd competent voelen (zie ook bijlage 4).

Voor alle drie de categorieën geldt dat de klachten zich vooral met betrekking tot het werk kunnen manifesteren of algemeen kunnen zijn.

De mate van werkgerelateerdheid en de mate waarin klachten van het welbevinden meewegen bepalen mede wie in de begeleiding welke rol vervult (zie stap 3).

Een sterke werkgerelateerdheid van de klachten betekent dat de effecten van de problematiek zich sterk manifesteren in het werk. Dit houdt voor de bedrijfsarts in dat hij moet achterhalen welke aspecten van het werk of van de situatie dit veroorzaken. Ook houdt het in dat, bij het bevragen van oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren, het accent meer op de werkomgeving wordt gelegd.

Naarmate het accent sterker ligt op klachten van het welbevinden zal de voorkeur uitgaan naar een niet medische professional om medicalisering zoveel mogelijk te voorkomen.

1.2.2 Hoofdcategorie 2: Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de systeemcontext

Algemene openingsvragen in deze categorie zijn:

- Wie of wat veroorzaakt uw probleem(/problemen)?
- Wie of wat staat een oplossing van uw probleem(/problemen) in de weg?
- Wat is de aanleiding om nú hulp te zoeken(/u nú ziek te melden)?
- Zijn er andere mensen betrokken bij de problemen? Wie hebben er nog meer last van?

Vervolgens kunnen, op indicatie, de oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren apart worden beschouwd voor de relevante omgevingsystemen. Voor psychische klachten in de arbeidssituatie zijn dit:

a de werkomgeving

b de privé-omgeving van de betrokken werknemer

c de zorgomgeving; voor zover de bedrijfsarts, vanuit een begeleidende rol, zelf deel uitmaakt van deze zorgomgeving zit hij in een ‘metapositie’ bij het uitvragen van aspecten van de behandeling.

Ieder van de drie omgevingsystemen moet altijd met enkele globale vragen worden afgedekt.

- Heeft u het naar uw zin in het werk? Kunt u het (meestal) goed aan? Zijn er problemen? Heeft u genoeg mogelijkheden om de problemen die u tegenkomt op te lossen? Is de sfeer goed? Zijn er conflicten? Zou u er erg tegen opzien ditzelfde werk de komende vijf jaar nog te moeten doen?
- Bent u tevreden/gelukkig in uw privé-leven? Zijn er problemen thuis, met de familie, met vrienden/buren? Zijn er conflicten? Kunt u de problemen die u tegenkomt meestal oplossen?
- Bent u tevreden met de begeleiding/behandeling? Helpt het u? Wat verwacht(te) u ervan?

27

Naast de antwoorden op dergelijke globale openingsvragen kunnen de uitkomsten uit hoofdcategorie 1 mede bepalend zijn voor de wijze waarop hoofdcategorie 2 wordt bevestigd: een sterke werkgerelateerdheid van de klachten zal inhouden dat met name werkaspecten uitgebreid worden bevestigd. De bedrijfsarts heeft de mogelijkheid, naast de patiënt zelf, met diens toestemming, ook sleutelfiguren in de werkomgeving te bevestigen (manager, personeelsfunctionaris en eventueel anderen, al dan niet in het kader van 'sociaal-medisch overleg'). Indien de klachten voornamelijk algemeen zijn (niet werk-gerelateerd) zal het accent meer op bevestiging van de andere omgevingsystemen kunnen liggen. Hier heeft de huisarts doorgaans meer toegang tot sleutelfiguren.

1.2.2.1 Interactie tussen de omgevingsystemen

De bedrijfsarts moet oog hebben voor de interactie tussen de verschillende omgevingsystemen. Voortdurende problemen of overbelasting in één systeem zal op termijn ook betekenis krijgen voor de andere omgevingsystemen. Ook kan er een cumulatief effect zijn zoals de dubbele belasting die vaak bij vrouwen voorkomt van werk en zorgtaken. Vaak leidt dit tot gevoelens van tekort schieten en schuld naar zowel het betaalde als het onbetaalde werk.

1.2.2.2 Differentiatie naar subgroepen

De bedrijfsarts maakt bij de inventarisatie van belastende factoren onderscheid naar leeftijd, sekse en culturele achtergrond.

Naast de genoemde dubbele belasting kan bij vrouwen en soms bij mannen seksuele intimidatie op het werk een rol spelen.

Bij alloctonen kan een minoriteitpositie (met als gevolg pesten) op het werk een rol spelen, financiële verplichtingen ten aanzien van familie in het land van herkomst en spanningen in de thuissituatie als gevolg van het gevoel bij de ouders dat ze in deze samenleving de controle op de opvoeding van hun kinderen verliezen.

Bij alloctone werkende vrouwen met een werkloze of arbeidsongeschikte man wordt de dubbele belasting vaak extra sterk gevoeld omdat het niet in de opvattingen past dat de man huishoudelijke taken vervult en omdat deze bovendien vaak met sombere en/of geagiteerde gevoelens thuis zit.

1.2.3 Hoofdcategorie 3: *Belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt*

Deze hoofdcategorie wordt primair oriënterend bevraagd. Indicerend voor uitgebreidere bevraging zijn:

- a** eerdere decompensatie/voorgeschiedenis van veel moeilijk oplosbare problemen in het recente verleden
- b** frequent van baan wisselen of frequent of langdurend verzuim (als signaal voor mogelijk vermijdingsgedrag); hoge medische consumptie.

Deze aspecten kunnen op de volgende wijze worden bevraagd:

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

28

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

Indien de indicatie is gesteld kunnen de volgende categorieën worden bevraagd:

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

Algemene openingsvragen kunnen daarbij zijn:

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

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

Het niveau van controle wat iemand ervaart kan van belang zijn voor het ‘aanslaan’ van de begeleidingsrationale (zie stap 3) waarbij een actieve deelname van de patiënt in zijn eigen herstel wordt verondersteld.

Signalen op het gebied van coping, ziekte- en herstelgedrag en de mate waarin iemands cognities (gedachten over de situatie) rationeel zijn, zullen vooral aanleiding geven tot interventies. Dit kunnen eenvoudige copingversterkende interventies zijn, zoals een stressoreninventarisatie gevolgd door een oplossingsinventarisatie en -uitwerking of een confrontatie met irrationele gedachtenpatronen, bijvoorbeeld perfectionisme met aansluitend ‘leefregels’ (bv.: uw eerste vijf rapporten mogen niet langer zijn dan vier A4’tjes). Bij ongecompliceerde problematiek zullen eerstelijns interventies in veel gevallen voldoende zijn. Deze verdienen ook de voorkeur omdat gelijke interventies (kosten)-effectiever in de eerste lijn worden uitgevoerd dan in de tweede lijn, mits voldoende deskundigheid aanwezig is⁸⁾.

Sterk ingesleten patronen van ineffectieve omgang met situaties zullen meer specialistische, tweedelijns interventietechnieken vragen (bijvoorbeeld methodische cognitieve herstructurering, zoals bij RET of andere cognitieve methodes).

Persoonlijksaspecten en familiale aspecten kunnen (mede) iets zeggen over de benaderbaarheid van een persoon door middel van lichte (eerstelijns) interventies. Signalen op deze categorieën kunnen de prognose compliceren/stagnatie verklaren en daarmee aanleiding zijn tot snelle verwijzing.

Het niveau (en de aard) van ambities in een bepaald levensgebied is mede van belang voor de weging die problemen/frustraties in dat levensgebied krijgen. Een gebrek aan carrièreperspectief bijvoorbeeld hoeft geen betekenis te hebben voor iemand die geen ontwikkeling in het werk (meer) ambieert terwijl het voor iemand met carrièreambities een stressor kan zijn. Uiteraard hoeven ambities niet altijd loopbaan ambities te zijn. Iemand kan ook de ambitie hebben zijn werk zo goed mogelijk te willen doen, leuke sociale contacten te hebben, iets voor anderen te betekenen. Ook in deze ambities kan men door omstandigheden worden gefrustreerd.

De bedrijfsarts moet zich ervan bewust zijn dat bevraging van deze categorieën een momentweergave geeft die sterk beïnvloed kan zijn door het huidige toestandsbeeld. Zo kan bijvoorbeeld een depressie een sterk invloed hebben op het ervaren van controle en op de wijze van copen. De bedrijfsarts kan dit enigermate ondervangen door steeds ook te vragen hoe de patiënt vroeger/normaal gesproken met probleemsituaties omging.

Als de bedrijfsarts stuit op een sterk disfunctioneel coping- en gedragspatroon kan uitgebreid tweedelijns psychodiagnostisch onderzoek met een sterkte/zwakte-analyse geïndiceerd zijn.

1.2.4 Hoofdcategorie 4: Probleemoplossend vermogen van omgeving(s-systemen)

Ook deze hoofdcategorie wordt alleen op indicatie uitgebreid bevraagd. Indicerend ten aanzien van werk- en privé-omgeving zijn daarbij:

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

Hierover is doorgaans feitelijke informatie (verzuim/verloop) bij de bedrijfsarts bekend of voor hem beschikbaar; uiteraard kan de informatie ook bij het management of de personeelsdienst worden bevraagd.

30

Algemene openingsvragen voor werk- en privé-omgeving in deze categorie zijn:

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

Belastbaarheid in een bepaalde situatie wordt niet alleen bepaald door iemands persoonlijke kenmerken en kwaliteiten maar ook door kenmerken van de omgeving(s-systemen) waar de betrokken persoon deel van uitmaakt: de werkomgeving, de privé-omgeving en de zorgomgeving (behandeling en begeleiding) waar hij een beroep op doet.

Het is van belang te taxeren in hoeverre de omgeving bijdraagt aan het herstel, steunend is, dan wel indifferent is of het herstel zelfs belemmert. Voor de werk en privé-omgeving zijn de categorieën 'eisen', 'regelruimte' en 'sociale steun' vooral van belang. Er is een zekere overlap met de hoofdcategorie 2. Wat betreft de zorgomgeving is van belang in hoeverre een adequate op functioneringsherstel gerichte, behandeling of begeleiding wordt gegeven.

Ook kan de bedrijfsarts de omgeving zelf bevragen op de genoemde aspecten.

1.2.5 Hoofdcategorie 5: Visie van de patiënt en van de omgeving

Alhoewel de visie van de patiënt als hoofdinformant uiteraard in alle hoofdcategorieën doorklinkt, is het belangrijk de patiënt niet 'slechts' als informant te beschouwen maar diens visie ook expliciet te bevragen (en als zodanig in rapportage neer te leggen).

Naast vragen over de aard van de klachten, de problematiek en het verwerkingsvermogen, die in bovenstaande hoofdcategorieën al zijn benoemd moeten in dit kader de doelstellingen en de verwachtingen van de patiënt worden bevraagd.

Relevante vragen in dit verband zijn:

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

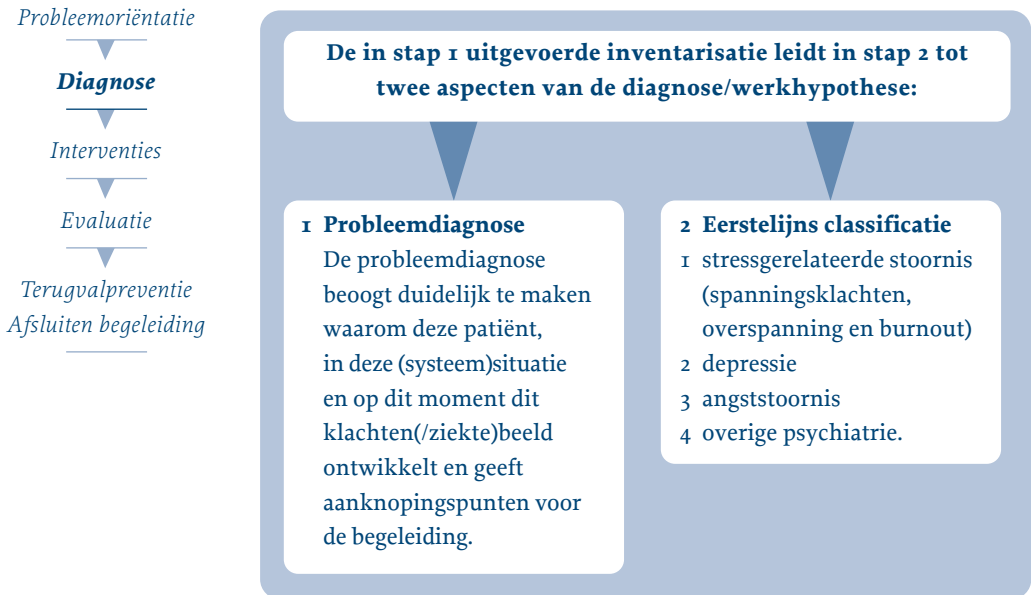
Op soortgelijke wijze kunnen doelstellingen/verwachtingen van de relevante omgevings-systemen in kaart worden gebracht. Wat betreft de zorgomgeving dient de communicatie uiteraard binnen de codes (KNMG-code ¹²⁾, NIP-code ²¹⁾) plaats te vinden.

31

Algemene openingsvragen kunnen daarbij zijn:

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

2 Diagnose/werkhypothese stap 2



32

Inleiding

De diagnose heeft twee aspecten:

- 1 de probleemdiagnose
- 2 de eerstelijns classificatie.

Een goede diagnostiek is een randvoorwaarde voor een effectieve begeleiding. De probleemdiagnose geeft richting aan de begeleiding van de stressgerelateerde component. Het belang van een gestructureerde probleemoriëntatie, leidend tot een adequate probleemdiagnose is in de vorige paragraaf onderstreept

Een juiste classificatie is evenzeer van groot belang voor interventies die het beloop kunnen bepalen. De onderdiagnostisering en onderbehandeling van ‘depressie’ in de eerste lijn is aanzienlijk: slechts een kwart van de depressieve stoornissen wordt als zodanig herkend²²⁾. Dit kan grote consequenties hebben gezien het grote verschil tussen behandeld en onbehandeld (‘natuurlijk’) beloop bij een depressie²³⁾. Anderzijds kan een overdiagnostisering, ‘ten koste’ van de diagnose overspanning, ertoe leiden dat te weinig accent wordt gelegd op de stressgerelateerde component²⁴⁾.

In deze richtlijn is gekozen voor een classificatie met een beperkt aantal categorieën, die alle relevantie hebben voor het handelen van de bedrijfsarts. Bij de criteria voor ‘depressie’ en ‘angstoornissen’ is aangesloten bij de betreffende huisartsenstandaarden^{25, 26)}, met dien verstande dat de kritiek van Terluin en Van der Meer²⁴⁾ is meegewogen:

de diagnose ‘milde depressie’ uit de huisartsenstandaard is niet overgenomen. Met betrekking tot de categorie ‘stressgerelateerde stoornissen’ is met betrekking tot ‘spanningsklachten’ en ‘overspanning’ vooral gebruik gemaakt van de publicaties van Terluin ^{5, 6, 27, 28, 29, 30} en van Van der Klink ^{34, 32}; met betrekking tot ‘burnout’ hebben de publicaties van Maslach ³³ en Schaufeli ^{34, 35, 36, 37} als leidraad gediend. De criteria voor ‘overige psychiatrie’ zijn ontleend aan de DSM IV ³⁸.

In de tabel onder 2.2 is de classificatie weergegeven met vermelding van de overeenkomende DSM IV classificatie en de CAS-code. Vervolgens worden de criteria per categorie benoemd.

33

2.1 Problemdiagnose

De bedrijfsarts combineert, in samenspraak met de patiënt, de uitkomsten van de probleemoriëntatie tot een problemdiagnose en schrijft deze uit.

De problemdiagnose moet duidelijk maken waarom deze patiënt, in deze (systeem)situatie en op dit moment dit klachten(/ziekte)beeld ontwikkelt en geeft aanknopingspunten voor de begeleiding.

Voorbeelden hiervan zijn:

- 1 problemen en conflicten binnen de privé-omgeving (het gezin) met overigens ook weinig steun binnen dit systeem (familie, vrienden) bij een man met een goede belastbaarheid (probleemoplossende attitude/gespreid copingrepertoire, rationele gedachten)
- 2 cumulatie van eisen in het werk bij een vrouw met een beperkte regelruimte vanwege parttime functie en dubbele belasting en een perfectionistische stijl.

2.2 Eerstelijns classificatie

De bedrijfsarts stelt, op basis van de in de vorige stap (hoofdcategorie 1) opgedane informatie en met eventueel aanvullende vragen een diagnose in één of meer van in Tabel 2.1 genoemde classificaties.

Tabel 2.1: Eerstelijns classificatie

Eerstelijns classificatie	Overeenkomende DSM categorie	CAS-code(s)
stressgerelateerde stoornis - spanningsklachten - overspanning - burnout	aanpassingsstoornis V-code	P10 / P109 P61 / P619 (overspanning) P611 (burnout)
depressieve stoornis	(unipolaire) depressieve stoornis, bipolaire stoornis, dysthyme stoornis, cyclothyme stoornis, stemmingsstoornis NAO, overige stemmingsstoornissen	P65 / P652
angststoornis	angststoornis	P63 , PTSD: P620!
overige psychiatrie	overige As I stoornissen. persoonlijkheidsstoornis	P67, P68 (psychosen) P69 / P699 (overige psy- chiatrische stoornissen) P64

34

2.2.1 Stressgerelateerde stoornissen

De bedrijfsarts gaat uit van de classificatie stressgerelateerde stoornis bij een beeld van spanningsklachten (affectieve en gedragssymptomen, lichamelijke klachten) in reactie op een herkenbare* verstoring van het evenwicht belasting/belastbaarheid door overbelasting of een andere stressveroorzakende factor. Als uitsluitingscriteria gelden: een acute stressstoornis als gevolg van een ingrijpende of schokkende ervaring, een sterk disfunctioneel gedragspatroon, specifieke kenmerken van ernstiger psychiatrie of een somatisch beeld. In Tabel 2.2 zijn de criteria voor diagnostiek gegeven.

* In interculturele contacten is de herkenbaarheid niet vanzelfsprekend; een attitude van bereidheid bij de arts tot inleven en kennis nemen van de context is vereist.

Tabel 2.2: Stressgerelateerde stoornis: criteria voor diagnostiek

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>Eén of meer van onderstaande distress-symptomen (psychische spanningsklachten):</p> <ul style="list-style-type: none"> - malaise, lusteloosheid - gevoelens van overbelasting - anhedonie - onmachtgevoelens - demoralisatie - prikkelbaarheid - gedeprimeerdheid <p style="text-align: center;">en/of</p> <ul style="list-style-type: none"> - lichamelijke spanningsklachten - moeheid - slaapproblemen - hoofdpijn <p style="text-align: center;">en</p> <p>de klacht(en) is/zijn zodanig dat de patiënt eronder lijdt of (dreigende) functioneringsproblemen ervaart.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acute stressstoornis - psychiatrisch beeld (As I of As II) - somatisch beeld.

