

GENERIEKE MODULE

Arbeid als medicijn

April 2017

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Postbus 20 062
3502 LB Utrecht
030 282 33 02
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGz

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
1.1	Doel	2
1.2	Aanleiding	2
1.3	Uitgangspunten	3
1.4	Bij de ontwikkeling betrokken organisaties	4
1.5	Leeswijzer	4
2	De patiënt centraal	5
2.1	Ervaringen en aandachtspunten van ervaringsdeskundigen	5
2.2	Welke kwaliteitscriteria vinden patiënten belangrijk?	6
3	'Arbeid als medicijn' in de zorg	7
3.1	Inleiding	7
3.2	Vroege onderkenning en preventie	8
3.3	Situatieanalyse ten behoeve van de intake	8
3.4	Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'	9
3.5	Monitoring en doorverwijzing	10
4	Organisatie van zorg rond werk en psychische klachten	11
4.1	De werkgever	11
4.2	Betrokken zorgverleners	12
4.3	Randvoorwaarden samenwerking	13
4.4	Benodigde competenties en opleiding voor gebruik gespreksleidraad	14
4.5	Kwaliteitsbeleid	15
4.6	Financiering	15
5	Kwaliteitsindicatoren	17



1 Inleiding

Voor u ligt de generieke module 'Arbeid als medicijn', ontwikkeld ten behoeve van de kwaliteitsstandaarden voor de brede geestelijke gezondheidszorg (GGZ), in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Werk is belangrijk voor mensen.¹ 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.

1.1 Doel

De module helpt bij het op gang brengen van het gesprek over werk tussen mensen met psychische problemen² 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.

De module kan ingezet worden door huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ), behandelaren in de generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ) en andere betrokken professionals zoals paramedici, bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeids- en organisatiedeskundigen, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en andere arboprofessionals.

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.

1.2 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.³

De Arbowetgeving wordt in 2017 aangepast⁴. 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 twee 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 Kamer⁵ werden onder meer vier 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 bedrijfsgezondheidszorg⁶.

De generieke module 'Arbeid als medicijn' 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.

1.3 Uitgangspunten

De generieke module 'Arbeid als medicijn' is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Werk heeft invloed op de psychische gezondheid van mensen. Werk kan (sterk) bijdragen aan de (psychische) gezondheid van mensen⁷. Werk kan psychische klachten en psychische stoornissen ook veroorzaken of verergeren⁸.
- 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 hij⁹ 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 behandelaren als bij andere betrokkenen. Ook zelfstigma kan het herstel belemmeren¹⁰. 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 psychiatrische stoornissen.

Bij het ontwikkelen 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.¹¹
- In zijn onderzoek beschrijft Janlert¹² zeven 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 van Meyer, Allen en Topolnytsky (1998) blijkt dat een individu dat binding aan de organisatie heeft, minder waarschijnlijk verijdingsgedrag ("withdrawal behaviour") zal vertonen¹³. Deze gedragingen omvatten onder andere ziekteverzuim (Becker, Randall & Riegel, 1995¹⁴; Stumph & Hartman, 1984¹⁵). In de gespreksleidraad is hier aandacht voor.

1.4 Bij de ontwikkeling betrokken organisaties

Aan de ontwikkeling van deze module hebben de volgende organisaties meegewerkt: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Landelijk Platform GGZ (LPGGz), 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 en Indigo.

1.5 Leeswijzer

- In hoofdstuk 1 vindt u een beschrijving van het onderwerp 'Arbeid als medicijn'. Naast de doelstelling van deze module komen hier ook de doelgroepen, uitgangspunten, en de betrokken organisaties aan bod.
- In hoofdstuk 2 wordt beschreven op welke wijze zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de wensen en behoeften van patiënten.
- In hoofdstuk 3 wordt de zorg rondom het thema 'Arbeid als medicijn' beschreven.
- Hoofdstuk 4 gaat in op de organisatie van deze zorg.
- Hoofdstuk 5 sluit af met de kwaliteitsindicatoren.

- In bijlage 1 wordt verwezen naar relevante documenten en websites.
- De gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn' vindt u in bijlage 2.
- In bijlage 3 wordt de budget impactanalyse beschreven.
- In bijlage 4 wordt ten slotte beschreven hoe deze module is ontwikkeld.

Alle bijlagen zijn als afzonderlijke bestanden bij de module gepubliceerd.



2 De patiënt centraal

‘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.’¹⁶ 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 de generieke module ‘Arbeid als medicijn’ hebben deze definitie en dit perspectief centraal gestaan. Daarom namen ervaringsdeskundigen deel in de kerngroep en de ontwikkelgroep. Daarnaast zijn hun ervaringen in twee focusgroepen gedeeld en is het resultaat van de module bij ervaringsdeskundigen getoetst. In dit hoofdstuk 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.

