

Arbeid als medicijn

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Werk is belangrijk voor mensen.

Bron: McKee-Ryan, F., Song Z., Wanberg CR., Kinicki AJ. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Appl Psychol.* Jan; 90(1):53-76.

Werk kan psychische problemen verminderen, maar werk kan ook een oorzaak zijn bij het ontstaan en voortduren van psychische stoornissen. Ook het (jarenlang) geen werk hebben of het na studie niet aan het werk kunnen komen kan psychische problematiek versterken of zelfs veroorzaken. Het is daarom belangrijk om de invloed van werk te bespreken in de behandeling.

1.2. Doelstelling

De module helpt bij het op gang brengen van het gesprek over werk tussen mensen met psychische problemen en hun behandelaar en/of andere betrokken professionals. Gebruik van de module bevordert het inzicht in de rol die werk heeft voor betrokken patiënt bij zijn of haar herstel. Zo wordt duidelijk of werk relevant is in het herstelproces en of werk bij het herstel een bevorderende – of juist een belemmerende factor is.

Gebruik van de module structureert in het gesprek tussen patiënt en hulpverlener de aandacht voor de (positieve of negatieve) invloed van werk op het herstel. De module bevat onder andere de [gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'](#), die dient om het gesprek tussen patiënt en hulpverlener op gang te brengen en te ondersteunen. In de gespreksleidraad worden vragen gesteld, informatie verstrekt en voorlichting gegeven. Daardoor krijgt de patiënt meer grip op de eigen situatie.

1.3. Doelgroepen

De module kan ingezet worden door huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), behandelaars in de generalistische basis ggz (GB GGZ) en gespecialiseerde ggz (S GGZ), bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeids- en organisatiedeskundigen, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en andere betrokken professionals.

1.4. Aanleiding

1.4.1. Aanleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) concludeerde in 2015 dat de reguliere zorg vooral gericht is op het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten. Dit komt terug in de huidige opleiding, de richtlijnen en de financiering. De reguliere zorg houdt naar de mening van de RVS onvoldoende rekening met het belang van participatie, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. Daardoor verzuimen patiënten

mogelijk onnodig lang van hun werk. Werk kan onder goede omstandigheden herstel bevorderen en bijdragen aan een betere gezondheid.

Bron: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). Doorwerken en gezondheid. 35-36.

[De Arboretgeving wordt in 2017 aangepast](#). Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft hieraan voorafgaand advies ingewonnen bij de Sociaal Economische Raad (SER), met als resultaat het in 2014 verschenen rapport 'Betere zorg voor werkenden'. In dit rapport worden 2 knelpunten genoemd die voor de generieke module 'Arbeid als medicijn' specifiek van belang zijn:

1. Het ontbreken van een goede samenwerkingsrelatie, inclusief communicatie, tussen de bedrijfsgezondheidszorg en curatieve zorg.
2. Het ontbreken van voldoende kennis en aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg.

Naar aanleiding van dit advies en de conclusie van het RVS heeft de minister van SZW namens het kabinet de Kamer geïnformeerd over zijn opvattingen en over concrete maatregelen ter verbetering van de arbeidsgerelateerde zorg. In de [brief](#) van de minister aan de Kamer worden onder meer 4 beleidslijnen onderscheiden waarop concrete maatregelen zijn voorgesteld:

1. betere arbodienstverlening door meer betrokkenheid van werknemers;
2. meer preventie op het werk;
3. het vastleggen van een basiscontract voor professionele arbodienstverlening en meer bescherming voor de werknemer;
4. betere zorg voor werknemers door goede samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

Deze module is ontwikkeld om de zorg voor mensen met psychische problemen te verbeteren, door het onderwerp 'werk' hierin een structurele plaats te geven. Door met de generieke module 'werk' onder de aandacht te brengen, en tijdig door te verwijzen indien nodig, zal deze module bijdragen aan de samenwerking en communicatie tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

1.5. Uitgangspunten

Deze module is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Werk heeft invloed op de psychische gezondheid van mensen. Werk kan (sterk) bijdragen aan de (psychische) gezondheid van mensen. Werk kan psychische klachten en psychische stoornissen ook veroorzaken of verergeren.
- De zorgverlener heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen.
- De zelfregie en zelfmanagement van de patiënt staat centraal. De zorg wordt zo goed mogelijk afgestemd op de mate waarin de patiënt zelf de regie kan voeren, door samen met de patiënt vast te stellen wat hij zelf wil en kan. Tenslotte wordt met de patiënt vastgesteld welke ondersteuning nodig is.
- De zorg sluit aan bij de wensen, behoefte en de situatie van de patiënt. Met de patiënt wordt vastgesteld wie betrokken moet worden bij het herstelproces. Het is van belang zo mogelijk ook de naasten van de patiënt hierbij te betrekken.
- Voor effectieve zorg is maatwerk nodig. Het gaat hierbij om een goede balans tussen wat de patiënt kan, wil en moet, en wat op dat moment mogelijk is.
- Stigmatisering staat het herstel van patiënten in de weg. Stigmatisering uit zich in een gebrek aan emotionele ondersteuning, empathie en respect. Patiënten ervaren stigmatisering zowel bij behandelaars als bij andere betrokkenen. Ook zelfstigma kan het herstel belemmeren. Om stigmatisering tegen te gaan en grip op de eigen situatie te vergroten of te hervinden is informatie, voorlichting en educatie nodig.
- Het is belangrijk dat de behandelaar ook het werk(vermogen) wanneer van toepassing voor de patiënt meeneemt als behandeldoel. De module helpt het gesprek over werk tussen patiënt en behandelaar op gang

en biedt handvatten voor de interventies die bij psychische klachten en werk effectief bevonden zijn.

- De module helpt om de samenwerking en communicatie tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg te verbeteren en indien nodig tijdig door te verwijzen.
- Er is voor de ontwikkeling van de generieke module zowel aangesloten bij de bestaande regelgeving, arbeidsgeneeskundige richtlijnen en bij recente richtlijnen en zorgstandaarden voor de behandeling van psychische stoornissen.

Bij het ontwikkelen van deze module is gebruik gemaakt van de volgende theoretische en methodologische bouwstenen:

- In de gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn' vormt de positieve psychologie de basis. De positieve psychologie vraagt aandacht voor de kracht van mensen, voor de persoonlijke eigenschappen waarover mensen in potentie kunnen beschikken.
- In zijn onderzoek beschrijft Janlert 7 modellen die de samenhang verklaren tussen het verlies van werk en de negatieve gevolgen voor de gezondheid. Het gaat om de modellen economic deprivation (financiële situatie), lack of control (verlies van controle), locus of control (mate waarin men het gevoel heeft controle te hebben), stress, social support (ervaren sociale steun), work involvement (betrokkenheid bij het werk) en latent functions (mate waarin iemand zich kan ontplooiën en een bijdrage kan leveren). In de gespreksleidraad zijn deze elementen verwerkt.
- Uit onderzoek blijkt dat een individu dat binding aan de organisatie heeft, minder waarschijnlijk vermijdingsgedrag ("withdrawal behaviour") zal vertonen. Deze gedragingen omvatten onder andere ziekteverzuim. In de gespreksleidraad is hier aandacht voor.

1.5.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2. De patiënt centraal

2.1. Algemeen

‘Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. In deze definitie van Machteld Huber gaat het bij gezondheid over veerkracht en vitaliteit, een leven kunnen leiden binnen de grenzen van je mogelijkheden, ondanks ziekten en zorgen. Cruciaal zijn persoonlijke wensen en keuzes. Zorg gericht op herstel stelt die wensen en behoeften centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid van de patiënt. Het is zorg op menselijke maat, met als motto: ‘Zie de mens, niet het etiket.’

Bij de ontwikkeling van deze module hebben deze definitie en dit perspectief centraal gestaan. Daarom namen ervaringsdeskundigen deel in de kerngroep en de ontwikkelgroep. Daarnaast zijn hun ervaringen in 2 focusgroepen gedeeld en is het resultaat van de module bij ervaringsdeskundigen getoetst.

In De patiënt centraal wordt ingegaan op (1) de ervaringen en aandachtspunten van ervaringsdeskundigen en (2) op de kwaliteitscriteria opgesteld op basis van de eisen en wensen van patiënten.

2.2. Ervaringen en aandachtspunten van ervaringsdeskundigen

In de kern- en klankbordgroep namen in totaal 5 ervaringsdeskundigen deel. Hieronder een samenvatting van de belangrijkste ervaringen en aandachtspunten die werden uitgewisseld in deze kern- en klankbordgroep.

2.2.1. Zelfregie is belangrijk voor de patiënt

Er zijn veel professionals (huisartsen, behandelaars, bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen) die met hun eigen adviezen en doelen komen, waarbij de betrokken patiënt soms te weinig gekend wordt.

Voor je het weet spreken professionals ‘over’ de patiënt, zonder de zelfregie van betrokkene te respecteren. Zo stelde één van de ervaringsdeskundigen: ‘Ik wil niet dat anderen (andere professionals dan mijn hulpverlener) automatisch betrokken worden en aan tafel komen. Zij hebben vaak andere belangen dan ik. Ik wil het met mijn hulpverlener (zelf) over werk hebben.’

2.2.2. Zelfregie en verschil in visie

Patiënt en behandelaar hebben niet altijd dezelfde visie op wat er moet gebeuren. Soms trekt de patiënt zich terug, terwijl de behandelaar juist activering nodig acht. Ook kan de patiënt vinden dat hij eerst helemaal moet herstellen voor hij aan het werk kan gaan, terwijl de behandelaar van mening is dat werk juist kan bijdragen aan het herstel. Zelfregie betekent niet dat de behandelaar zonder meer meegaat in de visie van de patiënt. De behandelaar kan zijn professionele vaardigheden inzetten om – met behoud van een goede behandelrelatie – de patiënt op andere gedachten te brengen. Maar het deskundige oordeel van de behandelaar leidt niet tot het opheffen van de zelfregie van de patiënt. Zolang mensen in staat zijn de gevolgen te overzien, is het aan hen om beslissingen te nemen over hun leven.

2.2.3. Stigmatiseren door hulpverleners en andere betrokkenen

Stigmatiseren, het koppelen van vooroordelen aan mensen met psychische problemen, komt nog steeds veel voor. Uitval met psychische klachten zou bijvoorbeeld betekenen dat men geen stress meer zou moeten ervaren en simpel werk zou moeten doen. Dit kan juist weer nieuwe stress opleveren, omdat er dan geen goede balans meer is tussen de mogelijkheden en de ambities van de patiënt. Ook kunnen mensen ontmoedigd raken door het gebrek aan perspectief op uitdagend werk dat past bij hun intellectuele niveau.

2.2.4. De kwaliteit van de hulp schiet soms tekort

De kwaliteit van de hulp die mensen krijgen is sterk afhankelijk van de visie en kennis van de hulpverlener. De hulpverlener heeft niet altijd een goed beeld van wat werk inhoudt voor de patiënt, heeft soms moeite diens mogelijkheden goed in te schatten en aan te sluiten bij wat de betrokkene zelf wil en kan. Zo vertelde een ervaringsdeskundige dat zij tijdens haar opname het aanbod kreeg om appeltaarten te bakken, mandala's te kleuren of asbakken te kleien in het dagactiviteitencentrum, terwijl zij bezig wilde zijn met het dreigende gat in haar CV dat zij wilde vullen met relevant werk.

2.2.5. Behoeft aan een goede aansluiting en maatwerk

Er zijn veel verschillende psychische klachten en stoornissen, die sterk uiteenlopen in ernst en gevolgen. Ieder mens is anders. Werkplekken verschillen. Wat voor de één werkt, kan bij de ander herstel in de weg staan. Maatwerk is nodig. Het gaat steeds om een goede aansluiting tussen wat het werk te bieden heeft en wat betrokken patiënt wil, kan en moet.

2.2.6. Gemis aan aandacht voor psychische klachten en problemen op het werk

Er zijn nog steeds veel voorbeelden van slechte begeleiding, weinig begrip en gebrek aan ondersteuning op het werk. Een ervaringsdeskundige vertelde dat er bij haar ontslag vanwege boventaligheid geen aandacht was voor wat dit voor haar betekende, en voor de invloed van dit bericht op haar mentale gezondheid. Een ander voorbeeld ging over een patiënt met ADHD in het onderwijs, met wie het door veranderde omstandigheden steeds minder goed ging. Hier werd veel te laat hulp gezocht. De benodigde hulp en ondersteuning bleek vervolgens niet aanwezig.

2.3. Welke kwaliteitscriteria vinden patiënten belangrijk?

De kwaliteitscriteria in de onderstaande tabel zijn gebaseerd op het visiedocument Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel (Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid voorheen LPGGZ) en de [Basisset Kwaliteitscriteria GGz – geformuleerd vanuit een cliënten- en familieperspectief](#).

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden. <i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt. <i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk. <i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen. <i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

3. 'Arbeid als medicijn' in de zorg

3.1. Inleiding

Psychische aandoeningen komen vaak voor in de beroepsbevolking. Uit onderzoek blijkt dat 16,3% van alle werkenden in het afgelopen jaar psychische problemen heeft ervaren. Van de hoofdgroepen van psychische aandoeningen kwamen de angststoornis (8,5%) en middenstoornis (5,3%) het meest frequent voor, gevolgd door de stemmingsstoornis (5,0%). Van de afzonderlijke psychische aandoeningen waren dit de depressie (4,2%), specifieke fobie (4,2%) en alcoholmisbruik (3,8%). Van alle psychische aandoeningen gaan de depressieve stoornis, bipolaire stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en drugsmisbruik met het hoogste aantal verzuimdagen gepaard. Mensen met een bipolaire stoornis, agorafobie, drugsmisbruik en ADHD hebben het hoogste aantal dagen dat zij verminderd functioneren.

Bron: Graaf de R., Tuithof M., Dorsselaer van S., Have ten M. (2015). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos-instituut 2011.

De kosten van het totale verzuim door psychische aandoeningen voor werkende bevolking in Nederland is in 2011 geschat op € 2,7 miljard.

Bron: Van der Ploeg et al. Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg: TNO.

In de periode 2007 - begin 2012 zijn er in totaal 45 landelijke multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld met bedrijfs- en/of verzekeringsgeneeskundige inbreng vanuit de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG). Verder zijn er verschillende richtlijnen ontwikkeld over het voorkomen van en het handelen bij psychische klachten. Deze richtlijnen vormen een leidraad met aanbevelingen en instructies voor de dagelijkse praktijk van onder anderen psychologen, huisartsen, psychiaters, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere medisch specialisten. Ondanks alle richtlijnen is en blijft arbeid een onderbelicht thema binnen de behandeling.

Bron: Hulshof C.T.J., Vliet van C., Bastiaanssen M. (2012). De factor arbeid in multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Stichting NVAB.

Er is een grote diversiteit van professionals die te maken krijgen met arbeid in hun behandelplan. Voor sommigen is het de hoofdtaak (zoals de bedrijfsarts), voor anderen slechts een onderdeel. Uit recent onderzoek blijkt dat veel professionals in het behandelplan vragen stellen over arbeid, maar de consequenties voor het behandelplan zijn nog zelden verankerd in de richtlijnen.

Bron: Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgelateerde zorg 2015: Panteia

Uit onderzoek van Panteia blijkt dat de bedrijfsarts momenteel niet voor alle werknemers het eerste aanspreekpunt is voor werkgerelateerde gezondheidsvraagstukken. 41% van de werknemers gaat liever eerst naar de huisarts dan naar de bedrijfsarts als ze gezondheidsklachten hebben die met het werk te maken hebben. Als verklaring hiervoor dragen de geïnterviewden aan dat de werknemer over het algemeen een vertrouwensrelatie heeft met zijn huisarts.

Bron: Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgelateerde zorg 2015: Panteia.

Onderzoek wijst uit dat algemeen in de zorg, maar zeker bij behandelaars in de ggz arbeid nog te vaak een

blinde vlek is.

Onderzoek wijst uit dat algemeen in de zorg, maar zeker bij behandelaars in de ggz arbeid nog te vaak een blinde vlek is.: Uit het onderzoek 'Aandacht voor arbeid in de zorg; Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten, ' (Witkamp 2013) in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid blijkt dat toch nog te weinig aandacht is voor werk binnen de zorg.

Er staan stevige schotten tussen behandelaars in de zorg en hulpverleners op het gebied van re-integratie. Gebrek aan overleg en samenwerking leidt vaak tot verwarring bij de patiënt en vertraging bij de werkhervatting.

Bron: Kolenberg A. (2009). Werk in behandeling: onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. LPGGz, Cross Over.

3.1.1. Werk als bevorderende of belemmerende factor bij herstel

Werk kan de oorzaak zijn van psychische klachten en kan psychische problemen verergeren. Maar werk kan mensen ook gezond maken, gezond houden of bevorderend zijn in de behandeling.

Bron: Schat A., van Noorden MS., Noom MJ., Giltay EJ., van der Wee NJ., Vermeiren RR., Zitman FG. (2013). Predictors of outcome in outpatients with anxiety disorders: the Leiden routine outcome monitoring study. J Psychiatr Res;4712:1876-85.

Het is daarom belangrijk om zowel bij diagnostiek als in de behandeling aandacht te besteden aan het thema werk en te inventariseren of werk bij betrokken patiënt een rol speelt bij het herstel. Als werk een rol speelt volgt de vraag of dit werk herstel bevordert of belemmert.

3.2. Vroege onderkenning en preventie

Naast arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden is ook de wijze waarop een medewerker zijn werk verricht van belang bij het voorkomen of ontstaan van psychische problemen. Zo heeft [onderzoek](#) aangetoond dat 'workaholics' een grotere kans hebben op psychische stoornissen.

Het is belangrijk dat er aandacht is voor 'rouw' als mensen (opnieuw) op zoek zijn naar werk. Zeker als dat gaat om werk wat niet of minder aansluit bij hun wens of hun studie.

Psychische klachten kunnen mede veroorzaakt worden door het werk, maar leiden bijna altijd tot problemen met werk. Door al bij het begin van de behandeling het thema arbeid bespreekbaar te maken, kan snel worden vastgesteld of werk meespeelt in de bij de patiënt aanwezige psychische klachten. Tevens kan in een vroeg stadium worden vastgesteld of het hierbij gaat om een bevorderende of belemmerende rol op het herstel.

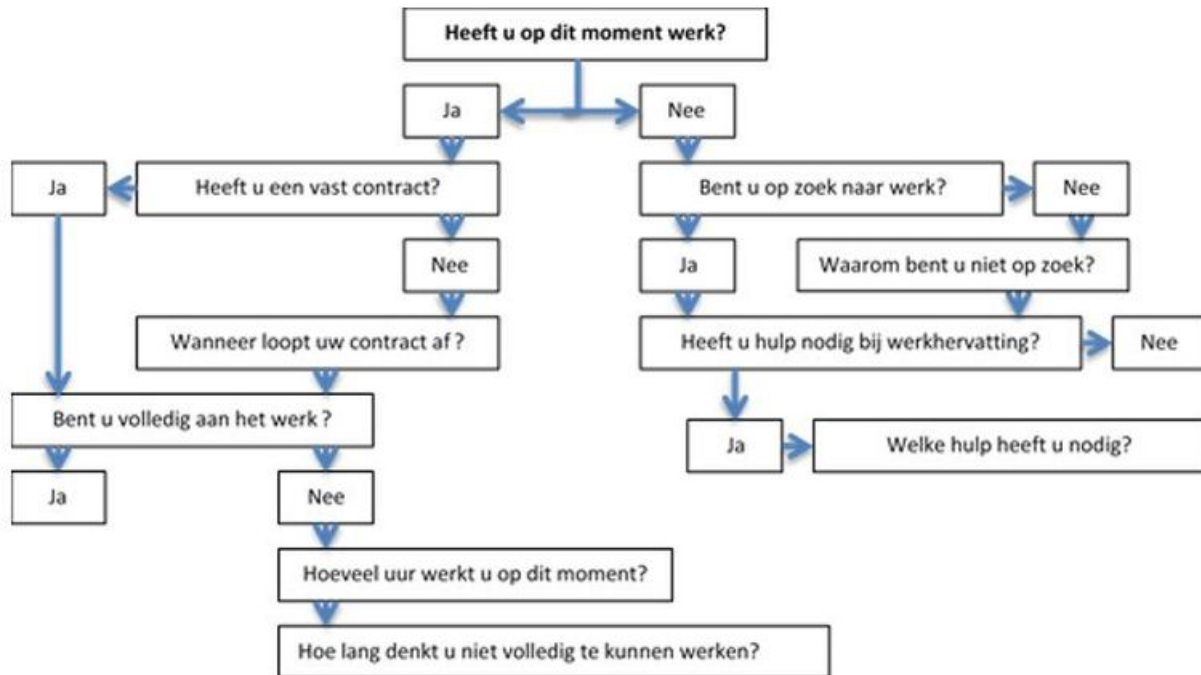
Als werk een rol speelt bij de aanwezige psychische problemen is van belang dat dit ook benoemd wordt in het individueel zorgplan en dat hier de benodigde acties aan worden gekoppeld.

3.3. Situatieanalyse ten behoeve van de intake

De vragen in het onderstaande stroomschema kunnen worden ingezet om een eerste indruk te krijgen van de

mate waarin werk van invloed is op de gezondheid en het herstel van betrokken patiënt. Gebruik van deze vragen maakt het mogelijk (dreigende) arbeid gerelateerde gezondheidsproblemen te signaleren en arbeid in te zetten bij bevordering van herstel.

De vragen zijn geformuleerd op basis van de ervaringen en aandachtspunten die werden uitgewisseld in de kern- en klankbordgroep.



Na deze vragen te hebben doorgenomen, kan verder worden doorgesproken over het onderwerp werk zoals vermeld in [Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'](#).

3.4. Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'

De [gespreksleidraad Arbeid als medicijn](#) is bedoeld om tijdens de intake en de behandeling gericht aandacht te besteden aan de rol van arbeid bij het ontstaan, het voortduren en het herstel van psychische problemen. Inzet van de gespreksleidraad geeft antwoord op de vraag of werk een rol speelt bij de psychische klachten van de betrokken patiënt, en zo ja welke. Als werk een rol speelt, wordt duidelijk of dat werk het herstel bevordert of belemmert. De leidraad geeft inzicht in de verschillende thema's die spelen bij het behouden, hervatten en vinden van werk. Met dit inzicht kunnen passende vervolgstappen worden gezet. Hierbij kan gedacht worden aan het inwinnen van advies bij een arboprofessional en beoordeling of begeleiding vanuit de arbozorg.

3.4.1. Benodigde stappen voor het bespreken van werk

In de gespreksleidraad worden verschillende stappen doorlopen bij het bespreekbaar maken van werk: de voorbereiding, het gesprek zelf, het vaststellen van vervolgstappen en de afronding.

3.4.2. Thema's die van belang zijn in het gesprek over werk

Voor de ontwikkeling van de module zijn 5 focusgroepen georganiseerd: 2 groepen met patiënten en vertegenwoordigers van patiënten, een groep behandelaars en 2 groepen met bedrijfsartsen en

verzekeringsartsen. In deze focusgroepen zijn 8 thema's naar voren gekomen die van belang zijn bij het gesprek over werk. Het eerste thema gaat over de werking van 'Arbeid als medicijn'. Janlert beschrijft 7 verschillende modellen die de samenhang verklaren tussen het verlies van werk en de negatieve gevolgen voor de gezondheid.

Bron: Janlert U., Hammarström A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health: BMC Public Health.

Daarna volgt het persoonlijke verhaal van de betrokken patiënt. Deze is in de gespreksleidraad omschreven als 'Mijn verhaal'. De andere thema's gaan verder in op wat betrokkene doet, kan, wil, nodig heeft, de hulp die geboden wordt en de rechten en plichten van betrokkene. In de gespreksleidraad worden deze verwoord als: Wat doe ik?, Wat kan ik?, Wat wil ik?, Wat heb ik nodig?, Wie helpt mij?, en Wat zijn mijn rechten en plichten?. Er is daarnaast nog ruimte voor thema's die mogelijk nog niet aan bod zijn gekomen. Een voorbeeld hiervan is de aanwezigheid (of juist de afwezigheid) van mantelzorg, die veel invloed kan hebben op werk en gezondheid. In de gespreksleidraad staat En verder? voor zo'n laatste thema.

3.4.3. Verdiepende vragen

Bij elk thema zijn in de gespreksleidraad verdiepende vragen geformuleerd die het gesprek over werk richting en inhoud geven.

3.4.4. Verwijzingen

Voor verdere verdieping zijn in de gespreksleidraad verwijzingen opgenomen naar relevante artikelen en websites.

3.5. Monitoring en doorverwijzing

Als werk een rol speelt bij het ontstaan en het herstel van psychische klachten, is het noodzakelijk om werk op te nemen in het individueel zorgplan. Inzetten van de gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn' helpt bij het kiezen van het thema rond werk dat een hoge prioriteit heeft. Het is de verantwoordelijkheid van zowel patiënt als behandelaar om hier regelmatig aandacht aan te besteden. Hierbij kunt u denken aan het inwinnen van advies bij een bedrijfsarts, of een andere bij de begeleiding van de werknemer betrokken arboprofessional. Doorverwijzing kan in het behandeltraject een passende vervolgstap zijn.

4. Organisatie van zorg rond werk en psychische klachten

4.1. De werkgever

De werkgever is medeverantwoordelijk voor het voorkomen van klachten en verzuim als gevolg van het werk of de arbeidsomstandigheden, en voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid. De werkgever en de werknemer zijn (onder andere op basis van de Wet verbetering Poortwachter en de Arbeidsomstandighedenwet) samen betrokken bij het creëren van optimale arbeidsomstandigheden. De werkgever is wel eindverantwoordelijk: van hem wordt verwacht dat hij de eventuele risico's van het werk voor de gezondheid en veiligheid in kaart brengt, verbeteringen aanbrengt en het gevoerde beleid evalueert. Arboprofessionals kunnen de werkgever en de werknemer ondersteunen bij de uitvoering van arbotaken. Bij curatieve taken gericht op behoud en herstel van arbeidsongeschiktheid is dat in ieder geval de bedrijfsarts. Bij

beleidsmatige taken rondom arbeidsomstandigheden kunnen daarnaast ook de arbeids- en organisatiedeskundige, de arbeidshygiënist en de veiligheidkundige worden ingezet.

Wanneer vanwege een chronische aandoening aanpassingen in het werk of in de werkomgeving nodig zijn, zal in eerste instantie de werknemer dit met de werkgever moeten bespreken en zullen zij dit waar mogelijk samen moeten realiseren.

De werkgever moet uiterlijk na 6 weken verzuim van een werknemer een bedrijfsarts inschakelen i.v.m. de wet verbetering poortwachter. De [richtlijn Psychische Problemen](#) van de NVAB noemt een termijn van 2 weken bij psychische klachten.

De bedrijfsarts kan worden ingeschakeld bij zorgen over het werk door werknemers. Dit valt onder het arbeidsomstandigheden spreekuur. De werkgever is nu nog niet verplicht om een arbeidsomstandighedenspreekuur of vrije toegang tot de bedrijfsarts aan te bieden.

De werkgever is nu nog niet verplicht om een arbeidsomstandighedenspreekuur of vrije toegang tot de bedrijfsarts aan te bieden.: Zie Kamerbrief Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg.

[Meer informatie](#)

Het vastleggen van vrije toegang van werknemers tot de bedrijfsarts is inmiddels in de nieuwe arbeidsomstandighedenwet opgenomen die door de Tweede Kamer is aangenomen. De nieuwe wet treedt naar verwachting in 2017 in werking.

De nieuwe wet treedt naar verwachting in 2017 in werking.: Zie arboportaal over de nieuwe arbowet.

[Meer informatie](#)

4.1.1. Situatie nu

Uit onderzoek van Panteia blijkt dat 35% van de werknemers zegt op dit moment al vrije toegang tot de bedrijfsarts te hebben, tegen 60% van de werkgevers die zegt dat dit het geval is. Uit dit onderzoek blijkt ook dat 45% van de werkgevers niet precies weet wat de maatwerkregeling inhoudt.

Uit onderzoek van Panteia blijkt dat 35% van de werknemers zegt op dit moment al vrije toegang tot de bedrijfsarts te hebben, tegen 60% van de werkgevers die zegt dat dit het geval is. Uit dit onderzoek blijkt ook dat 45% van de werkgevers niet precies weet wat de maatwerkregeling inhoudt.:

Een werkgever kan zélf de regie nemen over de arbotaken en verschillende deskundigen of diensten contracteren. Hij kiest dan zelf hoe hij dit intern organiseert. Dan is er sprake van een maatwerkregeling.

45% van de werkgevers weet niet dat het verplicht is om op elke vestiging een preventiemedewerker in dienst te hebben. In 88% van de bedrijven is de bedrijfsarts betrokken bij de begeleiding van werknemers die langdurig verzuimen vanwege ziekte. De wettelijke verplichting tot betrokkenheid van de bedrijfsarts lijkt voldoende bekend, maar werkgevers weten niet precies wanneer ze de bedrijfsarts moeten inschakelen: 30% van de werkgevers weet bijvoorbeeld niet dat hij verplicht is om na maximaal 6 weken verzuim een bedrijfsarts in te schakelen.

Bron: Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia

4.2. Betrokken zorgverleners

Zorgaanbieders die een rol spelen bij de zorg rond werk en psychische klachten zijn bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (POH's-GGZ), behandelaars in de generalistische basis ggz (GB GGZ) en gespecialiseerde ggz (S GGZ), fysiotherapeuten en jeugdartsen. Ook revalidatieartsen, andere medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en paramedici uit de medisch specialistische zorg leveren hierin een bijdrage, net als professionals bij verzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven.

Bron: Zorgmodule Arbeid 1.0 © CBO, Maart 2014.

4.2.1. Arboprofessionals; wie doet wat?

Er kunnen verschillende typen arboprofessionals betrokken worden bij de zorg rondom werk en psychische klachten. Denk aan bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeidsdeskundigen, arboverpleegkundigen, verzekeringsartsen en andere professionals, zoals fysiotherapeuten, jobcoaches en psychologen met een certificaat op het gebied van arbeid en gezondheid.

De bedrijfsarts is opgeleid om de belasting en belastbaarheid van een zieke werknemer in relatie tot diens werk te beoordelen en de werknemer en werkgever hierover als onafhankelijke deskundige te adviseren. De bedrijfsarts draagt onder andere zorg voor de volgende zaken:

1. De sociaal-medische begeleiding van werknemers die door gezondheidsproblemen beperkt zijn in het (volledig) doen van hun werk.
2. Het uitvoeren van het preventief medisch onderzoek, arbeidsomstandigheden onderzoek, beroepsziekte bepaling en aanstellingskeuringen bij specifieke beroepsrisico's. Alleen in heel specifieke beroepen mag een aanstellingskeuring gedaan worden.
3. Het toetsen van de risico-inventarisatie en -evaluatie, en het adviseren daarover.

De bedrijfsarts wordt hierbij ondersteund door [evidence-based richtlijnen en enkele werkwijzers](#).

In de [NVAB-richtlijn Psychische Problemen](#) staat omschreven hoe de bedrijfsarts bij een ziekmelding te werk gaat. Hij vervult in ieder geval een procesbegeleidende rol, waarbij het klachtenpatroon minimaal maandelijks gemonitord wordt. Daarnaast kan de bedrijfsarts een interventierol op zich nemen, gericht op de werkende en/of het werksysteem. Regelmatig verwijst de bedrijfsarts de werknemer voor begeleiding en behandeling door naar een arbeidpsycholoog of bedrijfsmaatschappelijk werkende. Bij stagnatie van herstel is contact en overleg met de huisarts of een behandelend psycholoog of psychiater aangewezen. De bedrijfsarts heeft als arts een beroepsgeheim en is daarop tuchtrechtelijk aansprakelijk. Informatie betreffende de gezondheid kan dus niet met de werkgever gedeeld worden. Wel wordt advies gegeven over de re-integratie, bijvoorbeeld over de opbouw van werktijden en over daarbij wenselijke aanpassingen van de werkomstandigheden.

Een verzekeringsarts geeft een sociaal-medische beoordeling van het functioneren van de werknemer in het kader van de (toegang tot) arbeidsongeschiktheidswetten. Het gaat om mensen die geen arbeidsrelatie hebben, om mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt of om mensen die niet of beperkt kunnen werken vanwege arbeidsongeschiktheid. Net als de bedrijfsarts beoordeelt ook de verzekeringsarts – voor de onder zijn verantwoordelijkheid vallende mensen - de individuele belastbaarheid.

De verzekeringsarts draagt onder andere zorg voor verzuimbegeleiding en claimbeoordeling. De in de publieke sector werkzame verzekeringsarts heeft 4 kerntaken: beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis; beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden ofwel de arbeidsmogelijkheden inclusief advisering over werkaanpassingen; beoordeling van het te verwachten beloop en beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

In 2011 werd in het NIVEL-rapport 'Capaciteitsraming bedrijfsartsen 2012-2022/2028' gesteld dat naast verzuimbegeleiding door bedrijfsartsen het niet ondenkbaar is dat de verzuimbegeleiding in toenemende mate al wordt uitgevoerd door nurse practitioners (NP) of physician assistants (PA).

Bron: Sax M., Ruig L. de (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia.

In het rapport 'Positie arboverpleegkundigen: Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg' worden de mogelijkheden van taakherschikking tussen bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten binnen de arbeidsgerelateerde zorg beschreven. Het gaat hier om zorg voor werkenden die is gericht op behoud, herstel en verbetering van gezondheid en duurzame inzetbaarheid. Binnen deze zorg staan verzuimbegeleiding, preventie en duurzame inzetbaarheid centraal.

Bron: Positie arboverpleegkundigen, Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg P.A.M. Jonker-Jorna, MSc V&VN Arboverpleegkundigen In opdracht van V&VN 2015.

4.2.2. Organisaties gericht op arbeidsgerelateerde zorg

Arboprofessionals zijn vaak werkzaam bij een arbodienst of in dienst van een werkgever, maar ze kunnen ook zelfstandig of via een ander type organisatie werkzaam zijn. Organisaties die specifiek gericht zijn op de arbozorg zijn bijvoorbeeld arbodiensten en re-integratiebedrijven.

Een arbodienst wordt ingehuurd door de werkgever en adviseert. Ze ondersteunt de werkgever bij een goede uitvoering van het verzuim- en arbobeleid.

Re-integratiebedrijven kunnen door verschillende partijen worden gecontracteerd. De bedrijven richten zich op de zorg voor de (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemer, opdat terugkeer naar de eigen werkplek of naar een andere werkplek of werkgever zo snel als mogelijk plaats kan vinden. Ook bestaan er initiatieven waarbij de behandeling integraal en in een multidisciplinaire setting plaatsvindt. Hierbij wordt specifiek aandacht geschonken aan het maatschappelijk functioneren van de patiënt.

Bron: Zorgmodule Arbeid 1.0 © CBO, Maart 2014.

Ook gemeenten kunnen in het kader van de Participatiewet of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een bijdrage leveren aan een optimale arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening.

4.2.3. Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers

We hebben in Nederland te maken met een substantiële groep zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). In 2014 waren er ruim 800.000 mensen als zzp'er werkzaam voor meer dan 12 uur per week. Deze groep is nog altijd groeiende.

Structurele [arbozorg voor zzp'ers](#) bestaat nog niet. De Arbowet geldt voor zzp'ers in beperkte mate. Zij moeten bijvoorbeeld gevaar voor anderen voorkomen en met veilige middelen werken. Voor het onderkennen en beheersen van gezondheidsrisico's in het werk is voor hen meestal geen specifieke Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) verplicht.

Veel bedrijven bieden volgens werkgevers en bedrijfsartsen geen toegang tot arbodiensten aan zzp'ers.

Bron: Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia.

4.3. Randvoorwaarden samenwerking

Om arbeid als medicijn te laten werken is samenwerking en afstemming tussen hulpverleners en arboprofessionals van belang. Randvoorwaarden voor een goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en instanties zijn:

- Bekendheid van contactgegevens en bereikbaarheid van de verschillende betrokken organisaties en professionals.
- Informatie-uitwisseling: betrokken professionals en organisaties maken concrete afspraken over informatie-uitwisseling en hanteren de regels voor instemming van de patiënt. De 'Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' maakt duidelijk wanneer zorgverleners wel of niet informatie kunnen delen met derden en legt uit waarom dit belangrijk is. Ook bevat de Wegwijzer handvatten voor zorgprofessionals om te kunnen beoordelen of doorbreking van hun geheimhoudingsplicht is toegestaan.
- Coördinatie en monitoring: er worden duidelijke afspraken gemaakt over coördinatie, monitoring en de wijze van onderlinge communicatie hierover.
- Verwijsbeleid: behandelaars zorgen ervoor dat zij op de hoogte zijn van de regionale mogelijkheden en maken afspraken over hoe zij elkaar op de hoogte houden. De criteria voor verwijzing en afstemming tussen zorgverleners en arboprofessionals én arboprofessionals onderling worden helder vastgelegd.

4.4. Benodigde competenties en opleiding voor gebruik gespreksleidraad

Aan de inzet van de gespreksleidraad zijn geen voorwaarden verbonden. Voor het beschrijven van de benodigde competenties voor de professionals die de gespreksleidraad willen gebruiken zijn de 7 algemene competenties uit de CanMeds (Canadian Medical Education Directives for Specialists) het uitgangspunt.

De NSPOH ontwikkelt een trainingsaanbod voor professionals om het inzetten van de gespreksleidraad door de professional te ondersteunen en zo het resultaat van deze inzet te optimaliseren.

De professional

- De professional bezit adequate kennis over de impact van werk op psychische klachten en de impact van psychische klachten op werk. Verder heeft de professional inzicht in de invloed van werk op herstel.

Communicatie

- De professional bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op.
- De professional luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante informatie over de relatie tussen psychische klachten en werk, en de relatie tussen werk en herstel.

Samenwerking

- De professional zoekt indien nodig actief contact met andere professionals.
- De professional overlegt doelmatig met collega's en andere betrokkenen.
- De professional verwijst adequaat.

Kennis en wetenschap

- De professional beschouwt informatie kritisch.
- De professional ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.

Maatschappelijk handelen

- De professional bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
- De professional handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.

Organisatie

- De professional werkt effectief en doelmatig.

Professionaliteit

- De professional levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
- De professional vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
- De professional kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen.
- De professional handelt, indien aanwezig, volgens de voor zijn beroepsgroep geldende evidence based richtlijnen over psychische klachten.

4.5. Kwaliteitsbeleid

Er wordt aangesloten bij het algemene kwaliteitsbeleid dat door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt ontwikkeld.

4.6. Financiering

Er zijn in Nederland 4 domeinen die een rol hebben als het gaat om (arbeids)participatie: (1) de werkgever, (2) de werknemersverzekeringen (UWV), (3) de gemeente en (3) het zorgdomein.

4.6.1. Werkgever

De werkgever is op grond van de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) verantwoordelijk voor de re-integratie van werknemers die bij hem in dienst zijn. De werkgever kan, naast de loondoorbetaling, ook in financiële zin aangesproken worden bij specifieke re-integratieactiviteiten en/of tweedelijns arbozorg activiteiten (diagnostiek en begeleiding) bij complexe gevallen (bijvoorbeeld bij de Polikliniek Mens en arbeid of bij klinisch arbeidsgeneeskundige activiteiten), waarbij sommige zorgverzekeraars deze zorg ook vergoeden.

4.6.2. UWV

Op grond van verschillende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, zoals Ziektewet en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong, alleen voor oude gevallen) en de Werkloosheidswet (WW) is het UWV verantwoordelijk voor de re-integratie van mensen met een gedeeltelijke (35-80%) arbeidsongeschiktheidsuitkering en mensen met een werkloosheidsuitkering.

Daarnaast is het UWV verantwoordelijk voor het realiseren van voorzieningen voor werknemers met een arbeidshandicap die in dienst blijven bij hun werkgever. Denk aan aanpassingen op de werkplek, aangepast gereedschap of aangepast vervoer.

4.6.3. Gemeentelijk domein

Met de komst van de Participatiewet (2015) zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de arbeids(re)integratie van iedereen die geen uitkering ontvangt van het UWV, of die een Wajong uitkering krijgen die is toegekend vanaf 2015.

Met de komst van de Participatiewet (2015) zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de arbeids(re)integratie van iedereen die geen uitkering ontvangt van het UWV, of die een Wajong uitkering krijgen die is toegekend vanaf 2015.: Bij eerder toegekende Wajong uitkeringen blijft het UWV

verantwoordelijk voor de re-integratie.

Het gaat met name om bijstandsgerechtigden en om mensen die afhankelijk zijn van beschermt werk (de voormalige sociale werkvoorziening) of van dagbesteding (sociale activering). Het motto daarbij is 'participeren naar vermogen'.

Ook de Jeugdwet (inclusief de jeugd ggz) en de Wet Passend Onderwijs behoren tot het gemeentelijk domein.

4.6.4. Zorgdomein

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz) voor patiënten ouder dan 18 jaar – ambulantly of in een kliniek – behoort tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Patiënten die vanwege een psychische stoornis verblijven in een kliniek, krijgen dit de eerste 3 jaar vergoed vanuit de Zvw; daarna wordt dit verblijf met behandeling betaald uit de Wet langdurige zorg (Wlz), het zogenaamde 'voortgezet GGZ-verblijf'. Daarnaast is de Wlz er voor de zorg en behandeling van mensen die, vanwege een lichamelijke, psychogeriatrische, zintuiglijke of verstandelijke beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. De Zvw en Wlz behoren tot het zorgdomein.

Financiering hangt samen met de wijze waarop taken verdeeld zijn over de verschillende domeinen. In het duidingsverzoek (arbeids)participatie ggz (augustus 2016) concludeert het Zorginstituut Nederland dat het tot goede zorg behoort om rekening te houden met de situatie van de patiënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren. De sociale omstandigheden van een patiënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's, maar ook werk, zullen voor de patiënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen.

De ruimte die zorgverleners binnen de Zvw hebben om (arbeids)participatie te bevorderen, is beperkt tot diagnostiek en behandeling, waarbij de sociale omstandigheden van de patiënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen en indien nodig het coördineren van zorg als deze domeinoverstijgend is (casemanagement).

Het behoort tot goede geneeskundige zorg om rekening te houden met de situatie van de patiënten met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren; aandacht voor arbeidsparticipatie hoort hier ook bij. Ook behoort het tot goede zorg om vanuit de geneeskundige zorg bij te dragen aan het slagen van interventies gericht op participatie, bijvoorbeeld door middel van motiverende en inzichtgevende gesprekken.

In het duidingsverzoek wordt tenslotte beschreven dat het niet tot het werk van de zorgprofessionals behoort om de sociale omstandigheden van de patiënt zelf te (helpen) verbeteren; begeleiding naar woning, werk, sport en relaties behoort tot het participatiedomein.

In het duidingsverzoek wordt tenslotte beschreven dat het niet tot het werk van de zorgprofessionals behoort om de sociale omstandigheden van de patiënt zelf te (helpen) verbeteren; begeleiding naar woning, werk, sport en relaties behoort tot het participatiedomein.: Zie de website van Zorginstituut Nederland: bevorderen van participatie van mensen met psychische problemen.

[Meer informatie](#)

[In haar reactie op de bevindingen en aanbevelingen van het Zorginstituut schrijft minister Schippers op 3 november 2016 dat een integrale benadering een goede zaak is, een patiënt is immers meer dan zijn ziekte.](#) Begeleiding na de behandeling naar werk is vaak ook cruciaal om de resultaten van de behandeling te laten beklijven. Het is echter niet zo dat maar 1 partij zo'n integrale behandeling zou moeten financieren. Zij deelt de constatering van het Zorginstituut in deze: "Het feit dat een bepaalde op participatie gerichte vorm van zorg of dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst zelf onder de Zvw valt."

Zij geeft verder aan dat het goed is te lezen dat de Zvw desondanks wel ruimte biedt om (arbeids)participatie te

bevorderen, zowel binnen de behandeling zelf, als via casemanagement. Zij is ervan overtuigd dat duidelijkheid over deze ruimte een impuls zal geven aan inspanningen van partijen om, met inachtneming van ieders verantwoordelijkheden, te komen tot een goed zorg-, participatie- en ondersteuningsaanbod voor mensen met psychische problemen.

4.6.5. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Relevante documenten en websites

[Routewijzer naar werk](#)

Informatie over de vragen die je als patiënt kunt verwachten van de gemeente of UWV, hoe ontwikkelassessments eruitzien en welke ondersteuning naar werk en werkhervatting mogelijk is.

[Toolbox 'Werk en psychische klachten'](#)

Praktische tools zoals vragenlijsten, checklisten en voorbeelden zowel voor cliënten als voor behandelaren.

[Psychisch & Werk](#)

Psychisch & Werk helpt professionals in het herkennen, voorkomen en behandelen van psychische klachten in het werk

[Mensen Met Mogelijkheden](#)

In het project "Mensen Met Mogelijkheden" leest u hoe professionals het verkrijgen van werk voor mensen met een psychische beperking kunnen bevorderen met inzet van werkgevers en ervaringsdeskundigen.

[Samen Sterk zonder Stigma](#)

Samen Sterk zonder Stigma werkt aan een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen.

[Sterk naar werk](#)

Empowering van de (zieke) werknemer. Neem zelf de regie. Lees hier hoe.

[Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen](#)

De Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen is ontwikkeld als hulpmiddel, en geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen die graag mee willen doen in het arbeidsproces.

[IPS](#)

IPS is een methodiek die ggz-instellingen inzetten voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die graag willen werken. Zij worden met de IPS-methodiek bemiddeld naar en ondersteund bij het behoud van betaald werk.

[Formulier informatie uitwisseling](#)

Gebruik dit formulier als u als patiënt vindt dat uw behandelaars onvoldoende met elkaar overleggen of als uw ene behandelaar informatie nodig heeft van de andere.

[Verzwijgen of vertellen?](#)

Hulp voor patiënten bij de keuze om werkgevers over een psychische aandoening te informeren.

[Rijksoverheid: re-integratie](#)

Re-integratie als u een uitkering ontvangt.

[Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid: Arboportaal](#)

Informatie over gezond en veilig werken. Arbowetgeving, nuttige instrumenten, tips, nieuws en links naar relevante bronnen.

[FNV](#)

Informatie over ziekte en re-integratie.

[CNV](#)

Informatie over rechten en plichten.

6.2. Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'

6.2.1. Het gesprek over werk

Heeft u te maken met psychische problemen en wilt u werken? Met plezier aan het werk blijven of weer aan de slag gaan? Terugkeren in uw eigen baan of in ander werk, dat beter bij u past?

Werken kan bijdragen aan uw herstel. Werk kan u helpen om meer grip te krijgen op uw leven. Maar werk kan uw herstel ook in de weg staan. Of zelfs een oorzaak zijn van uw klachten. Daarom is het belangrijk dat u met uw hulpverleners en met anderen praat over wat werk voor u betekent. Welk werk past bij u? Wat doet u graag? Wat zijn uw mogelijkheden? In welke situatie kunt u optimaal functioneren? Wat en wie helpt u hierbij? Deze leidraad helpt u bij het vinden van antwoorden op deze vragen.

Iedereen is anders. Ook als het om werk gaat. Waar u mee geholpen bent, kan voor een ander juist helemaal verkeerd uitpakken. Daarom zijn in deze leidraad negen thema's rond werk in beeld gebracht. Deze thema's helpen u om te bepalen wat voor u op dit moment belangrijk is. Elk thema bestaat uit drie onderdelen: een aantal vragen waarmee u uw situatie in kaart kunt brengen, een korte toelichting en verwijzingen naar meer informatie.

6.2.2. Stappen

Stap 1 - Voorbereiding

Een gesprek met uw hulpverlener is vaak kort. Maak daarom vooraf uw keuze. Waar wilt u het over hebben? Wat moet absoluut aan de orde komen? Gebruik de thema's in deze leidraad om te bepalen welke onderwerpen u belangrijk vindt en verzamel alvast de nodige informatie over die onderwerpen. Zo houdt u zelf de touwtjes in handen.

Stap 2 - In gesprek gaan

Vertel uw hulpverlener aan het begin van het gesprek welke onderwerpen voor u belangrijk zijn. Hebt u vragen over die onderwerpen, stel ze dan aan uw hulpverlener.

Stap 3 - De volgende stappen

Praten is mooi. Maar er moet ook iets gebeuren. Wat hebt u nodig om verder te komen? Bepaal samen met uw hulpverlener wat op dit moment goede volgende stappen voor u zijn. Stappen die u zelf of samen met anderen kunt zetten.

Stap 4 - Afronden

Maak afspraken met uw hulpverlener over die vervolgstappen.

Wie gaat wat doen? Wie gaat u wanneer inschakelen? Schrijf die afspraken op. Maak tenslotte een afspraak voor een vervolgesprek. In dat gesprek kijkt u hoe het gegaan is en bepaalt u samen hoe u verder gaat.

Thema's



6.2.3. Mijn verhaal

a) Algemene vragen

- Wat is uw situatie? (maak een keuze)

a) Ik ben op dit moment aan het werk.

b) Ik heb wel een baan, maar ik kan op dit moment niet werken.

c) Ik heb geen werk.

d) Ik heb een uitkering

- Welke klachten ervaart u op dit moment?
- Waar zou u aan merken dat het beter met u gaat?

b) Vragen voor als u op dit moment aan het werk bent

- Wat voor werk doet u?
- Heeft uw werk invloed op uw klachten? Is die invloed positief, negatief of beide?
- Wat kunt u op dit moment niet doen? Wat wel?
- Hoe is uw relatie met uw werkgever?
- Hoe is uw relatie met uw collega's?
- Zijn er conflicten op uw werk?
- Kunt u open zijn over uw psychische klachten op uw werk?

c) Vragen voor als u wel een baan hebt, maar op dit moment niet kunt werken

- Wat kunt u op dit moment wel doen?
- Kan werken bijdragen aan uw herstel of juist niet?
- Hoe lang denkt u dat u niet kunt werken?
- Wat hebt u nodig om weer te kunnen werken?

d) Vragen voor als u op dit moment geen werk hebt

- Hoe lang hebt u geen werk?
- Welke gevolgen heeft niet werken voor u?
- Heeft u vroeger wel gewerkt?
- Wat zou u op dit moment kunnen doen?

6.2.4. Arbeid als medicijn

- Wat is de invloed van werk op uw gezondheid?

(0 = heel negatief, 10 = heel positief)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Kan werk bijdragen aan uw herstel?

(0 = helemaal niet, 10 = heel sterk)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Worden uw problemen veroorzaakt door uw omgeving?

(0 = helemaal niet, 10 = volledig)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Wat zou u doen als u geld genoeg had om nooit meer te hoeven werken?

6.2.5. Wat doe ik?

a) Algemene vragen

- Wat zijn op dit moment uw dagelijkse activiteiten?
- Hoe zorgt u voor uzelf?

(0 = heel slecht, 10 = heel goed)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Bent u tevreden over wat u doet?

(0 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Wat moet er veranderen om 1 punt hoger te scoren op de vorige vraag?
- Wat doet u dan wel, wat u nu niet doet?
- Wat zou u helpen om dat te gaan doen?
- Over welke dingen die u doet bent u zo tevreden dat u ze graag wilt blijven doen?

b) Vragen voor als u wel een baan hebt, maar op dit moment niet kunt werken

- Houdt u op dit moment contact met uw werk? Zo ja, hoe?
- Zou u op dit moment iets kunnen doen op uw werk? Zo ja, wat?

Toelichting

Hebt u werk, houd dan zo mogelijk zelf contact met uw werkgever. In de praktijk blijkt dat contact heel belangrijk te zijn voor uw terugkeer op uw werkplek.

Uw hulpverleners mogen alleen gegevens over u aan uw werkgever verstrekken als u daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft. Vraag voordat u die toestemming geeft wat het doel ervan is en om welke gegevens het gaat.

Meer weten

De toolbox 'Werk en psychische klachten' biedt praktische instrumenten zoals vragenlijsten, checklisten en voorbeelden:

- psynip.nl
- Psychisch & Werk helpt professionals in het herkennen, voorkomen en behandelen van psychische klachten in het werk: psychischenwerk.nl

6.2.6. Wat wil ik?

a) Algemene vragen

- Welke werk past het best bij u?
- Wat is voor u belangrijk in het werk?
- Wat verwacht u van uzelf als het om werk gaat? Is dat haalbaar?

b) Vragen voor als u op dit moment aan het werk bent

- Bent u trots op het bedrijf of de organisatie waar u voor werkt?
- Voelt u zich thuis in het team waarin u werkt?
- Bent u blij met het werk dat u doet?
- Wanneer heeft u plezier in uw werk?
- Waar krijgt u energie van in uw werk?
- Bent u tevreden over wat uw werk u biedt?

(0 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Wat moet er veranderen om 1 punt hoger te scoren op de vorige vraag?

- Hoe zou u zich dan voelen?

c) Vragen voor als u op dit moment niet aan het werk bent

- Wat voor werk zou u willen doen?

Toelichting

Om verder te ontdekken wat u in uw werk wilt, kunt u gebruik maken van het rijtje van de 'vier A's': arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden.

- **Arbeidsinhoud:** het soort werk dat u wilt doen en de mogelijkheden die u het werk u biedt om ervan te leren, hoeveel vrijheid u krijgt in uw werk.
- **Arbeidsomstandigheden:** de omgeving waarin u wilt werken, de lichamelijke inspanning die u wilt leveren, bij hoeveel werkdruk u zich prettig voelt, of u op het werk voldoende beschermd bent.
- **Arbeidsverhoudingen:** bij welke sociale verhoudingen u zich prettig voelt, de ruimte die u verwacht om mee te denken en mee te beslissen over hoe het werk wordt aangepakt.
- **Arbeidsvoorwaarden:** de afspraken die u wilt maken rondom loon, arbeidstijden, de contractvorm en de mogelijkheden voor opleiding of promotie.

Meer informatie

Een ontwikkelassessment kun je inzetten om informatie te verzamelen over jouw functioneren in een werkomgeving. Het brengt in kaart wat je sterke punten en ontwikkelpunten zijn.

Op het Landelijk Platform GGZ vind je hierover meer informatie: [Routewijzernaarwerk.nl](https://www.routewijzernaarwerk.nl)

6.2.7. Wat helpt mij?

a) Algemene vragen

- Wat heeft u tot nu toe het meeste geholpen?
- Hoe is het u in het verleden gelukt om problemen op te lossen?
- Kunt u uw psychische problemen bespreken met anderen?
- Is uw huisarts op de hoogte van uw werksituatie?
- Hoe is de communicatie tussen u en uw hulpverleners?

b) Vragen voor als u op dit moment aan het werk bent

- Hoe verloopt het contact met uw collega's?
- Weet u wat u op het werk wilt bespreken over uw psychische problemen en lukt dat ook?
- Wat vertelt u wel en wat vertelt u niet aan uw collega's over uw persoonlijke situatie?
- Welke steun zou u wel van uw collega's kunnen verwachten en welke niet?
- Wat is je positie in uw team en past die bij u?

c) Vragen voor als u op dit moment niet aan het werk bent

- Neemt u deel aan een re-integratietraject?
- Zo ja, om welke instantie of begeleider gaat het?
- Wat is de inhoud van de begeleiding of van het traject?
- Zijn er praktische belemmeringen, waardoor het lastig voor u is om weer aan het werk te gaan, zoals de reisafstand of de inrichting van uw werkplek?

Toelichting

Bewust stilstaan bij wat u op dit moment nodig hebt, kan u helpen om nieuwe manieren te vinden om met de huidige situatie om te gaan. Nadenken over eerdere oplossingen kan u inspireren of hoop geven om iets anders of iets nieuws te proberen.

Meer weten

- Lees meer over duurzame inzetbaarheid: duurzameinzetbaarheid.nl
- Samen Sterk zonder Stigma werkt aan een werkvloer waar je je psychische kwetsbaarheid bespreekbaar kunt maken en gezamenlijk naar oplossingen kunt zoeken: samensterkzonderstigma.nl
- Hulp bij de keuze om werkgevers over een psychische aandoening te informeren: kenniscentrumphrenos.nl
- Gebruik dit formulier als u vindt dat uw hulpverleners onvoldoende met elkaar overleggen of als uw ene hulpverlener informatie nodig heeft van de andere: sterknaarwerk.nl

6.2.8. Wie helpt mij?

Algemene vragen

- Wie zijn er op dit moment betrokken bij uw (dreigende) werkproblemen?
- Krijgt u begeleiding van een bedrijfsarts of een jobcoach?
- Is er ondersteuning van een bedrijfsarts of andere arboprofessionals nodig?
- Zijn er anderen die betrokken moeten worden?
- Welke afspraken zijn er gemaakt?
- Wat kan uw hulpverlener op dit moment voor u betekenen?
- Wat verwacht u van anderen? Wat verwachten zij van u? Is dat haalbaar?

Toelichting

Valt u uit terwijl u aan het werk bent, dan geldt de Wet verbetering poortwachter. Die wet houdt in dat uw werkgever de eerste twee jaar tenminste 70% van uw laatstverdiende loon moet doorbetalen. Uw werkgever moet zich in die tijd bovendien inspannen om passend werk voor u te vinden, zodat u weer aan het werk kunt. Dat gebeurt in samenspraak met een bedrijfsarts of Arbodienst. Van u wordt verwacht dat u daar zoveel mogelijk aan meewerkt.

Blijft u ondanks deze inspanningen arbeidsongeschikt, dan kunt u na twee jaar ontslagen worden en komt u mogelijk in aanmerking voor een uitkering van het UWV. Hebt u een uitkering van het UWV (werkloosheid of arbeidsongeschiktheid), dan is die instantie verantwoordelijk voor uw re-integratie. Hebt u een uitkering van de gemeente (bijstand) of krijgt u helemaal geen uitkering, dan ligt die verantwoordelijkheid bij de gemeente.

Meer weten

- Op de 'Routewijzer naar werk' van het Landelijk Platform GGZ vindt u informatie over welke vragen u kunt verwachten van uw gemeente of het UWV, en welke ondersteuning u kunt krijgen om weer aan het werk te gaan: routewijzernaarwerk.nl
- De Rijksoverheid geeft een overzicht welke instantie – afhankelijk van uw situatie - verantwoordelijk is voor uw re-integratie: rijksoverheid.nl
- Lees meer over de verantwoordelijkheid van u en uw werkgever tijdens de eerste twee jaar van uw uitval: uwv.nl
- Lees meer over de verantwoordelijkheid van het UWV bij re-integratie vanuit een arbeidsongeschiktheidsuitkering: uwv.nl
- Lees meer over de verantwoordelijkheid van de gemeente bij re-integratie: rijksoverheid.nl

6.2.9. Rechten en plichten

Algemene vragen

- Weet u wat uw rechten en plichten zijn als het gaat om uw werksituatie?
- Welke vragen hebt u hierover?
- Weet u hoe u de antwoorden op dit vragen kunt vinden of aan wie u die vragen kunt stellen voor een goed antwoord?

Toelichting

Nederland kent een uitgebreid stelsel van sociale zekerheid. Dat stelsel bevat ook uitgebreide regelingen over aan het werk blijven of aan het werk gaan met een psychische kwetsbaarheid. Daarbij hebt u telkens rechten én plichten. Het is vaak niet eenvoudig om al die regels en verantwoordelijkheden goed uit elkaar te houden. Veel informatie over rechten en plichten is te vinden op de websites van belangenorganisaties.

Meer weten

- Het Arboportaal geeft informatie over gezond en veilig werken, Arbowetgeving, nuttige instrumenten, tips, nieuws en links naar relevante bronnen: arboportaal.nl
- Lees meer over de dienstverlening door het Juridisch Loket: juridischloket.nl

6.2.10. En verder?

Algemene vragen

- Is er een ander thema belangrijk voor u als het gaat om werk? Een thema dat tot nu toe nog niet aan bod is gekomen?
- Zo ja, om welk thema gaat het?
- Heeft dat thema invloed op uw werk en uw psychische klachten en op uw mogelijkheden om weer aan het werk te gaan? Geef aan in hoeverre dit thema hierop van invloed is

(0 = geen invloed, 10 = grote invloed):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6.2.11. Werk en gezondheid

Psychische problemen komen veel voor. Sommige psychische aandoeningen geven problemen op het werk. Maar het kan ook andersom: dat u juist met een psychische aandoening te maken krijgt, doordat er problemen zijn op het werk.

Tijdelijk even niet werken kan helpen om uw problemen aan te pakken. Maar permanent zonder werk zitten is voor vrijwel niemand goed. Teveel thuis zitten leidt vaak tot gezondheidsklachten. Hieronder iets meer uitleg over de relatie tussen werk en gezondheid.

Verbetering van uw financiële situatie

Werken loont. Een betere financiële situatie zorgt niet alleen voor minder spanning en onzekerheid, u hebt ook meer geld beschikbaar om uw gezondheid op peil te houden.

De eisen die het werk aan u stelt

Hoe beter het werk bij u past, hoe beter het is voor uw gezondheid. Het gaat hier vooral om afstemming. Past het werk bij u? Geeft het voldoende uitdaging? Moet u voortdurend stevig aanpoten of hebt u juist veel te weinig te doen? Is het werk te ingewikkeld voor u of juist te gemakkelijk?

Ook is controle over het werk van belang. Hoe meer u zelf kunt bepalen hoe u uw werk uitvoert, in welk tempo en in welke volgorde, hoe meer het werk bijdraagt aan uw welbevinden. Werk kost niet alleen energie, het kan u ook energie geven. Bijvoorbeeld doordat u betrokken wordt bij besluiten, duidelijke taken krijgt, steun ontvangt van collega's, gecoacht wordt door uw leidinggevende of doordat u mogelijkheden krijgt om u in uw werk verder te ontwikkelen.

Stress

Negatieve situaties thuis of op het werk kunnen spanningen geven, maar ook positieve gebeurtenissen zoals een bruiloft, een geboorte of promotie op het werk kunnen stressvol zijn. Alle mensen reageren op spanningen. Of u last hebt of juist energie krijgt van stress heeft niet alleen te maken met de soort spanningen waar u mee te maken hebt en hoe ernstig die spanningen zijn. Het hangt ook af van uw manier van omgaan met spanningen. En van de steun die u krijgt uit uw omgeving.

Betrokkenheid

Bent u enthousiast over uw werk? Voelt u zich betrokken bij de organisatie en de mensen met wie u werkt? Dan is de kans groot dat uw werk een positieve invloed heeft op uw gezondheid en welbevinden.

Uw manier van denken

Bent u iemand die geneigd is om te denken dat het vooral uw eigen verdienste is als iets u goed lukt? En als het mislukt, wijt u dat dan aan uw eigen falen? Of bent u juist iemand die het gevoel heeft dat de dingen u overkomen? Dat u uw successen vooral aan geluk te danken hebt en als het even tegenzit is dat gewoon een kwestie van pech? Is voorspoed of tegenslag voor u permanent ('ik heb altijd werk', 'ik kan ook nooit iets') of juist iets dat steeds verandert ('soms zit het mee, soms zit het tegen')?

Uw manier van denken maakt erg uit voor uw gevoel rond werk en werkloosheid.

- Wijt u alles aan uzelf, dan is werkloosheid of arbeidsongeschiktheid voor u vermoedelijk een zware dobber. U kunt zich dan – ten onrechte – een mislukking voelen.
- Voelt u zich vooral afhankelijk van geluk of pech, dan zal werkloosheid of arbeidsongeschiktheid u misschien wat minder raken. Maar het kan in dat geval lastig zijn om u in te zetten om weer aan het werk te gaan.

De meeste mensen zitten er tussenin. Ze hebben soms het gevoel dat ze controle hebben over de situatie en soms dat dingen hen vooral overkomen.

Ten slotte...

Werk geeft structuur aan uw dagen. Werk zorgt voor contact met andere mensen, collega's, klanten en anderen. Werk kan bijdragen aan uw sociale status. Werk bepaalt mee wie u bent. Werk geeft u de kans om een positieve bijdrage te leveren aan de samenleving. Al deze factoren dragen bij aan uw gezondheid en uw welbevinden.

6.3. Budget impactanalyse

6.3.1. Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de generieke module 'Arbeid als medicijn' werd een budget impactanalyse uitgevoerd waarin de impact werd onderzocht van het toepassen van de gespreksleidraad in de huisartssetting en in de generalistische basis GGZ.

Omdat er nog geen gegevens bestaan over de effectiviteit van de gespreksleidraad was de insteek om een zogenaamde break-even effectiviteit in kaart te brengen, waarbij werd onderzocht hoe effectief de gespreksleidraad minimaal zou moeten zijn om te renderen. Bij zo'n aanpak is het gebruikelijk om conservatieve aannamen te maken rondom alle onbekende parameters (bereik, uitvoeringskosten, etc.), zodat onzekerheid in het nadeel van de gespreksleidraad uitvalt en er gegeven deze onzekerheid meer vertrouwen kan zijn dat de gevonden break-even effectiviteit daadwerkelijk leidt tot ten minste gelijke kosten en baten en waarschijnlijk hogere (maatschappelijke) baten dan kosten. Vervolgens wordt in gevoeligheidsanalyses gekeken hoe de break-even effectiviteit verandert wanneer andere aannamen worden gemaakt.

Wanneer 3.500 POH's-GGZ en 1.000 professionals in de generalistische basis GGZ worden getraind in het

toepassen van de gespreksleidraad, en wanneer zij de gespreksleidraad over een periode van vijf jaar aan respectievelijk 10%, 20%, 30%, 40% en 50% van de doelgroep aanbieden, dan gaat dit gepaard met \pm € 5,7 miljoen aan kosten. Een vergelijkbare waarde aan productiviteitswinst wordt behaald wanneer het toepassen van de gespreksleidraad een additionele 2,0% – 2,7% vermindering bewerkstelligt in het productiviteitsverlies, waarbij alleen werd gekeken naar mensen met angst, depressie of burn-out.

Wanneer de additionele afname in productiviteitsverlies echter 5% of 10% bedraagt, dan bedragen de maatschappelijke baten per saldo naar verwachting respectievelijk € 7,0 miljoen of € 19,7 miljoen.

6.3.2. Kosten en baten van de gespreksleidraad

Opbouw

Om te komen tot een inschatting van de kosten en baten van de gespreksleidraad, werden de volgende componenten in kaart gebracht:

- de doelgroep
- de kosten van het aanbieden van de gespreksleidraad
- de baten als gevolg van de gespreksleidraad

Op basis van deze drie componenten werd de benodigde break-even effectiviteit bepaald.

De doelgroep

De gespreksleidraad kan worden toegepast in de huisartssetting door de POH-GGZ en in de generalistische basis GGZ. In een impactanalyse is het gebruikelijk om de groepsgrootte te bepalen aan de hand van de incidentiecijfers. Incidentiecijfers laten namelijk zien hoe veel nieuwe mensen er elk jaar geholpen zouden kunnen worden met de gespreksleidraad. Omdat mensen alleen via de huisartssetting kunnen doorstromen naar de generalistische basis GGZ, werd gekozen om de grootte van de doelgroep te baseren op de incidentiecijfers van werkende personen in de huisartssetting. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij beschikbare gegevens rondom productiviteitsverlies werd de doelgroep binnen deze impact analyse afgebakend tot personen met de diagnoses depressie, angst of burn-out.

De jaarlijkse incidentie van deze groep in de huisartssetting kan geschat worden op \pm 150.000 personen tussen de 15 en 65 jaar. Hiervan vallen naar schatting 109.000 personen onder de werkzame beroepsbevolking.

De potentiële doelgroep die bereikt kan worden met de gespreksleidraad is daarmee 109.000 personen per jaar. Dit is de groep waar zowel kosten kunnen plaatsvinden van het aanbieden van de gespreksleidraad alsook baten in de vorm van een verminderd productiviteitsverlies.

Kosten van het aanbieden van de gespreksleidraad

De gespreksleidraad brengt verschillende kostenposten met zich mee:

- De ontwikkelkosten bestaan uit het ontwikkelen en onderhouden van een app. Deze kosten worden ingeschat op een totaal van € 100.000.
- De personeelskosten die gemoeid zijn met de implementatie bedragen naar schatting € 290.000.
- De overige kosten in het kader van implementatie worden geschat op € 65.000.
- De trainingskosten zijn opgebouwd uit materiaalkosten (€ 70 per deelnemer) en de tijd die gemoeid is met het volgen van de training (2 uur a \pm € 68 per uur), wat leidt tot een totaal van \pm € 206 per getrainde professional.
- De aanbiedingskosten bestaan uit de kosten van de consulten en een waardering van de tijd die de patiënt besteedt in het kader van de gespreksleidraad. Uitgaande van een additionele tijdbesteding van 10 minuten door een POH-GGZ of psycholoog, kunnen de kosten in het kader van de consulten worden geschat op

€ 11,36 per patiënt. De tijdskosten van de patiënt (uitgaande van een tijdsbesteding van twee uur zelfstudie, tien minuten additionele consulttijd en 15 minuten reistijd, allen niet in werktijd) kunnen daarnaast worden geschat op € 33,83 per patiënt.

Om een kostenschatting per patiënt te bepalen, zijn gegevens benodigd over het aantal professionals dat getraind wordt en het gemiddelde aantal patiënten waarbij elke professional de gespreksleidraad toepast.

Er zijn geen harde cijfers omtrent het aantal POH's-GGZ in Nederland, dus dit aantal moet ingeschat worden om de totale trainingskosten te kunnen bepalen. In eerste instantie wordt uitgegaan van een totaal van 3.500 POH's-GGZ in Nederland, wat later in de sensitiviteitsanalyses nog gevarieerd zal worden tussen 1.500 en 4.500.

Wanneer we veronderstellen dat de helft van de doelgroep in de huisartssetting behandeld wordt, dan beperkt dit de doelgroep tot $109.000 / 2 = 54.500$ personen waarop de gespreksleidraad in potentie zou kunnen worden toegepast. We beschouwen vervolgens het scenario waarin alle POH's-GGZ wordt getraind. Dit betekent dat elke getrainde POH-GGZ in potentie bij $54.500 / 3.500 = 16$ patiënten per jaar de gespreksleidraad kan toepassen. Als laatste veronderstellen we conservatief dat de POH's-GGZ over een periode van vijf jaar respectievelijk 10%, 20%, 30%, 40% en 50% van dit potentieel behaalt, enerzijds onder de veronderstelling dat er tijd nodig is voor de implementatie van de gespreksleidraad, anderzijds onder de veronderstelling dat de gespreksleidraad niet bij iedereen wordt toegepast, bijvoorbeeld omdat er specifieke problematiek speelt die de POH-GGZ eerst wil behandelen.

Er zijn nog geen landelijke cijfers bekend over de generalistische basis GGZ (GBGGZ), maar op basis van expert opinie werd ingeschat dat een zorgprofessional gemiddeld 30 patiënten per jaar behandelt. We veronderstellen dat 2/3 van de patiënten voor een angst- of depressieve stoornis wordt geholpen, wat neerkomt op 20 patiënten per jaar per therapeut in de GBGGZ. Conservatief wordt verondersteld dat ongeveer 10 patiënten per jaar per therapeut in de GBGGZ niet alleen voor angst of depressie worden behandeld, maar ook onderdeel zijn van de werkzame bevolking. Door uit te gaan van 1.000 getrainde therapeuten, en wederom een implementatie van 10%, 20%, 30%, 40% en 50% in de jaren 1 tot en met 5, kan ook een inschatting worden gemaakt van het bereik in de GBGGZ.

Op basis van deze aannamen kunnen de kosten per patiënt bepaald worden:

- Wanneer we veronderstellen dat de app na ontwikkeling en onderhoud vijf jaar gebruikt kan worden, dan brengt dit kosten met zich mee van $(€ 100.000 + € 290.000 + € 65.000) / \pm 96.000$ bereikte patiënten = € 4,73 per patiënt.
- Onder de veronderstelling dat de getrainde professionals vijf jaar gebruik maken van de gespreksleidraad voordat een opfrustraining benodigd is, worden de trainingskosten van €206 verdeeld over de patiënten die de professionals over een periode van vijf jaar ondersteunen met de gespreksleidraad. Dit betekent dat de trainingskosten gelijk zijn aan $€206 * (3.500 + 1.000) / \pm 96.000 = €9,65$ per patiënt.
- De uitvoeringskosten van de gespreksleidraad waren al ingeschat op patiëntniveau en bedragen € 11,36 + € 33,83 = € 45,19 per patiënt.

Dit betekent dat de totale kosten van de gespreksleidraad kunnen worden ingeschat op

$€ 4,73 + € 9,65 + € 45,19 = € 59,57$ per patiënt. Dit zijn de kosten waartegen de baten in de vorm van een toename in productiviteit moeten opwegen.

Baten van het aanbieden van de gespreksleidraad

De gespreksleidraad beoogt een verbetering in productiviteit te bewerkstelligen, ofwel door te voorkomen dat patiënten uitvallen, ofwel door een snellere terugkeer te bewerkstelligen. De baten hiervan worden bepaald door de waarde van arbeid, welke volgens de kostenhandleiding gelijk is aan gemiddeld € 37,90 per uur voor mannen en € 31,60 per uur voor vrouwen, ofwel gemiddeld $\pm € 34$ per uur voor werkende personen met een angst, depressie of burn-out.

De potentie van deze baten wordt bepaald door het additionele verzuim van mensen met angst, depressie of burn-out. Op basis van NEMESIS werd geschat dat mensen met een depressieve stoornis gemiddeld 22,8 dagen additioneel verzuimen, en dat mensen met enigerlei angststoornis gemiddeld 10 dagen additioneel verzuimen. Dit verzuim werd niet geschat voor mensen met burn-out, maar wanneer we veronderstellen dat dit vergelijkbaar is aan het additionele verzuim van mensen met een depressie, dan is het gewogen gemiddelde additionele verzuim van de doelgroep gelijk aan ruim 19 dagen per persoon, ofwel 155 uur. Hier is dan buiten

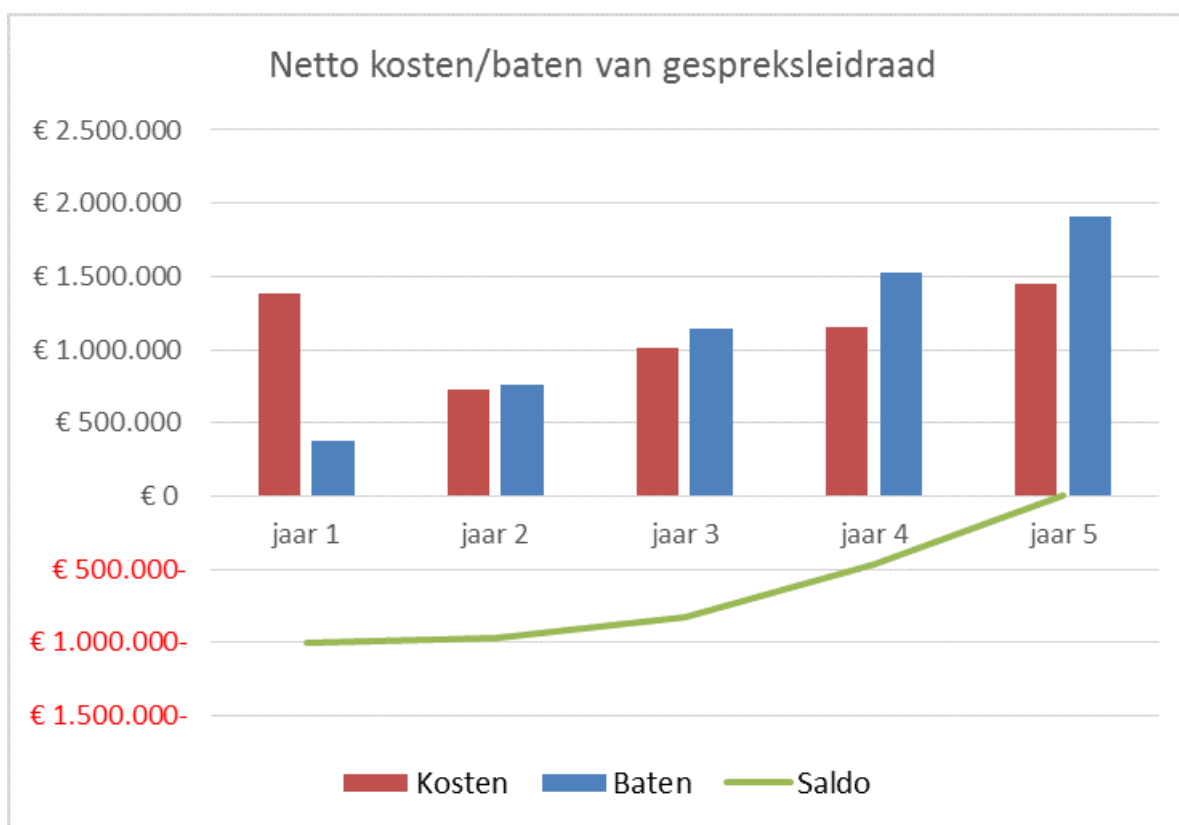
beschouwing gelaten dat er naast direct verzuim ook nog sprake kan zijn van presenteïsme, namelijk het verminderd productief zijn als gevolg van psychische klachten terwijl men wel aanwezig is op het werk.

Wanneer wordt aangenomen dat de helft van het verzuim reeds is geschied wanneer de patiënt start met de gespreksleidraad, bestaan de potentiële baten uit $155 / 2 = 77$ productieve uren. Van dit aantal uren kan worden bepaald welk deel voorkómen moet worden, zodat de baten van de gespreksleidraad opwegen tegen de kosten van het aanbieden ervan.

Break-even effectiviteit

Onder de gemaakte aannamen kost het aanbieden van de gespreksleidraad $\pm\text{€}60$ per patiënt. Om dit terug te verdienen moet het productiviteitsverlies als gevolg van de psychische klachten afnemen met $60 / 34 = 1,75$ uur per patiënt. Van de naar verwachting 77 uur productiviteitsverlies is dit gelijk aan $1,75 / 77 * 100\% = 2,26\%$. Dit betekent dat wanneer de gespreksleidraad slechts leidt tot een additionele vermindering in het resterende productiviteitsverlies van 2,26%, dat de baten dan opwegen tegen de kosten over de beschouwde periode van vijf jaar. Een hogere procentuele reductie van productiviteitsverlies leidt naar verwachting tot baten als gevolg van de gespreksleidraad vanuit een maatschappelijk perspectief.

Rekening houdend met het feit dat de investeringskosten (ontwikkeling en training) met name in het begin worden gemaakt, zien de kosten en baten er over een periode van vijf jaar als volgt uit:



6.3.3. Sensitiviteitsanalyse

Hoe de gespreksleidraad precies uitpakt in termen van bereik, effectiviteit, etc. is nog onzeker. Daarom werden aannamen gemaakt waar nodig, om toch iets te kunnen zeggen over de kosten en hoe deze zich mogelijk verhouden tot de baten van de gespreksleidraad. Wanneer andere aannamen worden gemaakt, zal de benodigde effectiviteit anders zijn dan de additionele 2,26% in het referentiescenario. In een reeks sensitiviteitsanalyses werd in kaart gebracht hoe de benodigde effectiviteit verandert wanneer andere aannamen worden gemaakt:

- Wanneer er 1.500 POH's-GGZ zijn in Nederland, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,09%
- Wanneer er 4.500 POH's-GGZ zijn in Nederland, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,34%
- Wanneer 25% van de doelgroep behandeld wordt in de huisartssetting en dus niet in de generalistische basis ggz, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,66%
- Wanneer 75% van de doelgroep behandeld wordt in de huisartssetting en dus niet in de generalistische basis ggz, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,09%
- Wanneer 25% van alle POH's-GGZ worden getraind, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,62%
- Wanneer 75% van alle POH's-GGZ worden getraind, dan is de additionele benodigde break-even effectiviteit gelijk aan 2,31%

De range van de additionele break-even effectiviteit onder deze sensitiviteitsanalyses is gelijk aan 2,09% - 2,66%, wat aangeeft dat deze uitkomst redelijk stabiel is onder de aannamen die gemaakt zijn.

Wanneer daarentegen verondersteld zou worden dat de effectiviteit 5% zou zijn, dus dat 5% van het resterende productiviteitsverlies wordt voorkomen, dan is de verwachting dat dit over een periode van vijf jaar per saldo tot maatschappelijke baten leidt van € 7,0 miljoen, waarbij elke geïnvesteerde euro een rendement oplevert van € 2,27 aan productiviteitswinst.

Wanneer verondersteld zou worden dat de effectiviteit 10% zou zijn, dan is de verwachting dat dit over een periode van vijf jaar per saldo tot maatschappelijke baten leidt van € 19,7 miljoen, waarbij elke geïnvesteerde euro een rendement oplevert van € 7,44 aan productiviteitswinst.

6.3.4. Conclusie en discussie

Ondanks dat er nog weinig bekend is over hoe het aanbieden van de gespreksleidraad zal uitpakken in termen van kosten en baten, lijkt de impact analyse uit te wijzen dat er slechts een zeer geringe additionele effectiviteit nodig is om de kosten te compenseren (2,09% - 2,66%). Bij een effectiviteit van 5% of 10% leidt het aanbieden van de gespreksleidraad naar verwachting tot maatschappelijke baten van respectievelijk € 7,0 miljoen of € 19,7 miljoen.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de kosten en baten niet bij dezelfde partij terecht komen, wat implementatie mogelijk kan bemoeilijken. De kosten zullen worden gemaakt in de zorgsector, terwijl de baten in de vorm van een toename in productiviteit met name bij de werkgever terechtkomen.

In de huidige doorrekening werd aan de batenkant alleen een vermindering in direct verzuim (absenteïsme) beschouwd. Een vermindering in presenteïsme, het nog wel op het werk maar verminderd productief zijn, werd daarbij buiten beschouwing gelaten. Het includeren van presenteïsme zal de doorrekening naar verwachting positiever maken. Naast deze vormen van productiviteit kan ook verwacht worden dat de gespreksleidraad andere positieve effecten heeft die niet kunnen worden gekwantificeerd, zoals een positief effect op het gezin wanneer een patiënt zich beter geholpen voelt.

De gespreksleidraad is breed inzetbaar, terwijl in de huidige doorrekening alleen werd gekeken naar mensen met angst, depressie of burn-out. Het includeren van andere groepen heeft een tweeledig effect op de doorrekening. Enerzijds worden de potentiële baten groter doordat na het trainen van een bepaald aantal zorgprofessionals een grotere doelgroep kan worden bereikt, anderzijds is het nog onduidelijk hoeveel additioneel verzuim gepaard gaat met deze andere doelgroepen.

De laatste beperking is dat de doorrekening geen rekening houdt met discontering, waardoor de kosten en baten in de toekomst iets meer gewicht krijgen dan wanneer wel rekening zou zijn gehouden met discontering. Dit heeft naar verwachting een gering effect op de uitkomsten.

De doorrekening beperkte zich tot een hypothetische uitrol bij de POH-GGZ en in de GBGGZ. Hiermee werd de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) buiten beschouwing gelaten, ondanks het feit dat de leidraad ook ingezet kan

worden bij patiënten in de SGGZ. Doordat problematiek in de SGGZ doorgaans complexer is en herstel meer tijd vergt kan enerzijds verwacht worden dat het aanbieden van de leidraad hier meer kosten met zich meebrengt (want meer professionals moeten getraind worden om dezelfde hoeveelheid patiënten te bereiken), anderzijds kan de verwachte opbrengst per patiënt van de inzet van de leidraad mogelijk juist weer groter zijn. Verder (empirisch) onderzoek is nodig om hier meer duidelijkheid in te scheppen.

6.4. Samenstelling werkgroep

Inleiding

Bij aanvang van de ontwikkeling van de generieke module zijn 11 vertegenwoordigers van verschillende deelnemende organisaties geïnterviewd om uitgangspunten voor de module vast te stellen.

De thema's die van belang zijn in het gesprek over werk zijn in kaart gebracht in een vijftal focusgroepen. Er waren twee focusgroepen met patiënten en vertegenwoordigers van patiënten, één met behandelaren en twee met arboprofessionals.

Belangrijkste thema's in het gesprek over werk tussen patiënt en behandelaar

Thema's	Cliënten I (7))	Cliënten II (7)	Behandelaren (25)	Bedrijfsartsen (11)	Bedrijfsartsen / verzekeringsartsen (5/2)
Mijn verhaal	Stress Oorzaken Hoe voel jij je? Thuis Individuele situatie Financiële situatie	Financiën	Zelfbeeld Financiële situatie/ wonen/ gezin Financiële impact Sociale impact	Thuisituatie Arbeidsrelatie Inhoud werk / belasting	Privé Werk Klachten
Wat doe ik?	Dagbesteding	Daginvulling	Structuur		
Wat kan ik?	Wat kun je? Potentiële mogelijkheden	Wat kan ik wel?	Coping	Coping	Coping Arbeids mogelijkheden
Wat wil ik?	Wat wil je? Zin Wensen/ verwachtingen Motivatoren	Wat wil ik?	Zingeving	Motivatatie Zingeving / betekenis van werk	Motivatatie / toekomst
Wat heb ik nodig?	Wat heb je nodig?	Welke onderwerpen wil de cliënt zelf?			
Wie helpt mij?	Hulpbronnen Scholing	Netwerk gezin/partner erbij betrekken	Netwerken / steunsystemen Coach	Omgeving	Behandelaar
Rechten en plichten	Geld + Juridisch	Rechten en plichten	Rechten en plichten		Verantwoordelijkheid
Wat missen we?					

Aanwezigheid van de waarde van werk (volgens de Janlert modellen) binnen de thema's

De waarde van werk (volgens de Janlert modellen) speelt een rol binnen de verschillende thema's die deel uitmaken van de gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'. In onderstaande tabel

onderstaande tabel: 1= Financiële situatie.

2= X: Waarde van werk (volgens Janlert model) is binnen dit thema aanwezig.

3= Verlies van controle.

4 = Mate waarin men het gevoel heeft controle te hebben.

5=Mate waarin iemand zich kan ontplooiën en een bijdrage kan leveren

zijn de verschillende Janlert modellen weergegeven met de thema's waarin ze een rol spelen.

	Arbeid als medicijn	Mijn verhaal	Wat doe ik?	Wat kan ik?	Wat wil ik?	Wat heb ik nodig?	Wie helpt mij?	Rechten en plichten
Economic deprivation ¹	X ²	X						
Lack of control ³	X	X	X	X			X	
Locus of control ⁴	X	X	X	X			X	
Stress	X	X			X	X		
Social support	X	X			X	X	X	X
Work involvement	X	X	X		X			
Latent functions ⁵	X	X	X		X			

6.4.1. Vormen van een ontwikkelgroep en kerngroep

Voor de ontwikkeling van de generieke module 'Arbeid als medicijn' is een kerngroep en een klankbordgroep samengesteld. Er zijn een viertal kerngroep bijeenkomsten geweest en een drietal klankbordgroep bijeenkomsten. Online waren de stukken voor alle deelnemers toegankelijk en kon men feedback geven op de verschillende concepten van de module. In de testfase is de module en de gespreksleidraad daarna voorgelegd aan patiënten, behandelaren, en arboprofessionals. Na het verzamelen en verwerken van de feedback is de definitieve versie van de module opgeleverd.

Kerngroep

Kerngroep

Mathijs van Meerkerk	(Ervaringsdeskundige)
Drs. Anita Hubner	(Ervaringsdeskundige)
Karin den Oudsten	(Ervaringsdeskundige)
Kees Dijkman, BSW, BJ	(Ervaringsdeskundige)
Prof. dr. Lex Burdorf	(Erasmus MC, voorzitter)
Prof. dr. Roland Blonk	(TNO)
Prof. dr. Bea Tiemens	(Indigo Service Organisatie)
Drs. Kees de Kock	(NHG)
Prof. dr. Carel Hulshof	(NVAB)
Drs. Matthijs Steeneveld	(NIP)
Drs. Frans Vlek	(NSPOH)
Ing. Bas Tomassen	(Ergatis)
Drs. Ard van Oosten, MScBA	(NVvP, Indigo, projectleider)

Ontwikkelgroep

Erik Verbart	(Ervaringsdeskundige)
Drs. Leonore Nicolai	(Landelijke vereniging POH-GGZ)
Drs. Elisa Behr	(POH GGZ)
Drs. Roelien den Ouden	(LVWP)
Koos van der Spek	(BA&O, NKDI)
Peter Smit	(UWV)
Dr. Moniek Zijlstra Vlasveld	(Trimbos-instituut)
Drs. Ineke van Werven-Bruijne	(NSPOH)
Drs. Ard van Oosten, MScBA	(NVvP, Indigo, projectleider)

Overige deelnemers

Overige deelnemers

Dorien Verhoeven	(Samen Sterk Zonder Stigma)
Drs. Marga Oostindie	(UWV)
MSc José Weststrate	(GGZ Nederland)
Lilly Buurke	(GGZ Nederland)
Drs. Desiree Wieper	(NVVG)
Drs. Willem van Bork	(Zorgverzekeraars Nederland)
Dr. Joran Lokkerbol	(Trimbos-instituut)
Drs. Suzanne Lokman	(Trimbos-instituut)
Jay Gareman	(De Haagse Hogeschool)
Elysa Eid	(De Haagse Hogeschool)
Rick van Zeijl	(De Haagse Hogeschool)

Aan de ontwikkeling van deze module hebben de volgende organisaties

organisaties: InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

meegewerkt:

- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
- Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- Samen Sterk zonder Stigma (SSzS), GGZ Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Landelijke vereniging POH-GGZ
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlands Kennisnetwerk Duurzame Inzetbaarheid (NKDI)
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Ergatis, Beroepsvereniging Arbeids- & Organisatiedeskundigen (BA&O)
- Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH)
- Trimbos-instituut
- Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)
- Erasmus MC
- Indigo

6.5. Betrokken organisaties

Aan de ontwikkeling van deze module hebben de volgende organisaties meegewerkt:

- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
- Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- Samen Sterk zonder Stigma (SSzS), GGZ Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Landelijke vereniging POH-GGZ
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlands Kennisnetwerk Duurzame Inzetbaarheid (NKDI)
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Ergatis, Beroepsvereniging Arbeids- & Organisatiedeskundigen (BA&O)
- Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH)

- Trimbos-instituut
- Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)
- Erasmus MC
- Indigo