35

Bij stressgerelateerde stoornissen maakt de bedrijfsarts een onderscheid tussen patiënten met:

- 1 **spanningsklachten:** er zijn geen zodanige beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren dat betrokkene rollen (zoals de werkrol) of substantiële delen daarvan laat vallen (er kunnen wel functioneringssymptomen zijn zoals concentratieverlies, zie inclusiecriteria);
- 2 **overspanning:** de patiënt heeft niet het niveau van controle kunnen handhaven om zijn/haar sociale rollen te blijven invullen: er zijn substantiële beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren. Vrijwel altijd hebben patiënten de werkrol laten vallen. De periode tussen aanvang van de herkenbare stressveroorzakende situatie en de ontstane functioneringsproblematiek is relatief kort (tot ca. 12 weken). Het specifieke klachtenpatroon, dat valt binnen de in Tabel 2.2 vermelde criteria, kan in kaart worden gebracht met de 4DKL (zie bijlage 3);
- 3 **burnout:** de bedrijfsarts is alert op dit beeld bij een relatief lange voorgeschiedenis van overbelasting (1 jaar of langer) en een chronisch klachtenbeloop. De patiënt is emotioneel uitgeput en heeft bovendien een grote distantie ten opzichte van het werk en/of een verminderd gevoel van competentie. Om een globale indruk te krijgen van de burnout dimensies kunnen de volgende voorbeeldvragen worden gesteld (ontleend aan de UBOS):
Emotionele uitputting - Voelt u zich mentaal uitgeput door uw werk?
 - Vormt een hele dag werken een zware belasting voor u?

- Voelt u zich vermoeid als u 's morgens opstaat en er weer een werkdag voor u ligt?
- Twijfel u aan het nut van uw werk?
- Bent u cynischer geworden over de effecten van uw werk?
- Heeft u het gevoel dat u met uw werk een positieve bijdrage levert aan het functioneren van de organisatie?
- Weet u de problemen in uw werk goed op te lossen?

De classificatie burnout kan worden bevestigd met de UBOS (zie bijlage 4).

2.2.2 Depressie

De bedrijfsarts is alert op een depressie bij alle patiënten met psychische klachten, inclusief de patiënten die voldoen aan de criteria voor een ander beeld. Bovendien is de bedrijfsarts alert op een depressie bij (patiënten met) een voorgeschiedenis van frequent verzuim vanwege wisselende klachten, bij een aanhoudende, onverklaarde moeheid, bij klachten van slapeloosheid en/of bij een depressieve episode in de persoonlijke voorgeschiedenis of de familie.

De bedrijfsarts gaat, in het kader van deze richtlijn, uit van de werkhypothese 'depressie' als aan de criteria voor diagnostiek (Tabel 2.3) is voldaan.

Tabel 2.3: Depressie: criteria voor diagnostiek

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

De in Tabel 2.3 genoemde criteria zijn de criteria voor een depressieve episode. Naast deze vorm zijn nog andere vormen van depressie te onderscheiden; de belangrijkste zijn:

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

De bedrijfsarts beoordeelt tevens of er sprake is van werkgerelateerde problematiek.

De bedrijfsarts beoordeelt of er sprake is van een acuut suïciderisico.

2.2.3 Angststoornis

37

De bedrijfsarts is alert op een angststoornis bij alle patiënten met psychische klachten, inclusief de patiënten die voldoen aan de criteria voor een ander beeld. Bovendien is de bedrijfsarts alert op een angststoornis bij (patiënten met) een voorgeschiedenis van frequent verzuim vanwege wisselende klachten, een verhoogde medische consumptie en een nerveuze gespannenheid.

De bedrijfsarts overweegt de classificatie angststoornis wanneer er sprake is van (gegeneraliseerde dan wel specifieke) angstgevoelens en/of vermijdingsgedrag.

De bedrijfsarts gaat, in het kader van deze richtlijn, uit van de werkhypothese 'angststoornis' als aan de criteria voor diagnostiek (Tabel 2.4) is voldaan.

Tabel 2.4: Angststoornis: criteria voor diagnostiek

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
- Buitensporige angst of bezorgdheid.	- De symptomen zijn het directe fysiologische gevolg van misbruik van middelen - somatisch beeld.

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

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

De belangrijkste manifestaties van een angststoornis zijn:

- **paniekaanval of -stoornis**
(een) afgegrensde periode(s), recent eenmalig of recidiverend, van hevige angst of ernstig onbehagen met vier of meer van de volgende symptomen:
 - bonzend hart of hartkloppingen
 - transpireren

- trillen of beven
- gevoel van ademnood of verstikking
- naar adem snakken
- pijn of druk op de borst
- misselijkheid of buikklachten
- gevoel van duizeligheid of licht in het hoofd
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan).
- angst de controle over zichzelf te verliezen of gek te worden
- angst om dood te gaan
- dove of tintelende gevoelens
- opvliegers of koude rillingen
- **fobieën**
 - hevige aanhoudende angst voor- en vermindering van:
 - een specifiek object (bv.: spinnen, slangen, bloed)
 - een specifieke fysieke situatie (bv.: hoogte, kleine ruimte)
 - situaties waarin een paniekaanval zou kunnen optreden zonder dat men kan wegkomen of hulp inroepen
 - sociale situaties waarin men zich bloot stelt aan mogelijke kritiek van anderen
- **obsessief-compulsieve stoornis**
 - hevige angst of spanning als gevolg van terugkerende, intrusieve en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies). De patiënt kan trachten de angst te reduceren door dwangmatige rituele handelingen (compulsies) zoals wassen, controleren, tellen, uit te voeren.
- **gegeneraliseerde angststoornis**
 - buitensporige en aanhoudende angst of bezorgdheid met betrekking tot meerdere aspecten van het leven (werk, gezin, financiën, 'de toekomst').

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

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

2.2.4 Overige psychiatrie

De bedrijfsarts gaat, in het kader van deze richtlijn, uit van de werkhypothese 'overige psychiatrie' als is voldaan aan de criteria vermeld in Tabel 2.5 (As I) of 2.6 (As II).

Bij de werkhypothese 'overige psychiatrie (As I)' verwijst de bedrijfsarts naar de huisarts met als aanbeveling een psychiater te raadplegen voor nadere diagnostiek en

De bedrijfsarts gaat uit van As II problematiek wanneer er sprake is van een sterk disfunctioneel gedragspatroon dat niet wordt verklaard door de interactie met specifieke omgevings- of contextfactoren. De bedrijfsarts toetst het patroon dat de patiënt vertoont aan de in Tabel 2.7 genoemde criteria.

Indien de bedrijfsarts tot de werkhypothese ‘As II problematiek’ komt tracht hij, in overleg met de huisarts, de patiënt te motiveren een psychiater te raadplegen voor nadere diagnostiek en therapeutische adviezen.

Tabel 2.6: Overige psychiatrie (As II): criteria voor diagnostiek

40

Criteria voor inclusie

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

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

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

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

3 Interventies stap 3

Rolinvulling bedrijfsarts		Procesbegeleider	Begeleider van het individu
1	Stressgerelateerde stoornis		
2	Depressieve stoornis		
3	Angststoornis		
4	Overige psychiatrie		

- ten aanzien van de werkomgeving bij werkgerelateerde problematiek
- bij een werkstressgerelateerde component, uitsluitend in overleg met de huisarts/behandelaar

Probleemoriëntatie

▼
Diagnose

▼
Interventies

▼
Evaluatie

▼
Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding

Planning en uitvoering van interventies

Interventies vanuit *de rol van procesbegeleider* zijn er op gericht bij alle relevante partijen in de omgeving van de patiënt een probleemgeoriënteerde attitude te bewerkstelligen van waaruit ook feitelijke probleemoplossende acties worden uitgevoerd.

Deze rol houdt in dat de bedrijfsarts veel informatieve steun geeft en de systemen, met name het werksysteem, alert houdt op de problematiek en de reïntegratie doelstelling.

Interventies vanuit *de begeleidende rol naar het individu* zijn er op gericht de patiënt de controle te laten hervinden die hij op relevante levensdomeinen heeft verloren.

De bedrijfsarts heeft binnen deze rol een activerende functie en maakt vooral gebruik van (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies.

Inleiding

Er is geen gepubliceerd gecontroleerd effectonderzoek bekend naar de eerstelijns begeleiding van patiënten met stressgerelateerde, werkgebonden problematiek³⁹⁾. Wel zijn er, zoals in de Inleiding vermeld, aanwijzingen uit onderzoek van Terluin^{5, 6)} en zijn voorlopige resultaten beschikbaar van een nog niet gepubliceerde gecontroleerde effectstudie⁷⁾. De interventies, zoals in de richtlijn vermeld, zijn dus slechts in beperkte mate evidence based. Wel is er materiaal beschikbaar over wat als ‘the state of the art’ beschouwd kan worden^{40, 41, 42, 43, 44)}.

Naast de individugerichte aanpak die in de genoemde bronnen is beschreven neemt de omgevings(systeem) gerichte benadering⁴⁵⁾ een belangrijke plaats in binnen de richtlijn.

3.1 Rollen van de bedrijfsarts

Bij werkgerelateerde problematiek en een werkstressgerelateerde component beoordeelt de bedrijfsarts of volstaan kan worden met procesbegeleiding. Dit is het geval bij een ongecompliceerd beeld (geen bijmenging met depressieve of angstklachten,

geen gecompliceerde problematiek in de oorzakelijke sfeer en als de patiënt blijk geeft van een probleemgeoriënteerde attitude en effectief probleemoplossend gedrag). Bij lichte complicaties, vooral ten aanzien van probleemoplossende vaardigheden, draagt de bedrijfsarts zorg voor de begeleiding van het individu.

De eerstelijns begeleiding van het individu kan, in afstemming, door anderen worden ingevuld (bv. psycholoog, bedrijfsmaatschappelijk werk), met name als er sprake is van veel klachten van het welbevinden of anderszins gecompliceerde problematiek die een meer gespecialiseerde deskundigheid wenselijk maakt. De bedrijfsarts ziet er op toe dat de op reïntegratie gerichte kernaspecten van de begeleiding (probleemgeoriënteerd, tijdcontingentie en gericht op functioneringsherstel) zijn gewaarborgd.

Bij zwaardere complicaties (bijvoorbeeld in de zin van ingesleten cognitief- of gedragspatronen) kan verwijzing naar tweedelijns begeleiding aan de orde zijn.

42

3.2 Maken van een begeleidingsplan

De bedrijfsarts maakt, op basis van de werkhypothese en de rolkeuze, en in samenspraak met de patiënt, een begeleidingsplan. De bedrijfsarts stuurt hierover een kort bericht aan de huisarts.

De bedrijfsarts vervult altijd de rol van procesbegeleider in relatie tot de werkomgeving. Indien zich niet binnen drie weken een duidelijk herstel aftekent (probleemgeoriënteerde attitude, verminderde focus op klachten, verminderen van klachten) draagt de bedrijfsarts er bovendien zorg voor dat de rol van begeleider van het individu wordt ingevuld.

De marges waarbinnen de contacten kunnen worden gepland zijn weergegeven in het tijdpad in § 3.2 van de Richtlijn. Dit tijdpad is ontleend aan een onderzoek onder bedrijfsartsen. In combinatie met interventies bleek het tot een aanmerkelijk snellere reïntegratie en een lagere recidiefkans te leiden⁷⁾. De planning van met name de begeleiding van het individu kan, binnen die marges, iets verschillen per classificatie:

- bij de begeleiding van werknemers met *spanningsklachten* (zonder verzuim) kunnen de contacten worden ingericht naar de behoefte van de cliënt en eventuele randvoorwaarden vanuit de omgeving;
- bij de begeleiding van werknemers met *overspanning* of *burnout* ligt het accent op vroeginterventie;
- bij de begeleiding van werknemers met '*psychiatrie*' (*depressie, angststoornis, overige psychiatrische stoornissen*) stemt de bedrijfsarts met de patiënt en diens huisarts af of de klachten een probleemgeoriënteerde begeleiding toelaten. Zo ja, dan plant de bedrijfsarts, in overleg met patiënt en behandelaar, interventies gericht op de stressgerelateerde component.

Als de bedrijfsarts de rol van begeleider van het individu invult kunnen, in de periode dat deze begeleiding loopt, de contacten in het kader van de procesbegeleiding worden bekort of aangepast.

3.3 Uitvoeren van interventies

Tabel 3.1: Kernbestanddelen rol van procesbegeleider

<ul style="list-style-type: none"> - Afstemmen van doelstellingen en interpretaties tussen de verschillende omgevingsystemen - de verantwoordelijkheid en (zelf)werkzaamheid zoveel als mogelijk bij de patiënt en diens leef-/werkomgeving laten. 	<p>Ten aanzien van de patiënt en diens privé-omgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> - begeleidingsrationale <i>bij stagnatie a.g.v. inadequate steun vanuit de privé-omgeving:</i> - tijdcontingent kader - functioneringsherstel als centrale doelstelling - bewaken en evalueren van het beloop - bespreken effectiviteit van behandeling <i>als coach naar de privé-omgeving:</i> - de privé-omgeving steunen d.m.v. voorlichting en verlenen van emotionele ondersteuning (doorgaans via de huisarts)
<p>Ten aanzien van de werkomgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overleg met leidinggevende hoe de reïntegratie het beste gestalte kan krijgen (tijdpad) - tijdcontingent kader - adviseren over het beleid ten aanzien van eventuele oorzakelijke of onderhoudende factoren en t.a.v. eventuele tijdelijke werkaanpassingen in uren of taken - zo nodig adviseren over door de werkgever aan de werknemer te verlenen steun (emotionele steun, informatiesteun, instrumentele steun) <i>als coach naar de werkomgeving:</i> - de werkomgeving adviseren (of er op toezien dat dit gebeurt) t.a.v. aspecten als een duidelijke opstelling en een duidelijke werk- en taakstructuur en verlenen van emotionele ondersteuning 	<p><i>bij stagnatie a.g.v. inadequate steun vanuit het werk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - samen met patiënt en werkgever zoeken naar de achterliggende redenen van deze uitblijvende steun - bespreken van deze redenen met patiënt en werkgever - concrete oplossingen aandragen zoals mediation bij conflicten of een zo concreet mogelijke prognose bij onzekerheid bij de werkgever over het beloop.
<p>Ten aanzien van de zorgomgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts komt met huisarts en met eventuele andere behandelaar tot afstemming t.a.v.: - doelstelling (functioneringsherstel), begeleidingsrationale, tijdcontingent kader en begeleidingsplan - de bedrijfsarts informeert de huisarts/behandelaar t.a.v. relevante werkgebonden aspecten en ten aanzien van vorderingen (evt. stagnaties) in de reïntegratie. 	<p><i>bij stagnatie a.g.v. inadequate (/ te lange) behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - in overleg met de patiënt contact met behandelaar: - voorleggen welke problemen functioneringsherstel en/of reïntegratie/werkhervatting belemmeren - formuleren gezamenlijk beleid.

In Tabel 3.1 en 3.2 worden de kernbestanddelen van de rollen van respectievelijk procesbegeleider en van begeleider van het individu weergegeven.

De bedrijfsarts draagt er in de rol van procesbegeleider ook zorg voor dat vanuit de omgeving zo eenduidig mogelijk naar de patiënt wordt gecommuniceerd. Alleen in een (systeem)omgeving die een eenduidige betekenisverlening toestaat zijn de voorwaarden om controle te hervinden (essentieel voor herstel) optimaal. Om het simpeler te zeggen: het lukt bijna nooit als belangrijke mensen in de omgeving allemaal wat anders zeggen en doen.

Daarnaast is de bedrijfsarts zich ervan bewust dat systeemdoelstellingen in de tijd kunnen veranderen (zie § 1.0 Uitwerking 1: systeemdoelstellingen in de tijd).

44

Tabel 3.2: Kernbestanddelen begeleidende rol naar het individu

- Voorlichting over 'stress' als reactiepatroon en/of over het specifieke ziektebeeld van de patiënt
- in aansluiting daarop bespreken rationale (beeld- en begeleidingsrationale)
- positieve context aanbrengen (waar mogelijk)
- prognose bespreken, zowel voor het verdwijnen van de klachten als voor het functioneren
- planning van interventie
- benadrukken dat het zoveel mogelijk volhouden van normale activiteiten geen schade veroorzaakt (indien relevant)
- belang van een actieve probleem(oplossings)gerichte attitude en risico's van vermijdingsgedrag aangeven
- dit concretiseren in stressoreninventarisatie en probleemoplossende strategieën
- in overleg met patiënt (en een eventuele andere behandelaar) tijdcontingente opbouw concretiseren
- hierbij zorg dragen voor een evenwichtige opbouw in alle rollen die de patiënt heeft laten vallen
- de patiënt inzicht geven in de rol die de eigen perceptie en taxatie van situaties in het stressproces kan spelen
- in aansluiting daarop bespreken van de rol van eventuele irrationele gedachtenpatronen (cognities) van de patiënt
- bij twijfel over de voortgang beloop op klachtniveau evalueren (eventueel met gebruikmaking van instrumentarium.

(4DKL/UBOS)

3.4 Interventies per classificatiecategorie

In tabel 3.3(1, 2) worden, per classificatiecategorie en per rol, de kerninterventies samengevat.

Tabel 3.3(1): Rolinvulling en kerninterventies per classificatiecategorie

Eerstelijns classificatie	Kerninterventies procesbegeleider	Kerninterventies begeleider van het individu
Stressgerelateerde stoornis (spanningsklachten, overspanning en burnout)	<ul style="list-style-type: none"> - omgevings- en systeeminterventies (vooral gericht op werksysteem) - voorlichting - tijdcontingente opbouw - overleg huisarts - bij stagnatie: consultatie of verwijzing - eventueel coachrol 	<ul style="list-style-type: none"> - voorlichting - rationale - perspectief - stressoreninventarisatie
Depressieve stoornis	<ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts verwijst altijd naar huisarts - op de hoogte zijn van eerstelijns (huisartsenstandaard) en tweedelijns (CBO-consensus) behandelingsvormen - in overleg met de patiënt, diens huisarts en de werkomgeving naar een aanvaardbare belasting in het werk zoeken - evt. coachrol - bij (acuut) suiciderisico directe (specialistische) hulp in schakelen (bedrijfsarts bij voorkeur via de huisarts) 	<p><i>bij werkgerelateerde problematiek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts begeleidt, in overleg met patiënt en huisarts, patiënt voor de werk(stress) gerelateerde component (als bij stressgerelateerde stoornis)

Tabel 3.3(2): Rolinvulling en kerninterventies per classificatiecategorie

Eerstelijns classificatie	Kerninterventies procesbegeleider	Kerninterventies begeleider van het individu
Angststoornis	<ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts verwijst altijd naar huisarts - op de hoogte zijn van eerste-lijns (huisartsenstandaard) en van tweedelijns behandelingsvormen - in overleg met de patiënt, diens huisarts en de werkomgeving naar een aanvaardbare belasting in het werk zoeken - bedrijfsarts verleent, in overleg met huisarts/behandelaar, patiënt en werkomgeving, medewerking aan traject van exposure 	<p><i>bij werkgerelateerde problematiek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts begeleidt, in overleg met patiënt en huisarts, patiënt voor de werk(stress) gerelateerde component (als bij stressgerelateerde stoornis)
Overige psychiatrie (As I en As II)	<ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts verwijst altijd naar de huisarts voor doorverwijzing tweede lijn - in overleg met de patiënt, diens huisarts/behandelaar en de werkomgeving naar een aanvaardbare belasting in het werk zoeken <i>bij As II</i> - cliënt zo nodig motiveren tot tweedelijns diagnostiek en begeleiding - vervullen coachrol 	<p><i>bij werkgerelateerde problematiek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrijfsarts begeleidt, in overleg met patiënt en huisarts en tweedelijns behandelaar, patiënt voor de werk(stress) gerelateerde component (als bij stressgerelateerde stoornis)

Uitwerking 2: Werkwijze begeleider van het individu voor stressgerelateerde psychosociale problematiek

Stressgerelateerde psychosociale problematiek staat op de voorgrond bij stressgerelateerde stoornissen maar kan ook een rol spelen bij de overige categorieën van de classificatie. Deze problematiek leent zich uitstekend voor kortdurende, gestructureerde gesprekshulp. Vanuit kosteneffectiviteitsoogpunt is het wenselijk dat deze hulp in de eerste lijn wordt verleend⁸⁾.

Er is een indicatie voor kortdurende, eerstelijns gesprekshulp, in aanvulling op de begeleiding vanuit de rol van procesbegeleider, wanneer de patiënt moeite heeft weer greep te krijgen op zijn interactie met de (werk)omgeving, en er daarmee niet in slaagt weer een gevoel van controle op te bouwen. Dit manifesteert zich doorgaans in een aanhoudende preoccupatie met de klachten in plaats van een verschuiving van focus naar de oorzaken van de klachten. Een dergelijke verschuiving treedt bij een ongecompliceerd verloop na circa twee tot zes weken op. Vaak is stagnatie het gevolg van een gebrek aan probleemoplossende vaardigheden en/of van improductieve, irrationele percepties en opvattingen (zie addendum 8).

Dergelijke situaties lenen zich uitstekend voor een probleemverheldering in een paar gesprekken: voorlichting over het beeld, samenvatten van de problematiek op inhouds- en gevoelsniveau, het 'uitdagen' en bijstellen van irrationele percepties en cognities en het uitwerken van concrete oplossingsgerichte strategieën.

Het bijstellen van percepties en cognities ('cognitieve herstructurering') beperkt zich in de eerste lijn tot het aanbieden van 'eye-openers'. Sterk ingesleten patronen van irrationele cognities, die bovendien vaak verweven zijn met persoonlijkheidskenmerken, behoeven tweedelijns interventies.

Het versterken van het probleemoplossend vermogen door het uitwerken van oplossingsgerichte strategieën beperkt zich in de eerste lijn tot concrete, actuele situaties in het hier en het nu. Ook hier geldt dat ingesleten patronen - van improductief gedrag - tweedelijns interventies behoeven.

Ook bij complicaties op klachtniveau, zoals bijvoorbeeld sterke bijmenging van depressie of angstklachten, moet verwijzing naar tweedelijns begeleiding worden overwogen.

Bij werkgerelateerde problematiek is de bedrijfsarts primair verantwoordelijk voor de eerstelijns begeleiding. Hij kan de begeleiding van het individu ten dele delegeren naar psycholoog of maatschappelijk werker. Deze delegatie van eerstelijns begeleiding gaat gepaard met wezenlijk andere randvoorwaarden dan verwijzing voor tweedelijns begeleiding: het effectiviteitsvoordeel van eerstelijns interventie⁸⁾ mag niet verloren gaan. Dit voordeel ligt waarschijnlijk voor een belangrijk deel in de inbedding van de uitvoerend professional in de systeemcontext en een optimale interactie met de rol van procesbegeleider.

De bedrijfsarts zelf is vaak het best ingevoerd in die systeemcontext: de werkomgeving en de sleutelfiguren daarbinnen. Bovendien is voor interventies door de bedrijfsarts de effectiviteit aangetoond⁷⁾. Bij delegatie moeten voor- en nadelen zorgvuldig worden afgewogen.

Hieronder worden de kernaspecten van de eerstelijns begeleiding bij stressgerelateerde psychosociale problematiek puntsgewijs uitgewerkt; in de bijlage is een voorbeeld van een overspanningscasus uitgewerkt. De onderscheiden interventies zijn in de addenda beschreven.

Puntsgewijze weergave werkwijze begeleider van het individu voor stressgerelateerde psychosociale problematiek

48

- 1 De bedrijfsarts geeft, in aanvulling op zijn voorlichting over ‘stress’, voorlichting over de overspanningscrisis (addendum 1).
- 2 De bedrijfsarts geeft een rationale die een voor de patiënt acceptabele verklaring inhoudt van zijn of haar toestandsbeeld en die de basis geeft voor het begeleidings-/interventieplan (addendum 2).
- 3 De bedrijfsarts schetst het perspectief (addendum 3) en adviseert tot een dagindeling met afwisseling van activiteiten (addendum 4).
- 4 De bedrijfsarts brengt, waar mogelijk, een positieve context aan (addendum 5).
- 5 De bedrijfsarts houdt, bij de uitwerking van het begeleidingsplan rekening met de fasering van het (overspannings)beeld, waarbij na de crisisfase tenminste een ‘stressoren inventarisatie’ (addendum 6) met uitwerking van oplossingsstrategieën en een tijdcontingente functioneringsopbouw (addenda 9 en 10) plaats vinden.
- 6 Bij het begeleidingsplan overlegt de bedrijfsarts met de patiënt over het tijdpad en betreft daarbij de ernst en aard van de problematiek, het klachtenpatroon en kenmerken van de omgeving waar de patiënt deel van uitmaakt; ook bij differentiatie daarin blijft een forse bandbreedte bestaan:
 - bij een overspanningsbeeld van lichte distressklachten en relatief ongecompliceerde psychosociale problematiek en weinig klachten van het welbevinden in werk of privé ontstaat binnen twee tot zes weken de mogelijkheid tot werkhervatting
 - bij een klachtenpatroon van ernstiger distressklachten en eventuele complicerende klachten in de zin van depressieve cognities, angstklachten of een uitgebreid somatisch klachtenpatroon duurt het beeld langer en moet zorgvuldig worden bewaakt dat er geen stagnaties optreden (zie Achtergrondstudie, stap 4 ‘evaluatie’).
 - hetzelfde geldt bij zeer ernstige problematiek (in de sfeer van levensgebeurtenissen) en bij sterke klachten van het welbevinden.
- 7 De bedrijfsarts gebruikt, bij twijfel over de voortgang, de 4DKL als instrument om het beloop op klachtenniveau te evalueren.
- 8 De bedrijfsarts draagt er bij de tijdcontingente functioneringsopbouw zorg voor dat de opbouw evenwichtig plaats vindt over alle rollen die de patiënt in de crisisfase heeft laten vallen.

- 9 De bedrijfsarts betreft informatie uit de werkomgeving in zijn werkhypothese. Hij communiceert met de werkgever ten aanzien van het tijdpad en over het beleid ten aanzien van eventuele oorzakelijke of onderhoudende factoren en adviseert ten aanzien van eventuele tijdelijke werkaanpassingen in uren of taken.
- 10 De bedrijfsarts communiceert met de huisarts over zijn bevindingen, de gegeven rationale en het begeleidingsplan, waarbij afstemming plaats vindt ten aanzien van de uitvoering van het begeleidingsplan.
- 11 De bedrijfsarts zoekt bij inadequaat ziektegedrag samen met de patiënt naar de achterliggende redenen van dat gedrag zoals angst voor blootstelling aan stressvolle situaties. De bedrijfsarts bespreekt deze redenen met de patiënt; vervolgens formuleert de bedrijfsarts concrete oplossingen zoals een aangepast tijdcontingent programma van activiteiten met toenemende belasting dat aansluit bij de eigen ervaring en het eigen activiteitenpatroon van de patiënt.

3.5 Specifieke interventies bij (sub)categorieën

Bij drie subcategorieën patiënten is de bedrijfsarts extra alert op een ongunstig beloop en verricht de bedrijfsarts zo nodig specifieke interventies, die hieronder globaal worden uitgewerkt:

- 1 patiënten waarbij een conflict in de arbeidssituatie de belangrijkste etiologische factor is
- 2 slachtoffers van ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie, mobbing)
- 3 patiënten bij wie sterk ingesleten patronen van irrationele cognities of persoonlijkheidskenmerken het beeld compliceren.

Twee van deze factoren (conflictsituaties en persoonskenmerken) zijn ontleend aan onderzoek van Van Engers¹⁷⁾; deze factoren blijken een fors risico in te houden voor verlies van werk, hetzij via de WAO, hetzij via andere kanalen.

Ongewenst gedrag is toegevoegd op basis van de consensus opvatting binnen de ontwikkelgroep dat ook deze categorie patiënten een ongunstige prognose heeft.

Uitwerking 3: Richtlijnen voor specifieke interventies

- ***Een conflict in de arbeidssituatie is de belangrijkste etiologische factor***
De bedrijfsarts
- steunt de patiënt emotioneel maar bewaakt zijn eigen onafhankelijke positie, legt de verantwoordelijkheid helder neer bij de medewerker(s) en leidinggevende en toetst de bereidheid tot een probleemoplossende attitude. Als een van de partijen 'de overwinning' nastreeft geeft de bedrijfsarts aan dat een oplossing zelden wordt gevonden in de overwinning van één der partijen en adviseert tot mediation;
- geeft aan de betrokken partijen inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door bestending van gesanctioneerde afwezigheid de conflictsituatie

door één of beide partijen wordt vermeden waarmee een schijnoplossing ontstaat met als risico langdurig verzuim;

- adviseert tot een onafhankelijke mediation: hetzij meteen hetzij uiterlijk na twee weken indien nog geen deëscalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn.

- *Patiënten geconfronteerd met ongewenst gedrag*

De bedrijfsarts

- legt zo nodig positie en rol van de bedrijfsarts uit binnen het bedrijf met betrekking tot ongewenst gedrag (er is soms sprake van een dubbelrol bedrijfsarts en vertrouwenspersoon);
- legt de klachtenprocedure en het beleid omtrent ongewenst gedrag uit of verwijst de patiënt daarvoor naar de werkgever (bij voorkeur naar de vertrouwenspersoon binnen het bedrijf);
- staat open voor verhaal en heeft inzicht in wat het betekent om geconfronteerd te worden met ongewenst gedrag;
- schat de ernst van het ongewenste gedrag in evenals de ernst van de psychische klachten;
- adviseert slachtoffer hoe te handelen bij ongewenst gedrag. Dit advies kan zeer uiteenlopend zijn; het stimuleren van de eigen probleemoplossende attitude van het slachtoffer, het betrekken van de leidinggevende in het zoeken naar oplossingen, het doorverwijzen naar een vertrouwenspersoon of het indienen van een officiële klacht binnen of buiten de organisatie;
- de werkomgeving activeren om de oorzaak weg te nemen. De werkgever is verantwoordelijk voor de werkomgeving en werksfeer van de werknemer en heeft direct invloed op de oorzaak van het disfunctioneren van het slachtoffer.

Adviezen naar de met ongewenst gedrag geconfronteerde medewerker

- er over praten met anderen (collega's en direct leidinggevende);
- direct leidinggevende vragen naar hulp bij het zoeken van een oplossing;
- slachtoffer motiveren om actief om te gaan met het ongewenste gedrag. Uitleggen dat het slachtoffer zich er absoluut niet bij neer moet leggen. Het gaat niet vanzelf over. Het slachtoffer zal de persoon in kwestie indien mogelijk zelf zeggen dat ze/hij niet van zijn/haar gedrag gediend is;
- bewijzen voor ongewenst gedrag verzamelen;
- indien het ongewenste gedrag ernstig is of aanhoudt nadat er een signaal van het slachtoffer is afgegeven is het goed om door te verwijzen naar een vertrouwenspersoon op het bedrijf. Indien er geen vertrouwenspersoon of klachtencommissie is kan worden doorverwezen naar externe instanties;
- zoeken naar een oplossing binnen organisatie die de oorzaak wegneemt;
- indien er geen oplossing binnen de organisatie mogelijk is kan een gerechtelijke procedure uitkomst bieden (adviseren dat het slachtoffer zich laat bijstaan door rechtshulpverlener of advocaat).

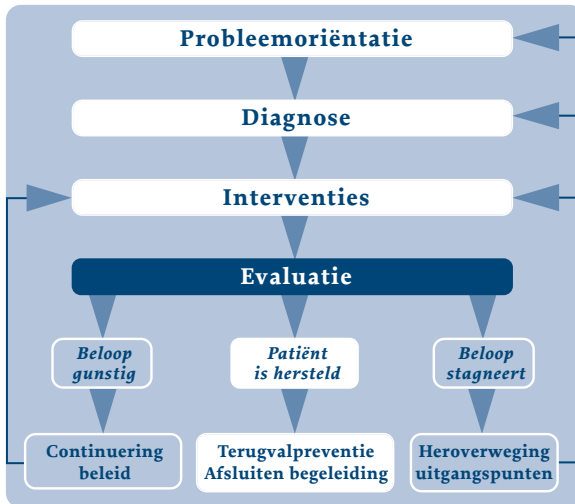
- ***Sterk ingesleten patronen van irrationele cognities of persoonlijkheidskenmerken spelen een rol***

Bij deze groep patiënten kan een begeleiding als boven beschreven stagneren omdat de patronen van cognities dan wel persoonskenmerken een doelmatig probleemoplossend gedrag in de weg staan. Mede gezien de matige prognose van deze groep moet de bedrijfsarts in een vroeg stadium overwegen te adviseren tot een specialistische benadering gericht op de disfunctionele cognities of persoons- en gedragskenmerken. Er is een niet scherp af te bakenen overgang naar de patiënten bedoeld onder diagnosegroep 6 (persoonlijkheidsstoornissen).

De bedrijfsarts is zich bewust van het risico dat met (lichtvaardig gebruik van) het label ‘persoonlijkheidskenmerken’ situationele problematiek kan worden geïndividualiseerd. De bedrijfsarts hanteert de diagnose ‘persoonlijkheidsstoornis’ uitsluitend als deze is bevestigd door specialistische expertise.

4 Evaluatie stap 4

52



Dit is een terugkerend proces zolang er gezondheids- of functioneringsverlies bestaat. De evaluatie moet leiden tot een keuze voor:

- voortzetting van het beleid
- herdefiniëring probleem (terug naar stap 1 of 2)
- herdefiniëren van het beleid (terug naar stap 3)
- terugvalpreventie en afsluiten begeleiding.

Afstemming met huisarts/behandelaar vindt plaats op 3, 6 en 12 weken; daarna op indicatie/in overleg.

Inleiding

Een tijdcontingente opbouw blijkt effectief bij functioneringsherstel bij pijnklachten ^{46, 47}. Er zijn aanwijzingen dat dit ook bij psychische klachten geldt ⁷. Een gestructureerde evaluatie past in deze aanpak. Juist op dit aspect kan de begeleiding tekort schieten: te vaak wordt bij de patiënt bij wie stagnatie optreedt geen concrete actie gepland maar een vervolgspraak na enige weken gemaakt in de hoop dat het dan beter gaat.

In de schemata 4.1(1,2) en 4.2 worden de evaluatie- en afstemmingsmomenten uitgewerkt voor respectievelijk de stressgerelateerde stoornis en voor psychiatrie (depressie, angststoornis, overige psychiatrie).

4.1 Evaluatie bij stressgerelateerde stoornis

Tabel 4.1(1): Evaluatie bij stressgerelateerde stoornis

Evaluatie-momenten	Begeleider van het individu	Procesbegeleider
Intake	Bij <i>werkgerelateerde problematiek</i> : bedrijfsarts beoordeelt of volstaan kan worden met procesbegeleiding. Dit is het geval bij een ongecompliceerd beeld (geen bijmenging met depressieve of angstklachten, geen zeer gecompliceerde problematiek, patiënt geeft blijk van probleemgeoriënteerde attitude). Bij complicatie draagt de bedrijfsarts zorg voor begeleiding van het individu. Bij <i>niet-werkgerelateerde problematiek</i> : bedrijfsarts verwijst naar huisarts.	

Tabel 4.1(2): Evaluatie bij stressgerelateerde stoornis

Evaluatie-momenten	Begeleider van het individu	Procesbegeleider
3 à 4 weken	Bedrijfsarts beoordeelt rolinvulling opnieuw als bij intake. Eventueel alsnog zorgdragen voor begeleiding van het individu. Indien patiënt volstrekt niet gemotiveerd kan worden tot een probleemgerichte en/of tot het meedenken ten aanzien van een tijdcontingent begeleidingsplan overlegt bedrijfsarts met huisarts en consulteert eventueel bedrijfsmaatschappelijk werk, psycholoog of andere deskundige.	
6 weken	Indien zich na 6 weken geen probleemoplossende attitude aftekent en er is/ontstaat 'bijmenging' met depressieve-, angst- of somatisatieklachten overlegt bedrijfsarts met huisarts met als inzet consultatie of verwijzing (maatschappelijk werk, psycholoog).	Checken of op systeemniveau de randvoorwaarden voor herstel aanwezig zijn.
13 weken	Indien na 13 weken geen functioneringsherstel met inbegrip van (partiële) werkhervatting overleg met huisarts met als inzet consultatie over begeleiding (door tweedelijns deskundige) of verwijzing tweede lijn.	Indien na 13 weken geen functioneringsherstel met inbegrip van (partiële) werkhervatting overleg met huisarts voor verwijzing of met behandelaar voor evaluatie behandeling. Checken of op systeemniveau de randvoorwaarden voor herstel aanwezig zijn/blijven.
13 tot 26 weken	Evaluatie van voortgang als bij 13 weken bij ieder contact (zie tijdpad Richtlijn §3.2); consultatiemomenten met huisarts naar bevind van zaken en in onderling overleg; na 26 weken verwijzing tweede lijn tenzij patiënt tenminste 80% gereïntegreerd.	Bij 18 weken en 26 weken evaluatie van voortgang; indien geen vooruitgang; overleg met behandelaar voor evaluatie behandeling. Checken of op systeemniveau de randvoorwaarden voor herstel aanwezig zijn/blijven.
Vanaf 26 weken	Indien geen duidelijke (verdere) vooruitgang wordt geboekt: verwijzing en overstappen naar procesbegeleiding.	Evaluatie van voortgang bij ieder contact; indien op twee opeenvolgende contacten geen (verdere) vooruitgang; overleg met behandelaar voor evaluatie behandeling. Checken of op systeemniveau de randvoorwaarden voor herstel aanwezig zijn/blijven.

4.2 Evaluatie bij ‘psychiatrie’

Tabel 4.2: Evaluatie bij ‘psychiatrie’ (depressie, angststoornis, overige psychiatrische stoornissen)

Evaluatie-momenten	Begeleider van het individu	Begeleider
Intake	Bedrijfsarts stemt, indien nodig, af met huisarts of de klachten aanhouden van/reïntegreren in werkzaamheden toelaten. Bij <i>werkgerelateerde problematiek</i> : bedrijfsarts stemt af met huisarts of de klachten een probleemgeoriënteerde begeleiding toelaten. Zo ja: begeleiding van het individu.	
6 weken	Indien zich na 6 weken geen verbetering aftekent: overleg met huisarts over heroverweging behandeling (bv. medicatie); de bedrijfsarts stemt opnieuw af met de huisarts of de klachten een probleemgeoriënteerde begeleiding toelaten en of de klachten aanhouden van/reïntegreren in werkzaamheden toelaten.	
Vanaf 6 weken	Evaluatie van voortgang bij ieder contact; overleg met huisarts naar bevind van zaken; indien er op twee opeenvolgende contacten geen (verdere) vooruitgang is, is overleg (met als inzet: verwijzing) te adviseren.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie van voortgang bij ieder contact; indien op twee opeenvolgende contacten geen (verdere) vooruitgang: overleg met behandelaar voor evaluatie behandeling. - De bedrijfsarts stemt zo nodig af met de huisarts of de klachten een probleemgeoriënteerde begeleiding toelaten en of de klachten reïntegreren in werkzaamheden toelaten. - Checken of op systeemniveau de randvoorwaarden voor herstel aanwezig zijn.

5 Terugvalpreventie en afsluiten begeleiding stap 5

Probleemoriëntatie

▼
Diagnose

▼
Interventies

▼
Evaluatie

▼
Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding

Checken wat de patiënt heeft geleerd

Welke signalen herkent de patiënt als vroege signalen?

Welke gebeurtenissen, attitude/cognities hebben tot het beeld geleid/bijgedragen?

Wat doet de patiënt als bovenstaande signalen weer optreden?

Checken wat er is geleerd op systeem niveau

Welke signalen worden op systeemniveau herkend?

Wat doet het systeem indien er opnieuw signalen komen?

Welke preventieve acties zijn ondernomen?

55

Inleiding

Als de doelstelling van de begeleiding (optimaal functioneren voor de werknemer/patiënt met psychische klachten te bewerkstelligen en daarmee te voorkomen dat functioneringsbeperkingen en klachten leiden tot langdurige of frequente arbeidsongeschiktheid) is bereikt sluit de bedrijfsarts de begeleiding af.

Terugvalpreventie is een belangrijk instrument om het effect van de begeleiding/behandeling te borgen. De kans wordt vergroot dat de patiënt bij recidiverende klachten hier adequaat op reageert en daarmee een volledig recidief weet te voorkomen dan wel te bekorten.

Hieronder worden de aspecten van terugvalpreventie op individueel niveau en op systeemniveau kort uitgewerkt.

Tabel 5.1: Aspecten terugvalpreventie (individueel niveau)

Bij een ziekte(verzuim)periode of bij frequente uitval moeten aan het eind van de begeleiding de volgende aspecten met de patiënt worden doorgenomen/geresumeerd:

- Welke signalen herkent de patiënt als vroege signalen? (gevoelens, stemming, gedachten, gedrag)
- Welke gebeurtenissen hebben tot het beeld geleid of hebben dit uitgelokt? (op het werk, in het algemeen)
- Welke attitude/cognities hebben aan het overbelast worden bijgedragen?
- Wat heeft de patiënt geleerd?
- Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan voor een succesvolle terugkeer naar het werk? Wat moet er veranderen (bij de patiënt zelf, op het werk) (gesprek met chef, opbouw van de belasting, inbouwen ontspanning (fysiek of anderszins))
- Wat doet de patiënt als bovenstaande signalen weer optreden?

De patiënt wordt geadviseerd hiervoor een plan uit te werken (zo nodig ondersteund door bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werk).

Bedrijfsarts, huisarts en de deskundige naar wie de individuele begeleiding eventueel is gedelegeerd stemmen af wie de terugvalpreventie met de patiënt doorneemt, aansluitend aan de begeleiding en (eventueel nogmaals) na vier tot zes maanden. Uiteraard wordt de basis voor terugvalpreventie al in de begeleiding zelf gelegd.

Tabel 5.2: Aspecten terugvalpreventie (omgevings-/systeemniveau)

Op indicatie neemt de bedrijfsarts bij ziekteverzuim of bij frequente uitval aan het eind van de begeleiding de volgende aspecten met het (werk)systeem door (de huisarts kan op indicatie, op analoge wijze, deze aspecten binnen de privé-omgeving doornemen):

- Welke signalen worden door de omgeving (door collega's, chef) herkend, in algemene zin en ten aanzien van deze patiënt?
- Worden er acties ondernomen ten aanzien van oorzakelijke, uitlokkende of onderhoudende factoren?
- Zijn er afspraken gemaakt over vroegsignalering van de betrokken werknemer naar zijn omgeving. Hoe tegankelijk is de omgeving daarvoor?
- Wat doet de omgeving indien er opnieuw signalen komen?

De bedrijfsarts adviseert de (werk)omgeving hiervoor een plan uit te werken.

Bijlage 1: Het begeleidingsproces

Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten.

Stap 1 Probleemoriëntatie

Probleemoriëntatie

Diagnose

Interventies

Evaluatie

Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding

57



Stap 2 Diagnose

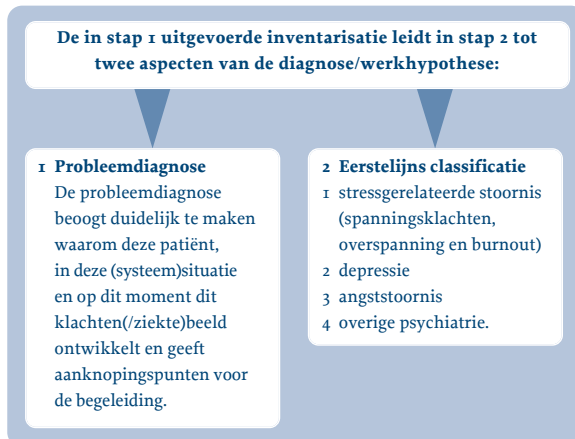
Probleemoriëntatie

Diagnose

Interventies

Evaluatie

Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding



Stap 3 Interventies: rolkeuze, planning en uitvoering

Probleemoriëntatie

↓
Diagnose

↓
Interventies

↓
Evaluatie

↓
Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding

Rolinving bedrijsarts		Procesbegeleider	Begeleider van het individu
1	Stressgerelateerde stoornis		
2	Depressieve stoornis		
3	Angststoornis		
4	Overige psychiatrie		

■ ten aanzien van de werkomgeving □ bij werkgerelateerde problematiek
 ■ bij een werkstressgerelateerde component, uitsluitend in overleg met de huisarts/behandelaar

58

Planning en uitvoering van interventies

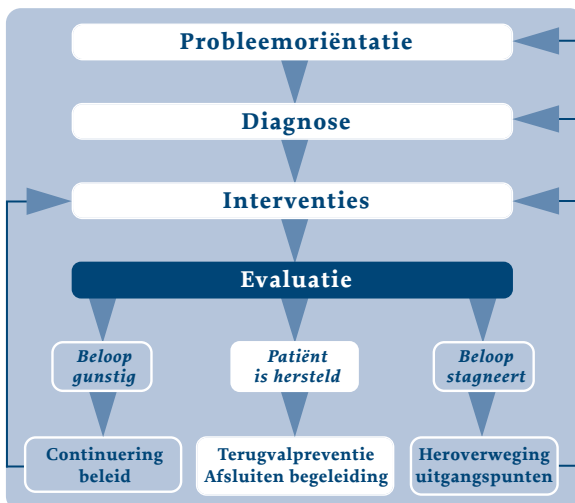
Interventies vanuit *de rol van procesbegeleider* zijn er op gericht bij alle relevante partijen in de omgeving van de patiënt een probleemgeoriënteerde attitude te bewerkstelligen van waaruit ook feitelijke probleemoplossende acties worden uitgevoerd.

Deze rol houdt in dat de bedrijfsarts veel informatieve steun geeft en de systemen, met name het werksysteem, alert houdt op de problematiek en de reïntegratie doelstelling.

Interventies vanuit *de begeleidende rol naar het individu* zijn er op gericht de patiënt de controle te laten hervinden die hij op relevante levensdomeinen heeft verloren.

De bedrijfsarts heeft binnen deze rol een activerende functie en maakt vooral gebruik van (eenvoudige) cognitief-gedragsmatige interventies.

Stap 4 Evaluatie



Dit is een terugkerend proces zolang er gezondheids- of functioneringsverlies bestaat.

De evaluatie moet leiden tot een keuze voor:

- voortzetting van het beleid
- herdefiniëring probleem (terug naar stap 1 of 2)
- herdefiniëren van het beleid (terug naar stap 3)
- terugvalpreventie en afsluiten begeleiding.

Afstemming met huisarts/behandelaar vindt plaats op 3, 6 en 12 weken; daarna op indicatie/in overleg.

Stap 5 Terugvalpreventie en afsluiten begeleiding

Probleemoriëntatie



Diagnose



Interventies



Evaluatie



Terugvalpreventie
Afsluiten begeleiding

Checken wat de patiënt heeft geleerd

Welke signalen herkent de patiënt als vroege signalen?

Welke gebeurtenissen, attitude/cognities hebben tot het beeld geleid/bijgedragen?

Wat doet de patiënt als bovenstaande signalen weer optreden?

Checken wat er is geleerd op systeem niveau

Welke signalen worden op systeemniveau herkend?

Wat doet het systeem indien er opnieuw signalen komen?

Welke preventieve acties zijn ondernomen?

Bijlage 2: Voorbeeld: begeleiding bij overspanning

In aansluiting op paragraaf 3.3, en met name uitwerking 2, wordt hier de begeleiding van een overspannen patiënt aan de hand van een voorbeeldcasus geïllustreerd. De te onderscheiden interventies worden in addenda kort toegelicht.

60

De heer Van Voorst is een 48-jarige man die op de financiële administratie werkt. Hij is sinds twee weken overspannen thuis. “Het gaat gewoon niet meer”: hij heeft hartkloppingen, is sterk gespannen, prikkelbaar en neerslachtig. Die klachten zijn sinds de aanvang van de overspanning niet minder geworden. Hij wil niet aan zijn werk denken want dan begint zijn hart weer te bonken. Hij heeft geen goed woord over voor zijn jonge chef, door wie hij zich opgejaagd voelt. Hij heeft het gevoel steeds meer werk te moeten verzetten, terwijl hij al vaak overwerkt. Bovendien is hij op een nieuw takenpakket gezet. De laatste tijd voelt hij zich steeds vermoeider. De druppel die voor hem de emmer deed overlopen was dat zijn chef heeft gezegd ‘dat zijn werk wel wat minder precies mag’. Terwijl nauwkeurigheid en foutloos werken de hoekstenen van financiële administratie zijn. Dat soort opmerkingen kun je verwachten als ze jongelui rechtstreeks uit de schoolbanken op een chefsfunctie zetten.

Omdat er een risico op stagnatie is - met name omdat de heer Van Voorst aangeeft ‘niet aan het werk te willen denken’ en er bovendien een zekere krenking lijkt te bestaan door het optreden van de chef - besluit de bedrijfsarts een begeleiding van het individu vorm te geven.

Uitgangspunten voor de begeleiding

Wezenlijk voor een gunstig beloop bij overspanning is dat de patiënt opnieuw het gevoel krijgt controle over de situatie te hebben. Verlies van controle over de interactie met de omgeving is de kern van de overspanningscrisis. Dit uit zich in opmerkingen als “het gaat niet meer; ik kan het niet meer aan”. Vaak komt de crisis onverwacht: “ik had nooit gedacht dat het mij zou overkomen”. De patiënt heeft het gevoel dat de overspanning hem is ‘overkomen’, dat hij erdoor is overvallen.

Een niet-activerende, afwachtende begeleiding kan een kader geven waarbinnen ook het herstel wordt beleefd als iets wat de patiënt ‘overkomt’, iets wat nauwelijks is te beïnvloeden en dus een onzeker perspectief heeft. Het is van belang het herstel van meet af aan te schetsen als een actief proces waarin de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. In de begeleiding moet hiervoor het kader en de structuur worden geboden. Belangrijke elementen van deze structuur zijn een tijdcontingent behandelplan, dat de fasering van het herstelproces volgt, en gekoppeld daaraan het geven van perspectief.

In het overspanningsbeeld worden drie fasen onderscheiden: de crisisfase, de probleemoplossingsfase en de fase van opbouw. Deze fasering geeft structuur voor de begeleider bij het beoordelen van het beloop en het plaatsen van interventies. De fasering kan ook met de patiënt besproken worden en zo in structurerende zin een kader en een perspectief geven voor het verdere beloop. Men kan de actieve betrokkenheid van de patiënt daarbij benadrukken door de fasen van het herstelproces, impliciet of expliciet, te schetsen als *taken* die men moet doorwerken in plaats van als fasen die men moet ‘ondergaan’. Dit in analogie aan het concept van het rouwproces dat Worden ontwikkelde ^{48,49}.

Belangrijke taak in de crisisfase is tot rust komen. Vooral voor plichtsgetrouwe, neurasthene mensen kan het van belang zijn dit als taak te formuleren, waardoor rusten en ontspanning legitimiteit krijgen. Een tweede belangrijke taak in de crisisfase is zicht te krijgen op de factoren die tot de crisis hebben geleid. Taak voor de oplossingsfase is strategieën uit te werken die leiden tot een effectieve aanpak of verwerking van die factoren. Taak voor de fase van opbouw is het evenwichtig oppakken van alle aspecten van het normale leven.

61

De bedrijfsarts geeft de heer Van Voorst voorlichting over stress en overspanning aan de hand van de weegschaalmetafoor (zie addendum 1). Aan de hand van deze metafoor wordt besloten dat zowel aan de belastingkant als aan de belastbaarheid moet worden gewerkt (daarmee vervult de metafoor ook de rol van een rationale: addendum 2). Wat betreft de belastbaarheid moet op korte termijn vooral rust en ontspanning worden genomen. Op de langere termijn zal de heer Van Voorst een manier moeten vinden met (de eisen van) zijn chef om te gaan. Wat betreft de belasting moet gekeken worden wat nu de prioriteiten in het werk zijn.

Er wordt afgesproken dat de heer Van Voorst een dagindeling uitwerkt (addendum 4) waarin rust en ontspanning centraal staan maar waarin per dag 15 tot 20 minuten aan opdrachten wordt besteed (tijdcontingentie: addendum 9) die tot doel hebben oplossingen voor te bereiden. De eerste opdracht sluit aan bij de rationale en de doelstelling om tot een manier van omgang met de chef te komen: de heer Van Voorst zal in een paar punten kort uitwerken wat hem het meeste dwars zit in de benaderingswijze van zijn chef; de bedrijfsarts geeft hem daarvoor een voorgestructureerd formulier mee (gemodificeerde stressoren inventarisatie: addendum 6).

Er worden twee consulten met de bedrijfsarts vooruit gepland (met steeds een interval van een week). De afspraak wordt gemaakt dat de bedrijfsarts met de chef zal spreken om diens kant van het verhaal te horen en een kort briefje aan de huisarts zal sturen.

Fase 1: De crisisfase

In deze fase moet de patiënt de crisis, die het gevolg is van de falende coping, overwinnen. Deze crisis wordt ervaren als een breuk: betrokkene heeft in de hieraan voorafgaande periode getracht alle zeilen bij te zetten om zijn problematiek het hoofd te bieden. Vaak is dit een strategie die in voorgaande perioden van hoge belasting en spanning effectief is gebleken. De patiënt wordt nu echter geconfronteerd met een ‘instorten’ van de coping, een proces dat zich (sub)acuut voltrekt, doorgaans binnen enkele dagen tot weken,

en dat tot ontreddeering kan leiden. Vaak ervaart de patiënt een gevoel van falen en een krenking. De belangrijkste risico's van deze fase zijn: een pathologische ontwikkeling richting depressieve stoornis, angststoornis of 'somatisatie' (bedoeld wordt een beeld dat overeenkomt met de ongedifferentieerde somatoforme stoornis in de DSM) en een vermijden van de primaire problematiek.

De begeleiding in de crisisfase moet erop gericht zijn de patiënt te ondersteunen in het doorkomen van de crisis. Het eerste wat moet gebeuren is dat de patiënt gaat begrijpen wat er aan de hand is, dat hij overspannen is en waardoor dat is gekomen. Vervolgens dient de patiënt zijn overspanning te accepteren. Met familie en vrienden praten over de eigen overspanning helpt de schaamte te overwinnen en de overspanning te accepteren. De patiënt dient zijn overspanning te gaan zien als een oplosbaar probleem. Pas na het begrip en de acceptatie kan de patiënt tot rust komen en beginnen met het aanpakken van de overspanning zelf. Hierbij dient hij twee aspecten regelmatig af te wisselen: rust, ontspanning en afleiding en activiteiten gericht op het in kaart brengen en analyseren van de oorzaken van de overspanning. Beide facetten zijn noodzakelijk: rust, ontspanning en afleiding om de uitputting en gespannenheid te boven te komen; bezinning op de omstandigheden, gebeurtenissen en problemen die tot de overspanning hebben geleid, om een begin te maken met een goede aanpak (coping) van de stress en daarmee een perspectief te creëren dat verder tot rust komen mogelijk maakt. In de crisisfase zijn de volgende interventies ^{50, 51)} nuttig:

62

- het geven van voorlichting (addendum 1)
- het geven van een rationale (addendum 2)
- het bieden van perspectief (addendum 3)
- een dagindeling met afwisseling van activiteiten (addendum 4)
- positief etiketteren (addendum 5).

In het contact dat de bedrijfsarts heeft met de chef geeft deze aan dat de heer Van Voorst pijnlijk nauwkeurig werkt, daardoor altijd foutloos werk aflevert maar amper de helft van de productienorm haalt. Zijn vorige chef heeft dit altijd afgedekt, door hem als senior-medewerker eenvoudige routineklussen te laten doen. De nieuwe chef heeft, in zijn eigen ogen zeer voorzichtig, ter sprake gebracht dat de productie omhoog moet, ook als dat iets ten koste van de nauwkeurigheid zou gaan.

De heer Van Voorst geeft in het tweede contact aan dat het niet zo goed met hem gaat: de klachten zijn toegenomen. Wel heeft hij de opdracht afgerond. Hij heeft echter niet het meegegeven formulier ingevuld maar overhandigt de bedrijfsarts vijf uitgetypte A4'tjes. De bedrijfsarts prijst de heer Van Voorst om zijn grote betrokkenheid die hij heeft getoond om de opdracht uit te voeren (positief etiketteren, addendum 5) maar spreekt zijn twijfel uit of dit wel binnen de afgesproken 15 à 20 minuten is gelukt. Het blijkt dat de heer Van Voorst vier à vijf uur per dag aan de opdracht heeft gewerkt. De bedrijfsarts stelt de vraag of de toename van de klachten mogelijk hier mee samen hangt, wat door de heer Van Voorst na enige aarzeling wordt beaamd. Vervolgens vraagt de bedrijfsarts of de heer Van Voorst deze gang van zaken - dat zijn grote en positieve betrokkenheid een grote prijs vraagt -

ook herkent in zijn werk. Ze besluiten dat de heer Van Voorst juist dit aspect voor de volgende keer zal uitwerken. Hij mag daarvoor niet meer dan één A4'tje gebruiken en de belangrijkste doelstelling is om de 20 minuten per dag niet te overschrijden. Meneer Van Voorst krijgt ook een boekje over RET (addendum 8) mee, waaraan hij nog eens 20 minuten per dag mag besteden.

Fase 2: De probleemoplossingsfase

Als de patiënt zich rustiger en minder moe gaat voelen, kan hij de problemen verder inventariseren, uitwerken en nagaan wat daar verder aan gedaan moet (of kan) worden. Idealiter komt de patiënt tot verwerking van eventuele nare ervaringen, kiest hij een oplossing voor zijn problemen en saneert hij zijn taken wanneer pure fysieke of mentale overbelasting bij de overspanning een rol heeft gespeeld. Ook in deze fase dient de patiënt het werken aan zijn problemen af te wisselen met het creëren van afleiding en ontspanning. Het welbevinden wordt bovendien bevorderd door het verbeteren van de lichamelijke conditie middels een licht trainingsschema. De duur van fase 2 is afhankelijk van de hoeveelheid, aard en ernst van de problemen, de mogelijkheden van de patiënt om waar nodig hulp in te roepen en de medewerking van de omgeving. Deze fase varieert van enkele weken tot een half jaar.

In fase 2 passen tal van opdrachten die tot doel hebben de problematiek in kaart te brengen (zoals registratie-opdrachten of schrijfoopdrachten) of te verwerken (schrijf-opdrachten; zie o.a. Hoogduin⁵²). Ook kan het nodig zijn dat de patiënt een aantal percepties bijstelt. In de addenda 6 en 7 worden twee interventies besproken die in deze fase maar soms al in de late crisisfase kunnen worden geplaatst. De stressoren inventarisatie (addendum 6) geeft een gestructureerde mogelijkheid om de patiënt zijn problemen in kaart te laten brengen. Piekersessies (addendum 7) zijn erop gericht een hinderlijk maar veel voorkomend symptoom te bestrijden. In addendum 8 wordt het cognitieve model in het kort geschetst en de toepasbaarheid daarvan in de eerstelijns praktijk. In addendum 9 wordt het begrip tijdcontingentie geschetst dat het kader voor de begeleiding vormt.

*In het derde consult geeft de heer Van Voorst aan dat de klachten zijn verminderd. Het boekje over RET heeft, in aansluiting op het besprokene in het tweede consult, een eye-opener voor de heer Van Voorst betekend. Hij herkent een aantal basispatronen bij zichzelf ('fanatiek perfectionisme', 'eisen aan anderen') en heeft een aantal irrationele gedachten voor zichzelf geïdentificeerd: 'in mijn werk is iedere fout een ramp', 'een chef hoort dat soort dingen niet te zeggen'. In het derde consult worden de percepties ten aanzien van de chef verder doorgenomen (omdat herstel van de relatie met de chef een cruciale voorwaarde voor succesvolle reïntegratie is). De heer Van Voorst geeft aan dat hij, omdat hij foutloosheid als enig legitieme doelstelling erkende, in wezen de integriteit van de doelstellingen van de chef (productie **naast** een zo laag mogelijk foutenpercentage) in twijfel trok. Opdracht voor het volgende interval is om in kaart te brengen welke concrete randvoorwaarden moeten worden gecreëerd voor een succesvolle reïntegratie.*

Voor het vierde consult heeft de heer Van Voorst een aantal randvoorwaarden concreet uitgewerkt. De belangrijkste zijn dat hij tijdelijk terug wil op zijn oude takenpakket en zich geleidelijk wil inwerken in het nieuwe. Hij wil dit in de komende week gaan bespreken met zijn chef.

Fase 3: De opbouwfase

De opdracht van deze fase is het normale leven te hervatten. In de begeleiding kan men de patiënt hierbij coachen. Tegen het einde van deze fase is het van belang aandacht te besteden aan terugvalpreventie, het voorkomen van recidieven. In deze fase kan de interventie van het dubbele schema worden toegepast (addendum 10).

64

In het gesprek tussen de heer Van Voorst en zijn chef zijn concrete afspraken gemaakt die aansluiten op de randvoorwaarden die de heer Van Voorst had opgesteld. Bovendien hebben ze een hervattings-schema opgesteld wat de heer Van Voorst aan de bedrijfsarts voorlegt. De bedrijfsarts ondersteunt dit door Van Voorst en zijn chef opgestelde schema en stelt een registratie-opdracht voor op basis van door de heer Van Voorst in een eerder consult verschaft informatie. Deze had aangegeven dat hij vrijwel iedere werkopdracht die hij moest uitvoeren, na voltooiing vier of vijf keer op fouten controleerde alvorens het weer af te geven. De bedrijfsarts stelt voor dat de heer Van Voorst in de komende periode iedere werkopdracht vier keer controleert en daarbij nauwkeurig registreert hoeveel tijd de opdracht zelf heeft gekost, hoeveel tijd iedere controleslag en wat het rendement van de controles was in opgespoorde fouten.

Als de heer Van Voorst na tweeëneenhalve week terugkomt geeft hij aan na tien dagen met de opdracht te zijn gestopt omdat 'het punt wel duidelijk was' en hij er 'kotsmisselijk van werd': de controles kostten bij elkaar meer tijd dan het werk zelf en leverden niets op.

De heer Van Voorst gaat weer volledig hervatten. Met de chef is afgesproken dat in het komende jaar de heer Van Voorst iedere maand een kort gesprek met de chef zal hebben om eventuele knelpunten te signaleren.

Hoewel terugvalpreventie ten dele al zit ingebouwd in de afspraken met de chef worden nog afspraken met de bedrijfsarts gepland na drie weken en drie maanden. De begeleiding wordt afgesloten. De bedrijfsarts zal de huisarts informeren.

In het bovenstaande is weergegeven hoe een begeleiding bij overspanning kan verlopen. De bedrijfsarts moet aan de hand van stap vier regelmatig de voortgang evalueren en bij stagnatie overwegen tot welke consequenties dit moet leiden. Het kan zijn dat nog eens zorgvuldig moet worden gecheckt of zich andersoortige klachten hebben ontwikkeld, bijvoorbeeld behorend bij een depressief beeld. Ook kan het nodig zijn een interventie nog eens te herhalen, bijvoorbeeld voorlichting over de overspanning of de rationale. Ook kan het nodig blijken dat de patiënt voor tweedelijns hulp wordt verwezen.

Algemene indicaties over een tijdpad zijn bij overspanning moeilijk te geven. Het beloop is afhankelijk van de ernst en aard van de problematiek, het klachtenpatroon en kenmerken van de omgeving waar de patiënt deel van uitmaakt.

Bij een activerende begeleiding door de bedrijfsarts blijkt ruim 75% van de overspannen patiënten binnen drie maanden volledig hervat te hebben; 96% is in die periode met de reïntegratie gestart⁷⁾.

Bij spanningsklachten kan eenzelfde begeleiding plaats vinden. Door de aard van deze classificatie is er veel minder sprake van een crisis. De interventies die hierboven zijn beschreven onder de crisisfase hebben echter ook bij spanningsklachten een plaats.

Ook bij burnout kan een begeleiding als hierboven beschreven plaats vinden. Door de langere voorgeschiedenis en de aard van het beeld is het herstelbeloop vaak langzamer dan bij overspanning. Evaluatie aan de hand van de schemata van stap 4 zal daardoor vaker dan bij overspanning leiden tot de conclusie dat tweedelijns hulp moet worden ingeroepen.

De stressgerelateerde component bij de overige classificatie categorieën kan ook met behulp van de beschreven interventies worden begeleid. Dit moet zorgvuldig worden afgestemd met de huisarts en een eventuele behandelaar.

Bij een depressie kan het soms nodig zijn effect van de medicamenteuze behandeling af te wachten omdat de patiënt pas daarna ontvankelijk is voor de beschreven interventies. Ook bij angststoornissen kan afstemming met angstspecifieke interventies nodig zijn.

Addendum 1: Voorbeeld voorlichting stress

Stress

Het leven stelt voortdurend bepaalde eisen aan mensen. ‘Werk’ is in veel gevallen het levensgebied waar die eisen het meest duidelijk geformuleerd zijn; in de huidige doelstellingen- en ‘output’-cultuur vaak zelfs in maat en getal. Door veranderingsprocessen, kwaliteitseisen en productienormen ervaren velen een constant hoge belasting. Daarnaast zijn er altijd nog andere verplichtingen: huishoudelijke taken, opvoedingstaken, verplichtingen jegens familie, verbouwingen, vrijwilligerswerk, cursussen, deelname aan verenigingen, sport of hobbyclubs, etcetera.

66

Naast de verplichtingen kunnen mensen nog de belasting ondervinden van levensgebeurtenissen. Levensgebeurtenissen kunnen prettig zijn zoals een huwelijk en kinderen krijgen, onprettig zoals sterfgevallen, ongevallen, ernstige ziekte, confrontatie met criminaliteit of emotioneel neutraal zoals een verhuizing. Zij kosten echter altijd energie

Ten slotte horen problemen tot de belastingkant van het leven. Problemen kosten altijd extra energie want ze moeten onder ogen worden gezien en opgelost.

Wat iemand aan ‘belasting’ kan hebben wordt grotendeels bepaald door de combinatie van iemands aanleg, zijn geestelijke en lichamelijke ontwikkeling, de vrijheid en mogelijkheden die hij heeft om met de belasting om te gaan en de steun die hij ondervindt vanuit zijn omgeving. Belastbaarheid is dus niet uitsluitend een eigenschap van de persoon maar wordt in belangrijke mate mede bepaald door de (steun vanuit de) omgeving en de ruimte die die omgeving biedt.

Een persoon kan goed functioneren wanneer er een evenwicht is tussen de gestelde eisen (het totaal van verplichtingen, problemen en levensgebeurtenissen; de belasting) en zijn belastbaarheid. De situatie is in balans.



Figuur 1 De weegschaalmetafoor

(Negatieve) stress ontstaat wanneer er geen evenwicht is tussen eisen die iemand zich gesteld ziet en de vermogens die hij meent te hebben. Soms gaat het om eisen die iemand zichzelf stelt. Het gaat, zoals uit de formulering blijkt, niet alleen om een feitelijke of objectieve situatie, maar zeker ook om de wijze waarop iemand deze situatie interpreteert. Waar waargenomen eisen en mogelijkheden niet in balans zijn treden fysieke en psychische reacties op.

Aan de metafoor van de weegschaal zijn een aantal interessante conclusies te verbinden. De eerste is dat de weegschaal op twee manieren in onbalans kan raken: de eisen die iemand aan zich gesteld ziet kunnen te hoog zijn voor zijn draagkracht (of voor de draagkracht zoals hij die op dat moment ervaart) maar de eisen die gesteld worden kunnen ook te licht zijn in relatie tot de draagkracht: ook dat brengt de weegschaal uit evenwicht.

Een tweede, hiermee samenhangende, conclusie is dat het bij onbalans (negatieve stress) niet altijd nodig is, en soms zelfs contraproductief, om de eisen terug te brengen. Men kan er ook voor kiezen de draagkracht te vergroten door ondersteunende maatregelen. Toch zal het duidelijk zijn dat men niet onbegrensd gewichten in de schaal kan leggen, ook al zou het evenwicht in stand blijven door een gelijke verdeling over de twee schalen.

Coping

Een aanvullend aspect van belang bij de hoeveelheid stress die iemand aankan komt tot uiting in het begrip ‘coping’. Coping verwijst naar de pogingen van een individu om aan de waargenomen eisen te voldoen. De effectiviteit van iemands coping bepaalt derhalve, naast andere factoren, iemands stressbestendigheid.

Bij coping gaat het om strategieën voor het omgaan met stress. Deze richten zich zowel op de taakeisen als op de emoties die hierdoor worden opgeroepen. Men onderscheidt daarmee twee hoofdgroepen van copingstrategieën: probleemgerichte en emotie-gerichte coping. Probleem- of taakgerichte coping poogt iets aan de stressbron zelf te veranderen. Dit betekent ingrijpen in de situatie.

Emotie-gerichte coping probeert de emoties, spanningen en gedachten die door de stress worden opgeroepen beter te hanteren. Bijvoorbeeld door ontspanningsoefeningen of door het zoeken van afleiding. Het zoeken van sociale ondersteuning wordt ook wel als coping beschouwd. Sociale ondersteuning kan zowel een direct effect hebben op de eigen emoties als, uiteindelijk, op de verbetering van de situatie.

Realistischer leren denken, zoals in cognitieve methode als Rationeel Emotieve Training (RET) kan worden aangeleerd, zit vroeger in het stress-proces dan coping: men leert situaties anders te taxeren waardoor men er effectiever mee om kan gaan en stress (ten dele) wordt voorkómen.

Om goed bestand te zijn tegen stress, is het nodig over een gevarieerd arsenaal aan copingtechnieken te beschikken en al naargelang de situatie de juiste registers open te trekken. Met andere woorden: er zijn geen goede of foute copingstijlen: het is in het algemeen goed te beschikken over een breed arsenaal aan copingstijlen.

Immers de wijze van reageren op problemen heeft geen standaard-oplossing: afhankelijk van de situatie is nu de ene, en dan weer de andere wijze van reageren het meest adequaat. Het flexibel kunnen veranderen in stijl is dan ook het meest effectief.

Overspanning

Is er een zodanige cumulatie van verplichtingen en problemen, en wellicht ook levensgebeurtenissen, dat de coping te kort schiet, dan kan overspannenheid ontstaan. De overspanningscrisis dwingt mensen op een pijnlijke wijze afstand te nemen van hun problemen, vaak letterlijk door een ziekmelding. Door deze afstand en door de fase van rust en bezinning die volgt, komen verreweg de meeste mensen in tweede instantie tot een adequate coping en van daaruit tot herstel.

68

In het algemeen onderscheiden mensen met overspanning zich niet van ‘normale’ personen. Zij hebben normale gezinnen, werken normaal, verzuimen niet abnormaal vaak en zoeken niet abnormaal vaak medische hulp. Huisartsen en bedrijfsartsen menen in meerderheid dat in principe iedereen overspannen kan raken. Natuurlijk kan de één meer hebben dan de ander, maar voor iedereen - hoe groot zijn stress-bestendigheid ook is - is ergens een grens aan de coping. Wel ziet men overspanning verhoudingsgewijs meer optreden bij jong-volwassenen die vaak een forse belasting hebben (opbouw gezin, opbouw carrière) en nog relatief weinig levenservaring en daardoor een beperkt coping-repertoire. Mensen die perfectionistisch zijn of subassertief lopen een wat groter risico om overspannen te worden. In de praktijk ziet men niet zelden dat een combinatie van problemen en gebeurtenissen bij iemand die toch al (te) veel van zichzelf vergde tot overspanning leidt.

Overspannen mensen hebben stressklachten maar daar is een aspect van instorting (decompensatie) bij gekomen. Men heeft, soms van het ene moment op het andere, het gevoel dat het niet meer gaat, dat men niet meer kan. Deze instorting gaat meestal gepaard met een gevoel van ontredde en van uitputting.

Normaal gesproken herstelt de overspanning zich in zes tot twaalf weken.

Burnout

Een andere vorm van beloop leidt niet tot een acute instorting, zoals bij overspannenheid, maar tot een meer sluipend proces. Het betreft vaak mensen met boeiend en interessant werk. Steeds nieuwe uitdagingen worden met enthousiasme opgepakt. Een grote werkdruk wordt beantwoord met ‘een tandje erbij’.

Ongemerkt put men zich hiermee uit. Geleidelijk aan gaat men het werk steeds meer als belasting ervaren. Er zijn echter nog ‘occasional kicks’ die de motivatie geven om door te gaan. Het werk blijft veel energie kosten omdat men er geen vrede mee heeft het tot routine te laten worden. Er groeit een situatie dat men het ‘tandje erbij’ moet gaan zetten om een aanvaardbare prestatie te blijven leveren. Men komt in een fase van chronische overbelasting of chronische stress. In die fase kan men zelfs een hekel aan het werk krijgen wat met zoveel enthousiasme is opgebouwd. Het acute beeld van de overspannenheid

treedt niet op. De uitputting neemt geleidelijk toe en vanuit een uitgangspositie die gekenmerkt wordt door enthousiasme, idealisme en betrokkenheid voltrekt zich vaak een proces dat eindigt in een staat van desillusie, frustratie, afstand en cynisme: een crisis die als ‘burnout’ benoemd kan worden. Niet alleen is daarmee de ‘aanloop’ veel langer dan bij overspanning ook heeft deze crisis een ander karakter dan de crisis die de instorting bij overspanning met zich mee brengt. Staat bij deze laatste crisis vaak de vraag centraal *hoe* men verder moet (hoe moet ik mijn werk anders indelen, hoe kan ik beter grenzen stellen), bij burnout speelt vaak de vraag mee *of* men wel verder moet of wil. De burnout crisis kan daarmee het karakter van een levensfase-crisis krijgen, temeer daar het in veel gevallen met de (late) midlife-fase samenvalt. Het gevolg kan zijn dat mensen lang uit de roulatie zijn en/of tot radicale keuzes komen: een tweede carrière beginnen in een totaal ander werkveld, soms ook privé breken met wat men heeft opgebouwd.

De kerndimensies van het burnout beeld zijn*:

- 1 emotionele uitputting
- 2 distantie tot het werk
- 3 verminderd gevoel van competentie.

Van burnout werd oorspronkelijk verondersteld dat uitsluitend beroepen met een grote investering in het intermenselijk contact (zorg, onderwijs) een risico voor dit beeld gaven. Inmiddels denken de meeste burnout onderzoekers dat de risico’s voor dit beeld veel breder liggen.

Addendum 2: Het geven van een rationale

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

Een rationale bij surmenage kan in het verlengde liggen van de voorlichting over stress en uitgaan van dezelfde metafoor: de weegschaal (zie figuur 1 addendum 1). Heel aanschouwelijk kan daarmee worden duidelijk gemaakt dat er een evenwicht moet zijn tussen draaglast en draagkracht. Bij verstoring van dit evenwicht kan de oplossing uit de metafoor worden afgeleid: of de draaglast moet - tijdelijk - beperkt (minder werken, minder verplichtingen, problemen oplossen, etc.) of de draagkracht moet vergroot (meer sociale steun mobiliseren, beter time-management, ontspanning beter inplannen, betere fysieke conditie, etc.).

Een ander model leidt tot een andere rationale en daarmee tot een ander aangrijppingspunt. Bij mensen die met een sterk demoraliserende stijl van denken (“dat kan ik nooit; als ze dat van me vragen raak ik overspannen”) hun eigen draagkracht ondermijnen kan

* Deze dimensies worden gemeten met de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS), zie bijlage 4.

een transactionaal stressmodel, waarbij de nadruk op de eigen rol in het stressproces (de appraisal-component) wordt gelegd, een functie hebben. De patiënt kan worden aangemoedigd een meer positieve interne dialoog te voeren (“waarom zou ik dat niet kunnen? het heeft me altijd wel veel moeite gekost maar ik heb het nooit echt hoeven laten afweten...”; “en als het niet zou lukken wat zou er dan in het ergste geval kunnen gebeuren?”). De Rationeel Emotieve Therapie/Training (RET) is een methode waarin dit consequent wordt uitgewerkt. Boekjes over deze methode kunnen hierin naar de patiënt toe ondersteunen ^{53, 54}.

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

70

Addendum 3: Het bieden van perspectief

Aansluitend op een verklaring voor het ontstaan van de klachten is het van belang de patiënt vooruitzicht te bieden op een vlot herstel. Dit perspectief wordt gegeven door de patiënt voor te houden dat (bij een actieve aanpak) de prognose gunstig is: 75% van alle overspannen mensen herstelt binnen 12 weken en bijna iedereen is binnen een half jaar weer ‘de oude’. Door een behandelplan in het vooruitzicht te stellen, geeft de behandelaar blijk van deskundigheid en vertrouwen in de goede afloop. Dit induceert bij de patiënt een gevoel van beheersbaarheid, één van de krachtigste factoren voor herstel. Het geeft de patiënt een deel van zijn controle op de situatie terug die in de overspanning verloren was gegaan.

Het behandelplan kan worden geschetst aan de hand van de fasering van het herstelproces bij overspanning. Dit geeft een structuur waarin per fase de ‘taken’ die de patiënt in die fase moet vervullen, worden geëxpliciteerd. Interventies of opdrachten van de begeleider kunnen in deze structuur een zinvolle plaats krijgen.

Addendum 4: Een dagindeling met afwisseling van activiteiten

Een eerste opdracht zou kunnen zijn het opstellen van een dagindeling waarin de verschillende activiteiten die de patiënt moet ondernemen, een plaats krijgen. Enerzijds zijn activiteiten noodzakelijk die gericht zijn op rust, ontspanning en afleiding, terwijl anderzijds de patiënt een begin dient te maken met het in kaart brengen van de oorzaken van de overspanning. De dagindeling biedt mensen met een sterk schuldgevoel toch de mogelijkheid rust, ontspanning en afleiding te vinden; het zijn immers activiteiten die bijdragen

aan het herstel. Omgekeerd biedt de dagindeling en de achterliggende rationale ook de mogelijkheid patiënten die neigen tot vermindering van de primaire problematiek te motiveren de confrontatie hiermee toch aan te gaan.

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

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

71

Addendum 5: Positief (her)etiketteren

Een positieve context of etiket gaat verder dan een rationale omdat niet alleen een verklaring voor de klachten wordt gegeven maar aan die klachten ook een functie, een zingeving, wordt gegeven.

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

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

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

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

Voor het aanreiken van een positieve context/een positief etiket geldt hetzelfde als voor het geven van een rationale: het kan meteen in het begin maar het kan ook worden gegeven of herhaald in een later stadium van de begeleiding.

72

Addendum 6: Stressoren- en oplossingeninventarisatie*

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

Bij deze mensen - maar ook bij diegenen die wel al een redelijk beeld hebben - kan een inventarisatie van stressoren tot meer greep op de situatie leiden.

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

De ervaring leert dat de opdracht in eerste instantie bijna altijd weerstand oproept. Veel overspannen cliënten beargumenteren dat hun stress te alomvattend is, te weinig specifiek. Als mensen worden gemotiveerd de opdracht toch uit te voeren blijkt dat men er, eenmaal aan de slag, meestal plezier in krijgt. Het maken van de lijst helpt op zich vaak al om structuur te krijgen, weer onderscheiden problemen te zien met hun eigen oplossingsrichting.

Patiënten die moeilijk op gang kunnen komen kan men soms helpen door wat voorbeelden te geven of een beginstructuur. Dit laatste kan door een aantal velden te benoemen waarop werkproblemen kunnen liggen.

Als de patiënt de lijst heeft gemaakt kan men een slag verder gaan door hem/haar te vragen per probleem aan te geven op welke termijn het zich zou lenen voor aanpak. Per probleem moet worden aangegeven of het zich leent voor onmiddellijke actie, voor latere actie of dat de stressbron niet beïnvloedbaar is en men zich of moet aanpassen of het probleem moet negeren.

* Gebaseerd op Fontana⁵⁹.

Altijd blijkt dat tenminste een aantal problemen zich leent voor aanpak op korte of de wat langere termijn. Dit geeft, ook al is nog geen feitelijke actie ondernomen, een gevoel van beheersbaarheid. De diffuse dreiging vermindert. In praktijk blijkt vrijwel iedereen te kunnen leven met één of een paar omschreven situaties die als niet-beïnvloedbaar moeten worden aangemerkt (bijvoorbeeld reorganisatie op het werk, ziekte thuis).

De methode kan goede diensten bewijzen in de probleemverhelderingsfase. In het kader van de terugvalpreventie kan in stap 5 op de opgestelde lijst worden teruggegrepen om te kijken welke problemen nog aandacht of eventueel oplossing behoeven. De methode kan, als ze niet in de probleemverhelderingsfase is gebruikt, ook voor het eerst worden gehanteerd in het kader van de terugvalpreventie.

Addendum 7: Piekersessies

Piekeren hoort bij stress en zeker ook bij overspanning. Vrijwel alle overspannen mensen piekeren. In het stressproces kan het piekeren ook een duidelijke functie hebben; dit geldt als tijdens het piekeren de problemen van alle kanten worden bekeken en zich daarbij geleidelijk een oplossingsrichting uitkristalliseert of de betrokken persoon tot verwerking komt. Bij overspanning is het piekeren meestal niet meer vruchtbaar. Vaak gaan de gedachten steeds weer in dezelfde cirkeltjes rond en kan men het piekeren niet loslaten, de gedachten niet meer uit het hoofd bannen. Het wordt een vruchteloze bezigheid waartegen men zich bovendien, vaak even vruchteloos, verzet. Het wordt een probleem erbij dat veel energie opslorpt. Adviezen om te stoppen met piekeren, gedachtenstops in te voeren of aan andere dingen te denken, helpen meestal niet. Dat hebben de betrokken patiënten meestal zelf al geprobeerd en het demoraliseert als ze het opnieuw moeten gaan proberen.

In deze situatie kan een 'piekeropdracht' goede diensten bewijzen⁵⁶⁾. Deze moet in eerste instantie de intentie hebben het piekeren weer 'productief' te krijgen. Daartoe wordt allereerst het piekeren positief gelabeld in de boven beschreven zin: dat het een belangrijke functie kan hebben in het bewust worden van problemen en in het verwerkingsproces. Piekeren is dus in principe goed. Soms loopt het echter vast en als men in een constant innerlijk conflict terechtkomt van piekeren en vechten tegen het piekeren, wordt het een uitputtend proces.

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

Het effect is dat door het bewuste en nadrukkelijke karakter het vrijwel onmogelijk is vol te houden in een cirkeltje te blijven denken, steeds dezelfde paar gedachten te blijven herhalen. In versterkte mate geldt dit bij opschrijven. Niemand schrijft twaalf keer achter elkaar hetzelfde op; dit noopt al tot een iets andere gedachtenstroom. Daar komt het feit bij dat een gedachte die zwart op wit op papier staat sterk uitnodigt tot uitwerken.

Tenslotte kan de behandelaar eventueel in een volgend contact aan de hand van de op schrift gestelde uitkomsten van het piekeren vragen stellen of opmerkingen maken die in het volgende interval richting kunnen geven aan de piekersessies. Terwijl aldus de oorspronkelijke functie van het piekeren wordt hersteld, ervaren de meeste patiënten vrij snel dat zij, buiten de sessies om, het piekeren makkelijker kunnen loslaten.

Addendum 8: Cognitieve methode / RET

74

Cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij stress(beleving). Het blijkt dat juist deze aspecten een goede invalshoek geven voor het versterken van het verwerkingsvermogen en daarmee voor de individuele begeleiding bij spanningsklachten en stressgerelateerde problematiek.

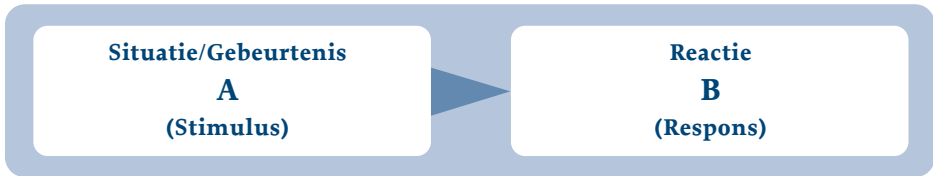
De cognitieve theorievorming kan worden gezien als een reactie op de klassieke psychoanalyse en als een aanvulling op de klassieke leertheorie/gedragstherapie.

In het onderstaande zal in het kort (en daardoor noodzakelijkerwijs wat kort door de bocht) de kern van de drie denk- en behandelrichtingen worden geschetst om daarmee de cognitieve methode te positioneren.

In de psychoanalyse wordt een persoon beschouwd als in hoge mate bepaald door zijn verleden. Een stagnatie in de ontwikkeling leidt, vaak via onbewuste processen, tot stoornissen. Het ontdekken van deze onbewuste processen in een therapie is een tijdrovende aangelegenheid. De therapeut is daarbij in principe non-directief aanwezig, maar in praktijk vaak heel sturend doordat hij zaken benoemt - en daarmee de werkelijkheid herschept - in termen van onbewuste conflicten, weerstand etc. Een grote verdienste van de psychoanalyse is dat zij, met haar aandacht voor de persoonlijke voorgeschiedenis en de persoonlijkheidsontwikkeling, aan de wieg heeft gestaan van de ontwikkelingspsychologie. Ook belangrijke concepten als overdracht en tegenoverdracht zijn ontleend aan deze stroming.

De leertheoretici wilden, in reactie op de psychoanalyse, de psychologie een steviger wetenschappelijke basis geven door via experimentele, herhaalbare methoden wetmatigheden in gedrag te ontdekken. Men wilde de persoonlijke, intrapsychische kenmerken buiten beschouwing laten om de algemeen geldende wetmatigheden bloot te leggen. Veel experimenten werden bij dieren verricht. De klassieke conditionering (Pavlov-reactie) en de operante conditionering (de proeven van o.a. Skinner en Thorndyke waarbij muizen en ratten via beloning en straf eenvoudige tot zeer complexe taken bleken te kunnen leren) zijn bekende voorbeelden. De gedragstherapie bracht en brengt dit *Stimulus-Respons principe* (vaak uiterst succesvol) in praktijk. In de meest klassieke vorm wordt de patiënt, met zijn gevoelens, gedachten en belevingen, daarbij gezien als een 'black box'.

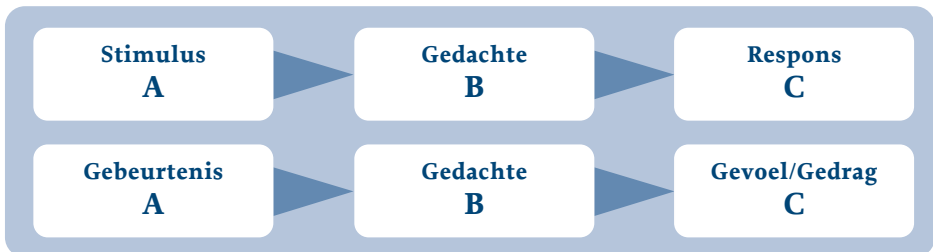
Gedragstherapie/leertheorie



Zoals gezegd kan de cognitieve richting als een reactie worden gezien op de psychoanalyse en als een aanvulling op de leertheorie.

De kern van de cognitieve methode is dat onze reactie op een situatie of gebeurtenis niet (alleen) wordt bepaald door die situatie of gebeurtenis zelf (zoals in de leertheorie), maar vooral door de manier waarop we die gebeurtenis interpreteren, de eerste gedachten die we er bij hebben. Vaak heeft die eerste gedachte zelf het karakter van een automatisme. Het zwaartepunt, ook voor sturing, ligt daarbij op onze gedachten/interpretaties in het *hier en nu* en dus niet op onbewuste processen vanuit het verleden, zoals bij de psychoanalyse.

Cognitieve methode



RET als cognitieve methode

Het uitgangspunt van RET, als één van de cognitieve methoden, is dat in de wijze waarop mensen situaties en gebeurtenissen beoordelen vaak irrationele aspecten zitten. Dergelijke irrationele gedachten kunnen de spanning verhogen en de belasting over het omslagpunt van positieve spanning naar negatieve stress heentillen.

Alvorens een aantal *patronen* van irrationele gedachten te bespreken zullen in het onderstaande kort de *hoofdkenmerken* van irrationele gedachten worden genoemd.

Twee hoofdkenmerken

Vrijwel altijd zal men één van de volgende twee hoofdkenmerken terugvinden:

- overdrijving
- moeten/niet mogen.

Achter *overdrijving* gaat het fenomeen schuil dat over een situatie die onplezierig, ongemakkelijk of onfortuinlijk is (irrationeel) wordt gedacht in termen van een ramp of een catastrofe. De situatie wordt niet beschreven (en dus beleefd) als 'vervelend' maar als 'afschuwelijk' of 'verschrikkelijk'. Overdrijving kan zich ook uiten in een vorm van

‘rampdenken’, één veel voorkomende irrationele redeneertrant waarvan er hieronder een aantal worden benoemd.

Achter *moeten/niet mogen* gaat de irreële eis schuil dat iets wat men graag wil en erg belangrijk vindt ook moet gebeuren. Als het vervolgens niet gebeurt ervaart men gevoelens van hevige (irrationele) teleurstelling of boosheid. Het irrationele zit in het feit dat ‘willen’ in het leven meestal niet een voldoende voorwaarde is om iets ook daadwerkelijk te laten gebeuren. ‘De wereld’ voelt nu eenmaal in de meeste situaties geen verplichting om iemands behoefte zonder meer te vervullen, ook niet als die persoon het toch al moeilijk heeft, een moeilijke jeugd heeft gehad, gewend is zijn zin te krijgen of ziet dat iemand anders het begeerde wel heeft gekregen. Gedachten in de ‘moeten/niet mogen’ denktrant kunnen erg normatief zijn: “het bedrijf mag me zo niet behandelen”, “een chef hoort begrip te hebben voor mijn privé-problemen”.

76

Vijf patronen van veel voorkomende irrationele redeneringen

In praktijk kan men in de wijze waarop mensen irrationeel met stressvolle situaties omgaan een aantal kenmerkende redeneertrants ontdekken. In verschillende publicaties over RET worden een verschillende hoeveelheid van dergelijke irrationele opvattingen besproken. Diekstra beschrijft er bijvoorbeeld elf⁵⁴⁾. In navolging van IJzermans en Dirckx⁵³⁾ worden hier vijf patronen genoemd:

- fanatiek perfectionisme
- rampdenken
- lage frustratietolerantie
- liefdesjunk
- eisen aan anderen en de wereld.

Fanatiek perfectionisme is het irrationele idee dat men in alles wat men doet competent en succesvol moet zijn en 100% foutloos moet functioneren. Alleen dan heeft men recht op (zelf)respect. “Als dit mis gaat ben ik niets waard”, “Mijn chef heeft een fout in mijn werk ontdekt; ik ga af, dit is een ramp”. Men herkent zowel het normdenken (het *moet* perfect zijn) als de overdrijving (*dit is een ramp*).

Het *rampdenken* is in het bovenstaande voldoende aan bod gekomen. Het is het idee dat het verschrikkelijk of rampzalig is als er iets vervelends gebeurt, als de dingen niet precies zo gaan als men dat zou willen. Ook hierin zitten zowel het normatieve als het overdrijvingsaspect besloten. Het kan aansluiten op een perfectionistische norm zoals boven aangegeven.

Bij *lage frustratie-tolerantie* worden (mogelijke) tegenslagen uitvergroet tot ze de proportie krijgen van onoverkomelijke hindernissen (overdrijving). “Dat kan ik er niet ook nog bij hebben”, “als dat gebeurt, ga ik door het lint”, “dat kan ik niet verdragen”. Het irrationele idee is dat het leven niet zo zwaar zou mogen zijn als het blijkbaar (soms) is (normatief).

De *liefdesjunk* koestert het idee (en gaat er onder gebukt) dat het nodig is om gerespecteerd te worden door en geliefd te zijn bij zowat iedereen in zijn omgeving. Het irrationele zit hem ook hier zowel in het normatieve (“men moet van mij houden”) in combinatie met de overdrijving (“het is *absoluut noodzakelijk* dat men van mij houdt”, “*bijna iedereen* moet van mij houden”). Als deze redenering tot een soort gedragsstijl wordt kan het enorm veel energie van iemand vergen en zijn output in de weg staan: er gaat veel inspanning zitten in het iedereen naar de zin maken en soms staat dat een creatieve of daadkrachtige handelwijze in de weg. Bij managers kan de gedragsstijl ertoe leiden dat een slecht-nieuwsboodschap of een beoordeling maar niet over de tafel wil komen en zodanig wollig wordt verpakt dat het verwarring schept en er geen effect van uit gaat.

77

Bij *eisen aan anderen en de wereld* overheerst het normatieve aspect. Personen met deze redeneertrant verlangen/verwachten dat anderen zich volgens hun normen gedragen en dat de wereld naar hun waarden is ingericht. Het zijn vaak mensen met een streng en star rechtvaardigheidgevoel die nogal eens in conflict kunnen komen vanwege de rechtlijnigheid waarmee ze situaties tegemoet treden (“ik ga pas terug naar mijn werk als het bedrijf duidelijk toegeeft dat mijn chef fout zat”, “zolang mijn collega geen excuses maakt kan ik niet met hem samenwerken”).

In hun meest uitgesproken vorm kunnen deze patronen tot heftige gevoelens en emoties leiden en een effectief omgaan met de situatie in de weg staan. Eén of meer van deze patronen kunnen kenmerkend zijn voor een bepaald persoon. Ze zijn dan ingesleten en tot een soort ‘voorkeursstijl’ van reageren geworden. Aan de andere kant vertoont iedereen wel eens een bepaald patroon en heeft iedereen zijn ‘zwakke punt’. Zo kunnen mensen die in werksituatie beslist niet neigen tot rampfantasieën dat patroon wel vertonen als hun kinderen een uur zoek zijn. En iemand die een hoge frustratie-drempel heeft als manager kan ‘eisen’ dat thuis alles gladjes verloopt.

Afgezien van mensen die een sterk ingesleten voorkeursstijl hebben (die veelal therapie behoeven) zal het in praktijk vaak zo zijn dat mensen in 90% of meer van de situaties waarmee ze worden geconfronteerd rationeel en effectief omgaan. Bijna iedereen heeft echter wel een zwakke plek of een blinde vlek die in veel gevallen beantwoordt aan één van de boven beschreven patronen. In bepaalde situaties kan men dan meer stress (spanning, onaangenaam heftige emoties) ervaren en minder effectief zijn dan men zou willen. In het verlengde hiervan kunnen mensen spanningsklachten of een stressgerelateerde stoornis ontwikkelen.

In die gevallen waarin geen sprake is van sterk ingesleten patronen kan een beknopte uitleg van het cognitieve model (als boven) en confrontatie met irrationele aspecten in de gedachtengang in bepaalde situaties, voldoende zijn om bij iemand een ‘cognitieve herstructurering’ te weeg te brengen, dat wil zeggen: iemand zijn probleem van een andere kant te laten bekijken, een eye-opener te geven. Dit kan ook worden

bereikt (of worden versterkt) door iemand een boekje over RET mee te geven (bijvoorbeeld: IJzermans en Dirkx⁵³). Aan de hand van het boekje kan men situaties met de patiënt doorspreken.

Deze lichte interventies passen goed in een eerstelijns begeleiding. Als zwaardere interventies nodig blijken is het aan te raden door te verwijzen naar een hulpverlener met meer specialistische deskundigheid.

Addendum 9: Tijdcontingentie

78

Bij pijnklachten blijkt een stijl van behandelen die omschreven kan worden als tijdcontingent minder vaak tot chronische klachten te leiden dan de traditionele, klachtencontingente behandelwijze⁵⁷). In een tijdcontingent schema of behandelplan worden opdrachten en consulten van tevoren uitgezet en gepland. (Fysieke) activiteiten worden gradueel, volgens een tevoren opgesteld schema, opgebouwd. Essentieel verschil met de traditionele manier van behandelen, is dat het niet meer van de klacht(en) van de patiënt afhangt wat er gebeurt, of de patiënt ergens wel of niet aan toe is. De koppeling 'indien een klacht, dan dit' wordt vermeden. Juist in deze koppeling ligt het risico besloten dat vermijdingsreacties, die ook in een normaal herstelproces kunnen optreden, zich vooral op het niveau van de klachten manifesteren. Het kan veel extra tijd en energie in de begeleiding kosten om dit mechanisme, wanneer het optreedt, voor de patiënt te verhelderen. Bij opdrachten en activiteiten-opbouw is graduele toename het sleutelbegrip en niet 'proberen hoe ver u kunt gaan (tot de klachten u dwingen te stoppen)'.

Ook bij overspanning geeft een tijdcontingent behandelplan een goede structuur voor het planmatig aanbieden van interventies. Uiteraard moet de patiënt zich aan het behandelplan commiteren; dit commitment wordt groter naarmate de inbreng van de patiënt zelf groter is. Bij een aarzelende of een over-enthousiaste patiënt kan de structuur van 'het dubbele schema', zoals hieronder beschreven, goed werken.

Men kan één of meer tijdcontingente schemata per fase hanteren. Al in de late crisisfase (zie pag. 46/47) kan men een schema (laten) opstellen waarin de dag geleidelijk wordt ingevuld met lichte activiteiten; conditieverbetering kan een belangrijke rol hebben in het bestrijden van de moeheidklachten.

In de tweede fase kan men de stressoren inventarisatie, de inventarisatie van mogelijke oplossingen en tenslotte de planning van acties om daadwerkelijk tot oplossingen te komen in een tijdcontingente structuur laten uitwerken. In de derde fase kan men de patiënt een werkhervattingsschema laten opstellen. Het 'dubbele schema' is met name hier zeer goed bruikbaar.

Addendum 10: Het dubbele schema

In deze fase moet de patiënt allerlei activiteiten weer gaan opbouwen. Het liefst zal men dit doen op een gestructureerde, planmatige wijze. Uit het oogpunt van optimaal commitment is het wenselijk de patiënt zelf een schema te laten opstellen. Het probleem kan zich voordoen dat de ene patiënt in de ogen van de begeleider erg behoudend en voorzichtig kan zijn met zichzelf belasten terwijl de ander te hard van stapel loopt. Men kan dit probleem ondervangen door de patiënt twee schemata te laten opstellen⁴³⁾, bijvoorbeeld voor de reïntegratie: één schema dat door de patiënt als veilig wordt ervaren ('dat moet in ieder geval haalbaar zijn') en een schema dat door de patiënt als ambitieus maar wellicht haalbaar wordt beschouwd ('als alles meezit'). Wat daarbij het feitelijk uitgangsschema wordt, hangt enigszins af van de taxatie die de behandelaar van de patiënt heeft. Bij een erg voorzichtige patiënt kan men het ambitieuze schema als uitgangspunt nemen en het andere als 'veiligheidsklep' benoemen waarop hij kan terugvallen als het niet blijkt te gaan. Bij een patiënt die geneigd is te hard te willen, kan men een tussenschema als uitgangspunt nemen, of zelfs het veilige. Men kan het probleemoplossend vermogen verder versterken door de patiënt te laten inventariseren aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om het ambitieuze schema te halen en of en hoe deze randvoorwaarden bewerkstelligd kunnen worden. Overigens is het in alle gevallen aan te bevelen een kleine 'terugklap' te voorspellen. De ervaring leert dat de meeste overspannen patiënten tegenslagen ondervinden bij het hervatten van hun werkzaamheden, wat hun motivatie op de proef kan stellen. De wetenschap dat dit 'erbij hoort', kan voorkomen dat men zich uit het veld laat slaan en denkt weer 'terug bij af' te zijn.

Bijlage 3: Het gebruik van de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)

In de paragrafen 1.2, 2.2 en 3.3 van de Achtergrondstudie wordt de 4DKL genoemd als instrument om eerstelijns problematiek, op klachtniveau, in kaart te brengen en als hulpmiddel bij het stellen van de diagnose overspanning. Hieronder wordt het instrument toegelicht. Het gebruik van de 4DKL is vrij, het auteursrecht ligt bij B. Terluin (zie hieronder).

80

Context van het begrip overspanning en van de 4DKL

Evenals de termen stress en strain is overspanning een aan de mechanica ontleende metafoor die aangeeft dat een systeem onder een zodanige spanning staat dat niet langer een evenwicht in stand kan worden gehouden (zie ook bijlage 2). De definitie die Schröer geeft sluit hierop aan: *‘Overspanning is een dusdanige verstoring van het evenwicht tussen psychische belasting en psychische belastbaarheid als gevolg van veranderingen in individuele belastbaarheid en/of psychosociale belasting, dat bij het getroffen individu een proces ontstaat van verminderd vermogen tot sociaal functioneren, gepaard gaande met lichamelijke klachten, stemmings- en/of gedragsveranderingen’*³⁾. In onderzoek naar wat huisartsen centrale kenmerken van overspanning vinden komen dezelfde aspecten naar voren: sociaal disfunctioneren, een duidelijke relatie met (werk)stress en een typisch patroon van klachten⁵⁸⁾.

De 4DKL is ontstaan vanuit onderzoek naar de diagnose overspanning in de huisartspraktijk²⁷⁾. De vragenlijst meet vier symptoomdimensies die gezamenlijk het grootste deel van de psychosociale symptomatologie in de eerste lijn weergeven: distress, depressie, angst en somatisatie. De achterliggende conceptualisering houdt in dat distress de normale uiting is van een stressproces, terwijl depressie, angst en somatisatie berusten op abnormale reactiepatronen in het kader van verschillende psychiatrische stoornissen.

Het onderscheid tussen distress enerzijds en depressie, angst en somatisatie anderzijds, is van belang voor de classificering en voor de aanpak en de prognose van het probleem dat de patiënt presenteert. Wanneer de patiënt voornamelijk distress klachten heeft (zoals bij spanningsklachten en overspanning) is het veelal voldoende op de stressproblemen in te gaan en de coping van de patiënt te ondersteunen, zoals beschreven in bijlage 2. De prognose is dan in het algemeen zeer goed. Bij duidelijke symptomen van depressie, angst en/of somatisatie is meestal ook een specifieke aanpak van deze stoornis(sen) nodig en geeft een louter op stress gerichte aanpak doorgaans onvoldoende resultaat.

Afname en scoring

Het invullen van de 4DKL kost ongeveer 10 minuten. De op de vragenlijst afgedrukte instructie is op zichzelf voldoende. Men kan nog benadrukken dat het om klachten in de afgelopen week gaat. Men kan ook aangeven dat sommige items indringend kunnen overkomen.

Per item is een 5-punts schaal gegeven: van 0 (de klacht kwam in de afgelopen week niet voor) tot 4 (de klacht was heel vaak of voortdurend aanwezig). Bij de scoring worden de antwoordmogelijkheden 3 en 4 omgescoord naar 2. Vervolgens worden de schaalcores van de vier schalen berekend door de scores van iedere schaal op te tellen. De 4DKL levert dus vier schaalcores op.

Normering

Voor de 4DKL zijn tabellen met decielscores (het percentage mensen dat beneden een bepaalde score blijft) beschikbaar, voor verschillende groepen patiënten. Terluin geeft de volgende aanwijzingen ⁵⁹⁾:

81

- bij een *distress-score* tussen 10 en 20 is het waarschijnlijk dat de patiënt spanning ondervindt die gerelateerd is aan stress, bijvoorbeeld door overbelasting, problemen en/of levensgebeurtenissen;
- een hogere *distress-score* (>20) in combinatie met relatief lage scores voor depressie, angst en somatisatie is indicatief voor overspanning. Doorvragen over piekeren (item 19) en herbelevingen (items 47 en 48) kan inzicht geven in de achtergronden van de stress;
- een *depressiescore* >4 is indicatief voor een depressieve stoornis waarvoor een antidepressivum en/of psychotherapie is geïndiceerd;
- bij een *angstscore* >8 is er een kans op het bestaan van een of meer angststoornissen zoals omschreven in de DSM-IV waarvoor medicamenteuze behandeling en/of psychotherapie geïndiceerd kunnen zijn;
- bij een *somatisatiescore* >16 is er een grote kans op het bestaan van een somatisatiestoornis zoals omschreven in de DSM-IV. Bij een score ≤16 is er doorgaans sprake van een lichamenteel probleem of een in principe goedaardige somatisatie in het kader van een stressprobleem. In het laatste geval kan de distressscore ook licht tot matig verhoogd zijn maar depressie en angst moeten aan de lage kant scores.

Terluin benadrukt dat naast het berekenen van schaalcores de lijst een hulpmiddel kan zijn om, in interactie met de patiënt, tot een afgewogen oordeel te komen over de psychopathologische toestand van de patiënt. Hoog gescoorde items kunnen met de patiënt worden besproken en kunnen aanleiding zijn door te vragen naar verwante symptomen en mogelijke oorzaken van de klachten.

Het instrument

Op de volgende pagina's worden de vier schalen van de 4DKL weergegeven. In de vragenlijst zelf staan de vragen van de verschillende schalen door elkaar. De itemnummers van de lijst zijn tussen haakjes weergegeven.

De 4DKL kan bij de auteur worden verkregen en mag vrij worden gebruikt en gekopieerd. Bij systematisch gebruik vraagt de auteur, in ruil voor het vrije gebruik, de beschikking over de (geanonimiseerde) gegevens, in combinatie met beschikbare sociodemografische gegevens en eventuele data van andere afgenomen lijsten. Deze gegevens kunnen bijdragen tot verdere validering van de lijst en aanscherping van de aanwijzingen voor interpretatie.

Voor nadere informatie: Dr. B. Terluin, Rotterdamweg 4, 1324 WB Almere.

Distress

Heeft u de afgelopen week last van:

- neerslachtigheid? (17)
- piekeren? (19)
- onrustig slapen? (20)
- lusteloosheid? (22)

Voelt u zich de afgelopen week:

- gespannen? (25)
- snel geïrriteerd? (26)

Heeft u de afgelopen week het gevoel:

- dat u tot niets meer kunt komen? (29)
- dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? (31)
- dat u het niet meer aankunt? (32)
- dat u er niet meer tegenop kunt? (36)
- dat u nergens meer zin in hebt? (37)

Heeft u de afgelopen week:

- moeite met helder denken? (38)
- moeite om in slaap te komen? (39)

Bent u de afgelopen week:

- snel emotioneel? (41)
- Schieten u de afgelopen week wel eens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? (47)
- Moet u de afgelopen week wel eens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? (48)

Depressie

Heeft u de afgelopen week het gevoel:

- dat alles zinloos is? (28)
- dat het leven niet de moeite waard is? (30)
- dat het beter zou zijn als u maar dood was? (33)
- dat u nergens meer plezier in kunt hebben? (34)
- dat er geen uitweg is uit uw situatie? (35)
- Denkt u de afgelopen week wel eens "was ik maar dood"? (46)

Angst

Heeft u de afgelopen week last van:

- zomaar plotseling schrikken? (18)
- onbestemde angstgevoelens? (21)
- beven in gezelschap van andere mensen? (23)
- angst- of paniekaanvallen? (24)
- Voelt u zich de afgelopen week angstig? (27)
- Heeft u de afgelopen week: angst om alleen het huis uit te gaan? (40)

Bent u de afgelopen week:

- angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn (b.v. dieren, hoogten, kleine ruimten)? (42)
- bang om te reizen in bussen, treinen of trams? (43)
- bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? (44)
- Hebt u de afgelopen week wel eens het gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? (45)
- Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? (49)
- Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? (50)

Somatisatie

Heeft u de afgelopen week last van:

- duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? (1)
- pijnlijke spieren? (2)
- flauw vallen? (3)
- pijn in de nek? (4)
- pijn in de rug? (5)
- overmatige transpiratie? (6)
- hartkloppingen? (7)
- hoofdpijn? (8)
- een opgeblazen gevoel in de buik? (9)
- wazig zien of vlekken voor de ogen zien? (10)
- benauwdheid? (11)
- misselijkheid of een maag die 'van streek' is? (12)
- pijn in de buik of maagstreek? (13)
- tintelingen in de vingers? (14)
- een drukkend of beklemmend gevoel op de borst? (15)
- pijn in de borst? (16)

Bijlage 4: Het gebruik van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)

In paragraaf 2.2 van de Achtergrondstudie en in bijlage 2, addendum 1 wordt de UBOS genoemd als instrument om een indicatie voor de diagnose burnout bevestigd te krijgen. Hieronder wordt het instrument toegelicht, waarbij gebruik is gemaakt van de Handleiding UBOS⁶⁰). Voor feitelijk gebruik van de UBOS moet men contact opnemen met Swets Test Publishers (zie pag. 72) waar de rechten op het instrument rusten.

84

Context van het begrip burnout en van de UBOS

Burnout is een uit het Engels afkomstige metafoor die verwijst naar een psychische uitputtingstoestand. In het Nederlands spreekt men ook wel van ‘opgebrand zijn’ of ‘opbranden’.

Alhoewel er een groot aantal definities van burnout bestaat, wordt die van Maslach en Jackson⁶¹) veruit het meest gebruikt: *‘Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do ‘people work’ of some kind’*. Het gaat dus om een complex van drie symptomen, waarbij emotionele uitputting verwijst naar het gevoel helemaal leeg of ‘op’ te zijn; alle reserves zijn verbruikt, de batterij is leeg en kan ook niet meer worden opgeladen. Anders dan in de psychiatrie gaat het bij depersonalisatie niet om vervreemding van de eigen persoon, maar juist om vervreemding ten opzichte van anderen. Dit uit zich in een kille, cynische, afstandelijke en onpersoonlijke houding ten opzichte van diegenen met wie men dagelijks werkt.

Verminderde persoonlijke bekwaamheid heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen gepaard gaat met gevoelens van insufficiëntie en twijfel aan het eigen kunnen.

De populariteit van de omschrijving van Maslach en Jackson berust vooral op het feit dat de door hen ontwikkelde vragenlijst - de Maslach Burnout Inventory (MBI) - nagenoeg universeel wordt gebruikt. De MBI is geënt op de bovenstaande definitie van burnout en bevat drie schalen die respectievelijk emotionele uitputting (EU), depersonalisatie (DP) en persoonlijke bekwaamheid (PB) meten.

Hoewel de interesse voor burnout zich vanaf het begin heeft toegespitst op contactuele beroepen waar met mensen wordt gewerkt, bleek al spoedig dat het fenomeen zich ook in andere beroepen voordoet. Pogingen om de oorspronkelijke MBI aan te passen voor gebruik in andere dan contactuele beroepen - bijvoorbeeld door naar een depersonaliserende houding ten opzichte van collega’s in plaats van patiënten of cliënten te vragen - zijn zowel op inhoudelijke als empirische gronden af te raden⁶²). In plaats daarvan is er recentelijk een algemene versie van de MBI ontwikkeld die bij werknemers in iedere werksetting

afgenomen kan worden, ongeacht of er met andere mensen wordt gewerkt of niet⁶³). De leidende gedachte daarbij is dat de structuur van burnout identiek is in alle beroepen, maar dat de uitingsvorm - zoals depersonalisatie - specifiek is voor contactuele beroepen.

In meest algemene zin gaat het bij burnout om een syndroom dat gekenmerkt wordt door:

- 1 gevoelens van uitputting
- 2 toegenomen distantie ten opzichte van het werk
- 3 negatieve perceptie van de eigen competentie op het werk.

Met andere woorden, men voelt zich moe, heeft geen boodschap meer aan het werk en twijfelt aan het eigen professionele kunnen. Bij contactuele beroepen leidt dit tot een specifieke vorm omdat er een sterke verstrengeling is van persoon en werk.

Immers, de eigen persoon is het belangrijkste instrument of werktuig waarover men beschikt. Problemen en mislukkingen op het werk leiden daarom al snel tot twijfel aan het eigen kunnen en daarmee dus ook aan de eigen persoon.

Van de Nederlandse MBI - Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) genoemd - bestaan, evenals van de oorspronkelijke Amerikaanse MBI, drie versies:

- 1 de UBOS-C voor Contactuele beroepen
- 2 de UBOS-L voor Leerkrachten
- 3 de UBOS-A voor Algemeen gebruik*.

Afname en scoring

Het invullen van de UBOS kost ongeveer 10 minuten en kan zowel groepsgewijs als individueel gebeuren. Voor deze sociaal-medische begeleidingsrichtlijn is met name de individuele toepassing van belang (groepsgewijze afname kan bijvoorbeeld in het kader van een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) geschieden). De op de vragenlijst afgedrukte instructie is op zichzelf voldoende. Desgewenst kan men zich, bij individuele afname, vooraf vergewissen of de instructie als zodanig is begrepen.

Omdat respondenten verschillende - en meestal negatieve - connotaties hebben bij het woord 'burnout' is deze term niet in de titel van de vragenlijst opgenomen. In plaats daarvan is er gekozen voor de neutrale benaming 'werkbelevingslijst', met daarachter tussen haakjes de versie van de UBOS.

De gemiddelde schaalscores van de drie UBOS schalen worden berekend door de scores van iedere schaal op te tellen en vervolgens te delen door het aantal items in de desbetreffende schaal. Het resultaat kan onderaan het vragenlijst-formulier op de daarvoor bedoelde plaats worden ingevuld. De UBOS levert dus drie schaalscores op.

* Aanvankelijk respectievelijk MBI-C, MBI-L en UBOS genoemd.

Normering

Voor de normering van de UBOS is gekozen voor een indeling in de categorieën ‘zeer laag’, ‘laag’, ‘gemiddeld’, ‘hoog’ en ‘zeer hoog’. Deze categorieën zijn als volgt gedefinieerd:

Kwalificatie	Ondergrens			Bovengrens
Zeer hoog	95e percentiel	≤	score	
Hoog	75e percentiel	≤	score	< 95e percentiel
Gemiddeld	25e percentiel	≤	score	< 75e percentiel
Laag	5e percentiel	≤	score	< 25e percentiel
Zeer laag			score	< 5e percentiel

86

Een (zeer) hoge score op (emotionele) uitputting en depersonalisatie (c.q. distantie) en een (zeer) lage score op persoonlijke bekwaamheid (c.q. competentie) is indicatief voor burnout. In de praktijk kan voor de werkhypothese burnout de beslisregel worden gehanteerd dat de betrokkene een (zeer) hoge score op de (emotionele) uitputtingschaal dient te hebben *alsmede* een (zeer) hoge score op depersonalisatie/cynisme *óf* een (zeer) lage score op persoonlijke bekwaamheid/competentie.

Voor elk van de drie versies van de UBOS is het mogelijk om een vergelijking te maken met werkende en dus in principe ‘gezonde’ werknemers en met werknemers met burnout klachten. Verder zijn er ook specifieke normgroepen beschikbaar van bepaalde beroepsgroepen en -sectoren (zie Handleiding UBOS⁶⁰).

Het instrument

Om inzicht te geven hoe de verschillende dimensies in de UBOS worden bevraagd zijn hieronder drie schalen weergegeven. De EU-schaal (Emotionele Uitputting) is ontleend aan de UBOS-A(Igemeen), de DP-schaal (Depersonalisatie) is ontleend aan de UBOS-L(eerkrachten) en de PB-schaal (Persoonlijke Bekwaamheid) is ontleend aan de UBOS-C(ontactuele beroepen). In de drie versies van de UBOS staan de vragen van de verschillende schalen door elkaar. De totale UBOS-A heeft 15 items, de totale UBOS-L heeft 22 items en de totale UBOS-C heeft 20 items.

Emotionele Uitputting (UBOS-A)

- 1 Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk
- 2 Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij
- 3 Ik voel me ‘opgebrand’ door mijn werk
- 4 Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg
- 5 Ik voel me vermoeid als ik ‘s morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt

Depersonalisatie (UBOS-L)

- 1 Ik heb het gevoel dat ik sommige leerlingen te onpersoonlijk behandel
- 2 Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover mensen sinds ik deze baan heb
- 3 Ik maak me zorgen dat mijn werk me emotioneel verhard
- 4 Het kan me niet echt schelen wat er van mijn leerlingen terecht komt
- 5 Ik heb het gevoel dat leerlingen mij de schuld geven van hun leerproblemen
- 6 Op mijn werk wordt ik vaak lastig gevallen met persoonlijke zaken waar ik eigenlijk niets mee te maken wil hebben
- 7 Ik probeer me afzijdig te houden van de persoonlijke problemen van mijn leerlingen

Persoonlijke Bekwaamheid (UBOS-C)

- 1 Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van de patiënten/cliënten
- 2 Ik weet de problemen van mijn patiënten/cliënten adequaat op te lossen
- 3 Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk
- 4 Met mijn patiënten/cliënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen
- 5 Het werken met patiënten/cliënten vrolijkt me op
- 6 Ik heb in deze baan veel waardevolle dingen bereikt
- 7 In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen

Voor de handleiding en het overig testmateriaal van de UBOS kan men zich wenden tot:

Swets Test Publishers

Postbus 820, 2160 SZ Lisse

telefoon: 0252 - 435 375

fax: 0252 - 435 671

e-mail: sts@swets.nl

Internet: www.swets.nl/stp

Literatuur

- 1) Ormel, J en R Giel. *Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts*. Tijdschrift voor Psychiatrie 1983; 25: 688-710.
- 2) Tromp, LH; *Grote aantal code 309-gevallen en verzuimduur roepen vragen op*. Medinfo-GAK 1985; 31: 29-31.
- 3) Schröer, CAP. *Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*. Proefschrift. Universitaire Pers, Maastricht 1993.
- 4) Schröer, CAP. *De toename van arbeidsongeschiktheid wegens psychische aandoeningen*. TBV 1997; 1: 16-24.
- 5) Terluin, B. *Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek*. Huisarts Wet 1986; 29: 261-264.
- 6) Terluin, B. *Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid*. Medisch Contact 1988; 43: 1495-1498.
- 7) Klink, JJJ van der, RWB Blonk, AH Schene, FJH van Dijk. *The effectiveness of an activating intervention for adjustment disorders with occupational impairment* (in voorbereiding).
- 8) Scott, AIF and CPL Freeman. *Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and costs after 16 weeks*. BMJ 1992; 304: 883-887.
- 9) Amstel RJ van en PC Buijs. *Voor verbetering vatbaar*. NIA/TNO, Amsterdam 1997.
- 10) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. *Professioneel statuut van de bedrijfsarts*. NVAB, Utrecht 1997.
- 11) Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde *Convenant LHV-NVAB*. LHV/NVAB, Utrecht 1997.
- 12) Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. *Code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim'*. KNMG, Utrecht 1998.
- 13) Landelijk instituut sociale verzekeringen. *Standaard 'Onderzoeksmethoden bij Psychische stoornissen'*. Lisv, Amsterdam 1997.
- 14) Blonk, RWB en FJH van Dijk. *Concept richtlijnen voor de diagnostiek van beroepsgebonden psychische aandoeningen*. NCvB, Amsterdam 1998.
- 15) Erp, N van, R Bijl. *Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten*. NcGv, Utrecht 1996.
- 16) Terluin, B. *Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse*. Huisarts Wet 1996; 39: 358-365.
- 17) Engers, RW van. *Overspannen in de Ziektewet. Een onderzoek naar de oorzaken en het verloop van ziekteverzuim wegens overspanning*. FBV, Tica, Amsterdam 1995.
- 18) Veldhoven M van, JPJ Broersen en RJ Fortuin. *Werkstress in beeld; Psychosociale arbeidsbelasting en werkstress in Nederland*. SKB, Amsterdam 1999.
- 19) Emanuel, B en BMS van Praag. *Determinantenonderzoek WAO fase 1: determinanten van WAO-toetreding: een eerste totaalbeeld*. Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer 1981.
- 20) Scholte M. *Psychosociale screening in de arbeidshulpverlening*. NIZW, Utrecht 1998.
- 21) Nederlands Instituut van Psychologen (JJ Bravenboer eindredactie). *Beroepscode voor psychologen 1998*; NIP, Amsterdam 1998.
- 22) Ormel, J, W van den Brink, K van der Meer, J Jenner en R Giel. *Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk*. Ned Tijdschrift Geneeskd 1994; 138: 123-6.
- 23) Smeets, RMW en JJJ van der Klink. *Depressie*. In: Klink, JJJ van der; *Psychische problemen en de werksituatie*. NIA, Amsterdam 1993.

- 24) Terluin, B en K van der Meer. *Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie?* Huisarts en Wetenschap 1995; 38(7): 307-309.
- 25) Marwijk, HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, et al. *NHG-Standaard Depressie*. Huisarts Wet 1994; 37: 482-90.
- 26) Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LPJ, et al. *NHG-Standaard Angststoornissen*. Huisarts Wet 1997; 40: 167-75.
- 27) Terluin, B. *Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartsen-praktijk*. Proefschrift. Detam, Utrecht 1994.
- 28) Terluin, B en K Gill. *Surmenage*. The Practitioner (Nederlandse uitgave) 1992; 9: 385-388.
- 29) Terluin, B en JIL van der Klink. *Surmenage*. In: Klink, JIL van der; *Psychische problemen en de werksituatie*. NIA, Amsterdam 1993.
- 30) Terluin, B en JIL van der Klink. *Klinisch beeld en beloop van overspanning*. In: Hoogduin, CAL, CPDR Schaap, AJ Kladler en WA Hoogduin; *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1996.
- 31) Klink, JIL. van der. *Psychische aandoeningen (C-7-10)*. In: Buijs PC, A van Oosterom en H Wolvetang (red.); *Handboek bedrijfsgezondheidszorg*; Bunge, Utrecht 1995.
- 32) Klink, JIL. van der. *Psychische aandoeningen; de relatie met arbeid, de begeleiding en de preventie*. In: *De bedrijfsarts als dokter. Opstellen over ziekte, zorg en gezondheid*. Bunge, NVAAB, Utrecht 1996.
- 33) Maslach C. *Burnout: A multidimensional perspective*. In: Schaufeli WB. C Maslach and T Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, Washington DC 1993.
- 34) Schaufeli WB. *Opgebrand: Over de achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen*. Ad. Donker, Rotterdam 1990.
- 35) Schaufeli WB. *Utrechtse Schaal (UBOS): Voorlopige handleiding*. Intern rapport, sectie Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie, Universiteit van Utrecht, Utrecht 1995.
- 36) Schaufeli WB en D van Dierendonck. *The construct validity of two burnout measures*. Journal of Organisational Behavior 1993; 14: 631-647.
- 37) Schaufeli WB en D van Dierendonck. *Burnout een concept gemeten: De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)*. Gedrag en Gezondheid 1994; 22: 153-172.
- 38) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition); DSM-IV*. American Psychiatric Press, Washington DC 1994.
- 39) Klink, JIL van der, RWB Blonk, AH Schene, FJH van Dijk. *Occupational stress reducing interventions: a meta-analysis of effects* (submitted).
- 40) Hoogduin, CAL, CPDR Schaap en A Kladler. *Uitgangspunten voor een directieve begeleiding*. In: Klink, JIL van der (red.); *Psychische problemen en de werksituatie*. NIA, Amsterdam 1993.
- 41) Klink, JIL van der en H Lasschuyt. *Overspanning*. In: Willems, JHBM, NHTh Croon en JW Koten (red.); *Handboek Arbeid en Belastbaarheid*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1998.
- 42) Klink, JIL van der en B Terluin. *Sociaal medische begeleiding bij overspannen medewerkers*. *Bijblijven* 12/3: 69-77: 1996.
- 43) Klink, JIL van der en B Terluin. *Begeleiding en interventies bij overspanning in de eerste lijn*. In Hoogduin, CAL, CPDR Schaap, AJ Kladler en WA Hoogduin; *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1996.
- 44) Firth J, Shapiro DA. *An evaluation of psychotherapy for job-related distress*. J Occ Psychol 1986; 59: 111-19.

- 45) Klink, J.J.L. van der, en FM Sijtsma. *Strategisch Netwerk; Systeemdenken*. In: Klink, J.J.L. van der; *Psychische problemen en de werksituatie*. NIA, Amsterdam 1993.
- 46) Lindström, I, C Ohlund, C Eek et al. *The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral therapy approach*. *Physical Therapy* 1992; 72: 279-90.
- 47) Lindström, I, C Ohlund, C Eek et al. *Mobility, strength, and fitness after a graded activity for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach*. *Spine* 1992; 17: 641-52.
- 48) Worden, J.W. *Grief counselling and grief therapy*. Tavistock, London 1983.
- 49) Keirse, EACG. Rouw. In: Klink, J.J.L. van der (red.). *Psychische problemen en de werksituatie*. NIA, Amsterdam 1995.
- 50) Dyck, R van. *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Leiden, Leiden 1986.
- 51) Velden, K van der (red.). *Directieve therapie 2*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1980.
- 52) Hoogduin, CAL. *De drie brieven*. In: Velden, K van der (red.). *Directieve therapie 2*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1980.
- 53) IJzermans Th en C Dirckx. *Beren op de weg; spinsels in je hoofd. Omgaan met emoties op het werk*. Thema, Zaltbommel 1993.
- 54) Diekstra RFW. *Ik kan denken/voelen wat ik wil*. Swets en Zeitlinger, Lisse 1976.
- 55) Fontana, D. *Managing stress, problems in practice*. British Psychological Society, London 1989.
- 56) Hoogduin, CAL. *Over de behandeling van patiënten met dwanggedachten*. Tijdschrift Directieve Therapie 1981; 2: 124-134.
- 57) Fordyce, WE, J Brockway, J Bergman en D Spengler. *A control group comparison of behavioral versus traditional management methods in acute low back pain*. *Journal Behavioral Medicine* 1986; 5: 127-140.
- 58) Terluin, B, K Gill en JAM Winnubst. *Hoe zien huisartsen surmenage?* *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 59) Terluin, B. *De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk*. *De Psycholoog* 1998; 33: 18-24
- 60) Schaufeli, WB en D van Dierendonck. *UBOS Utrechtse Burnout Schaal, Handleiding*. Swets Test Publishers, Lisse 2000.
- 61) Maslach, C & Jackson, SE. *Maslach Burnout Inventory. Manual (2nd ed.)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1986.
- 62) Schaufeli, WB, Enzmann, D & Girault, N. *Measurement of burnout: A review*. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 199-215). Taylor & Francis, Washington DC 1993.
- 63) Schaufeli, WB, Leiter, MP, C Maslach, & SE Jackson. *Maslach Burnout Inventory - General Survey*. In: C Maslach, SE Jackson & MP Leiter, *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed) - Test Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1996.

Begrippenlijst

behorend bij de geautoriseerde richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten

4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst; zie bijlage 3.

Anhedonie: verlies van interesse en belangstelling; in ernstige vorm is dit een van de twee kerncriteria van de depressieve stoornis.

Coach: roloptie van de bedrijfsarts: een steunende rol naar de (werk)omgeving als door het ziektebeeld of het beloop veel van die omgeving wordt gevraagd.

Cognitie: het geheel van adaptieve informatieverwerkingsprocessen: waarnemen, taxatie en evaluatie van het waargenomene, denken, leren, etcetera.

Controle: de beheersing van het individu over (zijn interactie met de eisen van) de situatie.

Coping: het geheel aan mogelijkheden en vaardigheden tot hantering van de eisen die een situatie stelt.

Decompensatie: toestand waarin het individu niet meer in staat is aan de eisen te voldoen.

Demoralisatie: het proces waarin de controle (zie boven) verloren gaat.

Distress: negatieve stressreacties.

DSM IV classificatie: tweedelijns classificatie voor psychische (psychiatrische) stoornissen.

Mediation: onafhankelijke en professionele conflictbemiddeling.

Mobbing: pesten of intimideren in de werksituatie

Rationale: een geloofwaardige verklaring voor het toestandsbeeld en/of de klachten die de patiënt helpt zijn toestandsbeeld en/of klachten beter te begrijpen.

Bij voorkeur geeft de rationale ook aan hoe de klachten kunnen worden verminderd (zie bijlage 2, addendum 2).

Stressoreninventarisatie: het in kaart brengen van de stressbronnen, waardoor deze toegankelijk worden voor interventies (zie bijlage 2, addendum 6).

Systeem: een samengesteld en zelfstandig geheel met specifieke kenmerken.

Bij een sociaal systeem zijn de samenstellende delen mensen; de specifieke kenmerken zijn de regels, waarden en normen binnen het systeem.

Terugvalpreventie: het trachten te voorkomen dat opnieuw functioneringsverlies en klachten optreden door borging van wat de patiënt in het herstelproces heeft geleerd.

UBOS: de Utrechtse Burnout Schaal (zie bijlage 4).