2.1 Ervaringen en aandachtspunten van ervaringsdeskundigen

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

Zelfregie is belangrijk voor de patiënt

Er zijn veel professionals (huisartsen, behandelaren, 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 - AvO] automatisch betrokken worden en aan tafel komen. Zij hebben vaak andere belangen dan ik. Ik wil het met mijn hulpverlener [zelf] over werk hebben.’

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.

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.

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.

Behoeft aan een goede aansluiting en maatwerk

Er zijn veel verschillende psychische klachten en stoornissen, die sterk uiteenlopen in ernst en in gevolgen. Ieder mens is anders. Werkplekken verschillen. Wat voor de een 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.

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.

2.2 Welke kwaliteitscriteria vinden patiënten belangrijk?

De kwaliteitscriteria in de onderstaande tabel zijn gebaseerd op het visiedocument 'Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel' (LPGGZ) en de Basisset Kwaliteitscriteria GGz – geformuleerd vanuit het cliënt- en familieperspectief.

Focus van Zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van Leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden en inzetbaarheid op het gebied van werk.
	<i>Herstel van Vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om deel te nemen aan het arbeidsproces.
Vorm van Zorg (relaties)	<i>Patiënt Centraal:</i> Het gaat om het persoonlijk verhaal van de patiënt waarbij de regie bij de patiënt ligt.
	<i>Relaties:</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 met aandacht voor zowel klachtreductie als functieherstel. Er is bij behandelaren wanneer ze voor herstel de bedrijfsgezondheidszorg moeten inschakelen om intergale zorg te realiseren.
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.

3.2 Vroege onderkenning en preventie

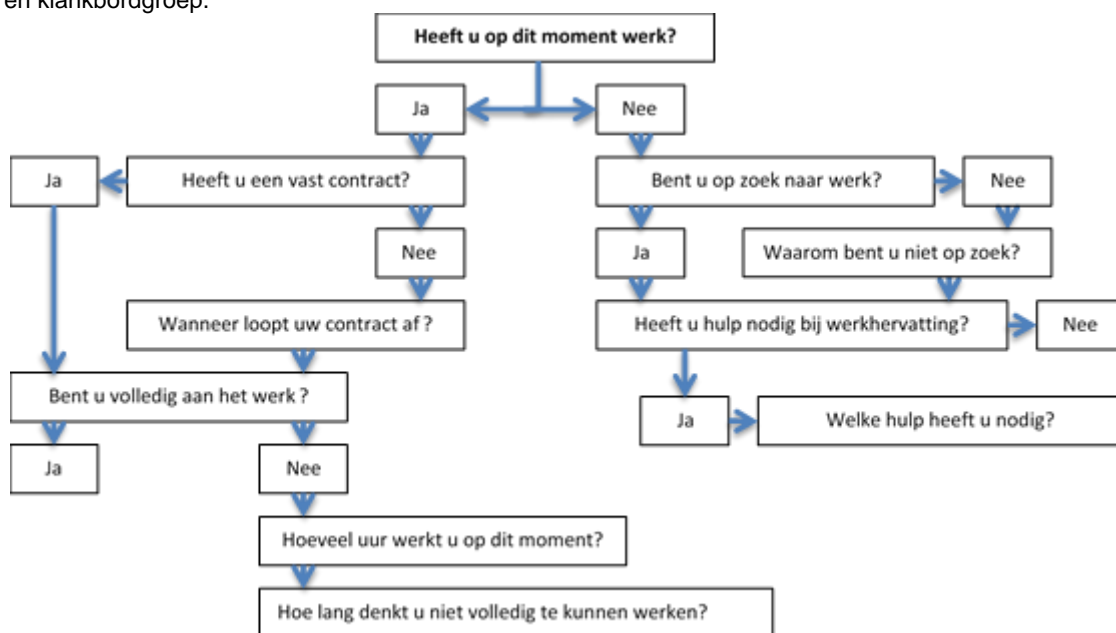
Naast arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden is ook de wijze waarop een medewerker zijn werk verricht van belang bij het voorkomen of ontstaan van psychische problemen. Zo heeft onderzoek aangetoond dat ‘workaholics’ een grotere kans hebben op psychische stoornissen²⁵. 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.

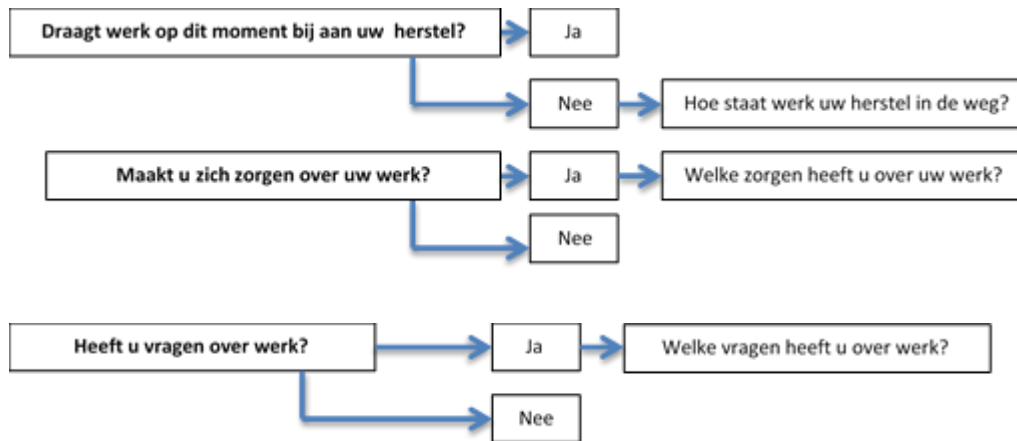
Psychische klachten kunnen mede veroorzaakt worden door het werk, maar leiden bijna altijd tot problemen met werk. Door al bij het begin van de behandeling het thema arbeid bespreekbaar te maken, kan snel worden vastgesteld of werk meespeelt in de bij de patiënt aanwezige psychische klachten. Tevens 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 Situatietanalyse 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 3.4.

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 (zie bijlage 2). 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.

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.

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

Voor de ontwikkeling van de module zijn vijf focusgroepen georganiseerd: twee groepen met cliënten en vertegenwoordigers van cliënten, een groep behandelaren en twee groepen met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. In deze focusgroepen zijn acht 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'. In de inleiding van dit hoofdstuk werd al beschreven dat Janlert²⁶ zeven verschillende modellen beschrijft die de samenhang verklaren tussen het verlies van werk en de negatieve gevolgen voor de gezondheid. 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 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.

Verdiepende vragen

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

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 veiligheidskundige 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 zes weken verzuim van een werknemer een bedrijfsarts inschakelen i.v.m. de wet verbetering poortwachter. De richtlijn Psychische Problemen²⁷ van de NVAB noemt een termijn van twee 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 arbeidsomstandighedensprekuur of vrije toegang tot de bedrijfsarts aan te bieden.²⁸ 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.²⁹

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 maatwerkregeling³⁰ inhoudt. 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 zes weken verzuim een bedrijfsarts in te schakelen³¹.

4.2 Betrokken zorgverleners

Zorgaanbieders die een rol spelen bij de zorg rond werk en psychische klachten zijn bijvoorbeeld huisartsen, POH's-GGZ, behandelaren in de GBGGZ en SGGZ, fysiotherapeuten en jeugdartsen. Ook revalidatieartsen, andere medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en paramedici uit de tweede lijn leveren hierin een bijdrage, net als professionals bij verzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven.³²

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:

- a) De sociaal-medische begeleiding van werknemers die door gezondheidsproblemen beperkt zijn in het (volledig) doen van hun werk.
- b) 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.
- c) Het toetsen van de risico-inventarisatie en -evaluatie, en het adviseren daarover.

De bedrijfsarts wordt hierbij ondersteund door evidence-based richtlijnen³³ en enkele werkwijzers.³⁴

In de NVAB-richtlijn Psychische Problemen³⁵ 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 arbeidspycholoog 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 vallende mensen - de individuele belastbaarheid.

De verzekeringsarts draagt onder andere zorg voor verzuimbegeleiding en claimbeoordeling. De in de publieke sector werkzame verzekeringsarts heeft vier 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).³⁶ 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.³⁷

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.³⁸

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

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 RI&E (Risico Inventarisatie & Evaluatie) verplicht.³⁹

Veel bedrijven bieden volgens werkgevers en bedrijfsartsen geen toegang tot arbodiensten aan zzp'ers.⁴⁰

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.⁴¹

- 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.⁴²

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 zeven 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 vier 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.

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.

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.

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 2015.⁴³ 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.

Zorgdomein

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) voor cliënten ouder dan 18 jaar – ambulant 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 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 cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren. De sociale omstandigheden van een cliënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's, maar ook werk, zullen voor de cliënt 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 cliënt 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 cliënt en 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 cliënt zelf te (helpen) verbeteren; begeleiding naar woning, werk, sport en relaties behoort tot het participatiedomein.⁴⁴

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 één 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."

Het is goed te lezen dat de Zvw desondanks wel ruimte biedt om (arbeids)participatie te bevorderen, zowel binnen de behandeling zelf, als via casemanagement. Ik ben 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.⁴⁵

5 Kwaliteitsindicatoren

Aanbevolen wordt kwaliteitsindicatoren in te zetten om te toetsen of het gesprek over werk wordt gevoerd (procesindicator) en of de hiervoor benodigde processen, kennis en vaardigheden aanwezig zijn (structuurindicator en uitkomstindicator).

Er wordt aangesloten bij de generieke set indicatoren die door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt ontwikkeld.

Eindnoten

-
- ¹ 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.
- ² Psychische problemen worden ruimer opgevat dan psychiatrische stoornissen. Wanneer wordt gesproken over psychische problemen, dan gaat het over zaken die met de geest te maken hebben, maar niet noodzakelijk een psychiatrische stoornis zijn. Denk aan gevoelens van spanning, somberheid of angst die samenhangen met gebeurtenissen op het werk. Wanneer gesproken wordt over psychiatrische stoornissen, dan worden zaken bedoeld die het dagelijkse leven van mensen verstoren en waarbij het nodig kan zijn om behandelingen te ondergaan, soms in combinatie met medicijnen. Denk hierbij aan stoornissen als ADHD, angststoornissen, depressies en persoonlijkheidsstoornissen. Deze stoornissen vallen onder de 'psychiatrie' en daarmee ook onder 'psychisch ziek' zijn en hebben vastgestelde criteria volgens de DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- ³ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Doorwerken en gezondheid. (2015) 35-36.
- ⁴ <https://www.arboportaal.nl/actueel/nieuws/2016/09/13/gewijzigde-arbeidsomstandighedenwet-goedgekeurd>
- ⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/01/28/kamerbrief-toekomst-arbeidsgerelateerde-zorg>
- ⁶ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ⁷ Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, Van den Heuvel S, Geuskens G, Burdorf L. (2011). Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. ISBN 978-92-79-18526-7: Luxembourg: European Commission Directorate General.
- ⁸ Van der Ploeg et al. (2015). Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg: TNO.
- ⁹ Overall waar in dit document 'hij' staat, kunt u ook 'zij' lezen.
- ¹⁰ <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/bij-psychische-aandoeningen/zelfstigma/>
- ¹¹ Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- ¹² Janlert U., Hammarström A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health: *BMC Public Health*
- ¹³ Meyer, J.P., Allen, N.J., & Topolnytsky, L. (1998). *Canadian Psychology*, 39, 1-2, 83-93.
- ¹⁴ Becker, T.E., Randall, D.M., & Riegel, C.D. (1995). The multidimensional view of commitment and the theory of reasoned action: A comparative evaluation. *Journal of Management*, 21 (4), 617-638.
- ¹⁵ Stumph, S.A., & Hartman, K. (1984). Individual exploration to organizational commitment or withdrawal. *Academy of Management Journal*, 27, 308-329.
- ¹⁶ Huber M., Knottnerus JA., Green L., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*;343 (4163):235-237.
- ¹⁷ Graaf de R., Tuithof M., Dorselaer 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.
- ¹⁸ Van der Ploeg et al. Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg: TNO
- ¹⁹ Hulshof C.T.J., Vliet van C., Bastiaanssen M. (2012). De factor arbeid in multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Stichting NVAB.
- ²⁰ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ²¹ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ²² 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.

-
- ²³ Kolenberg A. (2009). Werk in behandeling: onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. LPGGz, Cross Over.
- ²⁴ 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.
- ²⁵ <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0152978#sec002>
- ²⁶ Janlert U., Hammarström A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health: BMC Public Health
- ²⁷ <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen%20NVAB/richtlijn-psychische-problemen>
- ²⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/01/28/kamerbrief-toekomst-arbeidsgerelateerde-zorg>
- ²⁹ <https://www.arboportaal.nl/actueel/arbozorg>
- ³⁰ 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; <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/maatwerk--en-vangnetregeling/documenten/richtlijn/2015/09/15/leidraad-vangnetregeling-en-maatwerkregeling>.
- ³¹ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ³² Zorgmodule Arbeid 1.0 © CBO, Maart 2014.
- ³³ <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB>
- ³⁴ http://www.stecr.nl/default.asp?page_id=180&name=Werkwijzers
- ³⁵ <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen%20NVAB/richtlijn-psychische-problemen>
- ³⁶ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ³⁷ 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.
- ³⁸ Zorgmodule Arbeid 1.0 © CBO, Maart 2014.
- ³⁹ <http://www.bedrijfsartsengenootschap.nl/voor-zzp-ers/>
- ⁴⁰ Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia
- ⁴¹ <https://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/beroepsethiek/20141218wegwijzer-beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden.pdf>
- ⁴² Zorgmodule Arbeid 1.0 © CBO, Maart 2014.
- ⁴³ Bij eerder toegekende Wajong uitkeringen blijft het UWV verantwoordelijk voor de re-integratie.
- ⁴⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2016/bevorderen-van-participatie-van-mensen-met-psychische-problemen.-wie-vergoedt-wat.html>
- ⁴⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/11/03/kamerbrief-over-duiding-arbeids-participatie-ggz>



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg