

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 01-12-2025 om 09:11. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/arbeid-als-medicijn>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 18-04-2017 Beoordelingsdatum: 01-12-2025

Zorgstandaard
Arbeid als medicijn

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Arbeid als krachtig onderdeel van gezondheid en herstel	6
1.2 Een persoonlijk werkrecept	6
1.3 Zinnvolle daginvulling: meer dan alleen arbeid	6
1.4 Team Talk: gratis deskundigheidsbevordering	6
1.5 Leeswijzer	6
1.6 Disclaimer	7
2. Over 'Arbeid als medicijn'	8
2.1 Waarom heeft werk een belangrijke plek in de ggz?	8
2.2 Wat betekent werk voor de patiënt?	9
2.3 Wat laten de cijfers zien over psychische klachten en werk?	9
2.4 Wat zijn gevolgen van psychische klachten voor de werkgever?	9
2.5 Actuele inzichten	10
2.5.1 Wat zijn huidige ontwikkelingen?	10
2.5.2 Wat zijn kansen voor de toekomst?	10
3. Voorkomen en herkennen	11
3.1 Hoe voorkom je uitval?	11
3.2 Wat is de rol van de patiënt?	11
3.3 Wanneer bespreek je arbeid?	11
4. Aanmelden	12
4.1 De aanmeldfase	12
4.2 Situatietanalyse ten behoeve van de intake	12
5. Diagnostiseren	14
5.1 Exploreren - analyseren – integreren	14
5.2 Exploreren – Hoe onderzoek je klachten en functioneren?	14
5.3 Analyseren – Hoe analyseer je relevante factoren en stressoren?	14
5.4 Integreren – Hoe gebruik je de informatie voor diagnose en classificatie?	15
6. Indiceren	16
6.1 Welke behandeling of begeleiding past bij deze situatie?	16

6.2 Wat helpt deze persoon verder?	16
6.3 Wie kan ondersteunen?	16
6.4 Wat zijn de mogelijkheden en grenzen?	17
7. Behandelen	18
7.1 Behandelen en werk	18
7.2 Zelfmanagement en eigen regie	18
7.3 Openheid en omgaan met stigma	18
7.4 Werk als onderdeel van psychotherapie	19
8. Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij	20
8.1 Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij	20
9. Monitoren en evalueren	21
9.1 Als werk onderdeel is van het zorgplan	21
9.2 Wanneer en hoe vaak kijk je terug?	21
9.3 Hoe evalueer je?	21
10. Afsluiten	23
10.1 Sluit samen goed af	23
10.2 Werken aan een duurzame afronding	23
10.3 Zelf aan de slag blijven	23
10.4 Nazorg en doorverwijzing	24
11. Organiseren van zorg	25
11.1 Hoe organiseren we goede zorg rond werk en psychische klachten?	25
11.2 Wat vraagt dit van zorgprofessionals?	25
11.3 Wat vraagt dit van de ggz-organisatie / behandelpraktijk?	25
11.4 Wat vraagt dit van de omgeving?	25
11.5 Samenwerking en randvoorwaarden	26
11.6 Competenties en professionele ontwikkeling	26
11.7 Kwaliteitsbeleid: werk verankeren in visie en praktijk	27
11.8 Financiering	27
11.8.1 budgetimpact analyse	28
12. Kwaliteitsindicatoren	29
12.1 Inleiding kwaliteitsindicatoren	29

12.2 Overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren	29
12.3 Kwaliteitsindicatoren 'arbeid als medicijn'	29
13. Achtergronddocumenten	30
13.1 De verschillende rollen van de ketenpartners	30
13.1.1 De werkgever	30
13.1.2 Situatie nu	30
13.1.3 Betrokken zorgverleners	30
13.1.4 Arboprofessionals; wie doet wat?	31
13.1.5 Organisaties gericht op arbeidsgerelateerde zorg	32
13.1.6 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers	32
13.2 Financiering	32
13.2.1 Werkgever	33
13.2.2 UWV	33
13.2.3 Gemeentelijk domein	33
13.2.4 Zorgdomein	33
13.2.5 Algemeen	34
13.3 Relevante websites	34
13.4 Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'	35
13.4.1 Achtergrond en ontwikkeling van de gespreksleidraad	35
13.4.2 Samen werken aan werk en herstel	36
13.4.3 Samen in gesprek over werk en herstel	37
13.4.4 Mijn verhaal	38
13.4.5 Arbeid als medicijn	39
13.4.6 Wat doe ik?	39
13.4.7 Wat kan ik?	40
13.4.8 Wat wil ik?	40
13.4.9 Wat helpt mij?	41
13.4.10 Wie helpt mij?	42
13.4.11 Rechten en plichten	43
13.4.12 En verder?	43
13.4.13 Werk en gezondheid	44
13.5 Budget impactanalyse	45

13.5.1 Inleiding	45
13.5.2 Kosten en baten van de gespreksleidraad	45
13.5.3 Sensitiviteitsanalyse	48
13.5.4 Conclusie en discussie	49
14. Referentielijst	51

1. Introductie

Autorisatiedatum 25-03-2020 Beoordelingsdatum 13-07-2020

1.1 Arbeid als krachtig onderdeel van gezondheid en herstel

Arbeid draagt bij aan gezondheid en mentaal en fysiek herstel, en de aandacht voor- en inzet van werk maakt daarom deel uit van de behandeling. Werk biedt structuur, betekenis, zingeving en energie. Werk kan gezondheid ook schaden en herstel belemmeren. De zorgstandaard Arbeid als medicijn ondersteunt behandelaars met praktische handvatten om het gesprek over werk te voeren en vervolgens werkgericht arbeid in te zetten in de behandeling. Geen pasklare antwoorden, [wél goede vragen die helpen werk bespreekbaar](#) te maken en onderdeel te maken van het zorgplan.

1.2 Een persoonlijk werkrecept

Wat voor medicijnen geldt, geldt ook voor werk: de juiste dosering maakt het effectief, verkeerd gebruik kan juist schaden. Werken op een manier die past en energie geeft, helpt mensen vooruit. De zorgstandaard biedt een leidraad voor het gesprek over werk. Zo kunnen behandelaar en patiënt – [samen met ketenpartners](#) – werk op een goede manier opnemen in het zorgplan en het behandel aanbod.

1.3 Zinvolle daginvulling: meer dan alleen arbeid

Voor sommige patiënten is arbeid een passende en krachtige vorm van daginvulling. Voor anderen sluit arbeid (nog) niet goed aan bij wat zij nodig hebben of aankunnen. Ook dan is het belangrijk dat er wordt gewerkt aan een betekenisvolle invulling van de dag. De zorgstandaard [Daginvulling en Participatie](#) biedt ondersteuning om samen met de patiënt te verkennen wat haalbaar, wenselijk en helpend is. Denk aan vrijwilligerswerk, creatieve activiteiten of sociale contacten. Beide standaarden vullen elkaar aan en ondersteunen behandelaars en begeleiders bij het realiseren van een betekenisvol perspectief op herstel.

1.4 Team Talk: gratis deskundigheidsbevordering

Met een [GGZ Team Talk Arbeid als medicijn](#) haal je expertise in huis. Een deskundige komt langs of geeft een online sessie, georganiseerd door Akwa GGZ. Praktisch, inspirerend en kosteloos.

1.5 Leeswijzer

De zorgstandaard is vastgesteld in 2017 en redactioneel herzien en opnieuw gepubliceerd in 2025.

- Hier vind je de [kernaanbevelingen](#) van de standaard op een rij.
- Lees hier de [samenvatting van de standaard](#) voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de [algemene visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een kerngroep. In het document [Totstandkoming en methoden](#) lees je alles over wie de standaard heeft gemaakt, hoe de standaard is gemaakt en waar de

inhoud op is gebaseerd.

- De standaard is goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.

De zorgstandaard gebruiken

- Op het [tabblad hulpmiddelen](#) vind je hulpmiddelen voor gebruik van de zorgstandaard in de praktijk.
- Op [Thuisarts](#) vind je de patiëntenversie van deze standaard.

1.6 Disclaimer

- Hij: Ook hanteren we voor de leesbaarheid 'hij', maar daar waar 'hij' (m) staat, bedoelen we ook 'zij' (v), of 'hen' (x)
- Patiënt: In deze zorgstandaard hanteren we het begrip 'patiënt', dit staat afhankelijk van de context voor: patiënt, cliënt, zorgvrager, (wettelijk vertegenwoordiger van de) patiënt/cliënt, mens of burger.
- Zorgplan: in deze zorgstandaard hanteren we in lijn met de zorgstandaard 'diagnostiek' de term zorgplan. Er kan ook behandelplan, herstelplan, begeleidingsplan of ontwikkelingsplan worden gelezen.

2. Over ‘Arbeid als medicijn’

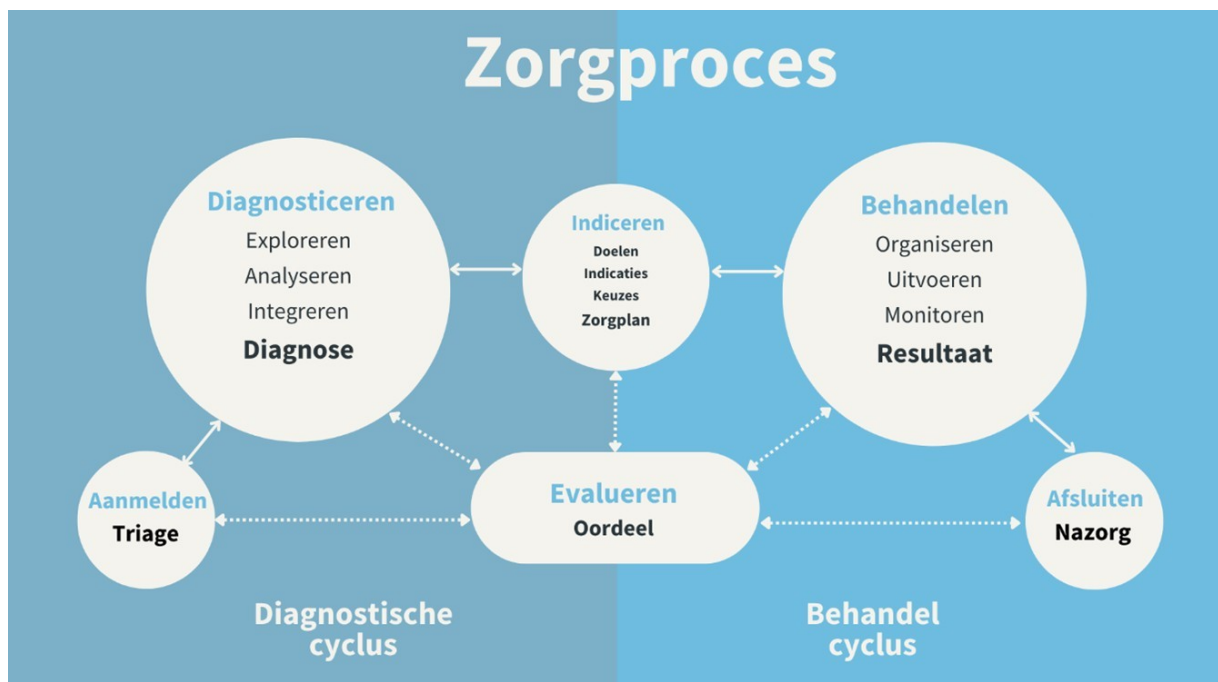
Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

2.1 Waarom heeft werk een belangrijke plek in de ggz?

Werk is van groot belang voor onze mentale gezondheid. Het geeft structuur, zingeving en sociale verbinding. Een fijne en ondersteunende werkomgeving kan bijdragen aan het herstel van psychische klachten. Tegelijkertijd kan werk ook een bron van te veel stress zijn, bijvoorbeeld bij hoge werkdruk, weinig autonomie, pesten op het werk, arbeidsconflicten, onzekerheid rondom een reorganisatieproces of een onveilige werksfeer. In zulke gevallen kan werk psychische klachten veroorzaken of verergeren. Ook werkloosheid of het niet vinden van werk na een opleiding heeft aantoonbaar negatieve effecten op mentale gezondheid ^{1 2 3 4}.

Recente beleidsontwikkelingen onderstrepen het belang van werk binnen de zorg. Het [Integraal Zorgakkoord](#) benadrukt het belang van passende zorg met aandacht voor maatschappelijke factoren zoals werk. Het behouden van werk of begeleiding richting werk wordt hierbij gezien als een essentieel onderdeel van herstel.

Het is daarom van groot belang dat binnen de geestelijke gezondheidszorg bewust aandacht wordt besteed aan de rol van werk. Het bespreekbaar maken van werk helpt om inzicht te krijgen in de vraag of werk als belastend of juist als beschermend wordt ervaren. Deze zorgstandaard biedt zorgprofessionals praktische handvatten om werk structureel te integreren in het zorgproces, zodat dit niet alleen het herstel van psychische klachten ondersteunt, maar ook het maatschappelijk functioneren en de kwaliteit van leven van de patiënt versterkt.



Zie ook de [zorgstandaard diagnostiek](#) en de werkkartaat ‘[Samen koers bepalen in het zorgproces](#)’

2.2 Wat betekent werk voor de patiënt?

Voor mensen met psychische klachten kan werk een belangrijke rol spelen in herstel, eigenwaarde en kwaliteit van leven. Werk biedt structuur, sociale contacten en een gevoel van zinvolheid. Tegelijkertijd kan werk ook overweldigend of confronterend zijn, zeker wanneer er sprake is van psychische kwetsbaarheid. Sommige mensen ervaren schaamte of terughoudendheid om hun klachten te bespreken op de werkvloer ^{5 6 7}.

Werk – of een uitkering – biedt ook inkomenszekerheid. Maar als de situatie rond werk of uitkering verandert, kan dit extra zorgen en onzekerheid geven. Mensen vragen zich bijvoorbeeld af of ze hun rechten of uitkering verliezen als terugkeer naar werk niet lukt.

Het is daarom cruciaal dat zorgprofessionals samen met de patiënt verkennen welke rol werk speelt: helpt het bij herstel of zit het herstel juist in de weg? En wat zijn de wensen en mogelijkheden op dit moment? Deze zorgstandaard ondersteunt professionals om die dialoog gestructureerd en persoonsgericht te voeren.

2.3 Wat laten de cijfers zien over psychische klachten en werk?

Psychische klachten komen veel voor op de werkvloer. Werknemers ervaren regelmatig overspannenheid, burn-out, depressie of angststoornissen. Zo ervaart 19% van de werknemers burn-outklachten, wat neerkomt op ongeveer 1,6 miljoen mensen in Nederland ⁸. Daarnaast heeft 45% van de volwassen bevolking milde tot ernstige angst- of depressieve klachten ⁹. Van de mensen met betaald werk heeft 3% een depressieve stoornis en 2% een angststoornis, meestal in de vorm van sociale of specifieke fobieën ¹⁰.

Onder mensen met ernstige psychische aandoeningen is arbeidsparticipatie laag. Minder dan één op de vijf heeft betaald werk. Van hen werkt 14% in een reguliere functie, 4% via een sociale werkvoorziening en een klein deel als zelfstandige. De wens om te werken is echter vaak aanwezig: bijna een derde van deze groep zonder werk wil graag aan de slag. Bij mensen onder de 35 jaar loopt dit zelfs op tot twee derde ¹¹.

2.4 Wat zijn gevolgen van psychische klachten voor de werkgever?

Maar liefst 37% van de werkende volwassenen in Nederland meldt weleens te verzuimen door werkdruk of werkstress. Psychische klachten leiden tot gemiddeld 57 verzuimdagen per werknemer. Ze zijn verantwoordelijk voor bijna 27% van alle verzuimdagen ¹².

Ook op lange termijn zijn de gevolgen merkbaar. In 2020 was meer dan 40% van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toe te schrijven aan psychische klachten, waarmee dit de belangrijkste reden is voor langdurige uitval ¹³. De aandoeningen die met de meeste verzuimdagen gepaard gaan zijn depressieve stoornis, bipolaire stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en middelenmisbruik. Mensen met een bipolaire stoornis, agorafobie, ADHD of middelenmisbruik hebben ook het hoogste aantal dagen waarop zij verminderd functioneren ¹⁴.

De financiële impact voor werkgevers is groot: jaarlijks wordt het verzuim door werkstress geschat op € 3,1 miljard ¹⁵.

2.5 Actuele inzichten

2.5.1 Wat zijn huidige ontwikkelingen?

In 2024 verscheen de [richtlijn Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische zorg](#). Deze sluit goed aan bij de zorgstandaard Arbeid als medicijn. Beide benadrukken hoe belangrijk werk is voor herstel, de rol van zorgprofessionals daarbij en het belang van goede samenwerking tussen de domeinen zorg & welzijn en werk & inkomen.

Ook in onderzoek en beleid groeit het besef dat werk bijdraagt aan herstel ¹⁶. In Nederland krijgt behoud en (her)vinden van werk daarom aandacht in het zorgplan. De inzet van de methode Individuele Plaatsing en Steun (IPS) in de behandeling is daarvan een goed voorbeeld. IPS helpt mensen met ernstige psychische aandoeningen effectief aan werk ^{17 18}.

Helaas zijn er nog knelpunten. De samenwerking tussen de domeinen zorg & welzijn en werk & inkomen vaak nog gebrekkig. En er is nog weinig structurele inzet op werkgerichte interventies binnen de ggz. Voor verdere vooruitgang zijn betere samenwerking, minder schotten tussen domeinen en meer inzet van bewezen effectieve aanpakken nodig ¹⁹.

2.5.2 Wat zijn kansen voor de toekomst?

Ervaringsdeskundigen spelen een waardevolle rol bij herstel. Ook als het gaat om werk kunnen zij hoop geven, herkenning bieden en praktische steun leveren. In 2023 is het Trimbos-instituut gestart met [onderzoek](#) naar hun inzet op dit gebied.

Daarnaast verdienen ook **zorgprofessionals zelf** aandacht. Werken in de ggz brengt vaak hoge werkdruk en psychische belasting met zich mee. [Verzuimcijfers](#) laten zien dat veel mensen langdurig uitvallen. Aandacht voor hun mentale gezondheid is essentieel. Goed voor jezelf zorgen is nodig om anderen goed te kunnen helpen.

Tot slot biedt **technologie** nieuwe mogelijkheden. Kunstmatige intelligentie (AI) ontwikkelt zich snel en kan in de toekomst helpen bij het signaleren van werkproblemen, het verlagen van de werkdruk, het inschatten van re-integratierisico's of het persoonlijk maken van begeleiding. Het is belangrijk om AI op een verantwoorde en mensgerichte manier in te zetten. Verdere verkenning hiervan is nodig.

3. Voorkomen en herkennen

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

3.1 Hoe voorkom je uitval?

Werk en psychische gezondheid beïnvloeden elkaar. Werk kan helpen bij structuur, zingeving en herstel, maar ook te veel druk geven. Niet alleen de inhoud en omstandigheden van werk zijn hierbij belangrijk, maar ook hoe iemand werkt. Mensen die heel hard werken en moeite hebben om grenzen te stellen hebben bijvoorbeeld meer kans op psychische problemen ²⁰.

Door werk bij de intake bespreekbaar te maken, een plek te geven in het zorgplan en het thema werk te integreren in de behandeling, kun je wensen, klachten en risico's sneller herkennen. Dit vergroot de kans dat iemand aan het werk blijft of sneller terugkeert. Ook bij bestaande klachten helpt het om vroeg aandacht te besteden aan werk. Dit bevordert het herstel.

3.2 Wat is de rol van de patiënt?

Veel mensen merken het zelf als werk te veel wordt. Denk aan vermoeidheid, piekeren, fouten maken of nergens meer zin in hebben. Vaak is dat eerst alleen een ongemak. Door hier tijdig bij stil te staan en erover te praten, kan dat ongemak snel verdwijnen.

Negeer je deze signalen, dan kunnen ze overgaan in klachten die meer aandacht vragen. Psychologische behandeling is dan vaak nodig en kost meestal meerdere weken. Wordt er in deze fase nog steeds niets gedaan aan herstel, dan kunnen de klachten verergeren tot een psychische stoornis. Het herstel hiervan duurt vaak maanden.

Ook mensen zonder werk, of met werk dat niet bij hen past, kunnen veel stress of somberheid ervaren. Het ontbreken van werk, of het verlies ervan, kan voelen als een groot gemis. Bewust stilstaan bij deze gevoelens en ze bespreken, helpt om psychische klachten te voorkomen of te verminderen.

3.3 Wanneer bespreek je arbeid?

Psychische klachten zorgen vaak voor problemen op het werk, ook als werk niet de oorzaak is. Daarom is het belangrijk om arbeid vanaf het begin mee te nemen in diagnostiek en de behandeling. Als werk invloed heeft op de klachten of het herstel – of als klachten invloed hebben op het werk - hoort dat in het individueel zorgplan te staan met concrete interventies. Zo krijgt werk een vaste plek in herstelgerichte zorg.

4. Aanmelden

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

4.1 De aanmeldfase

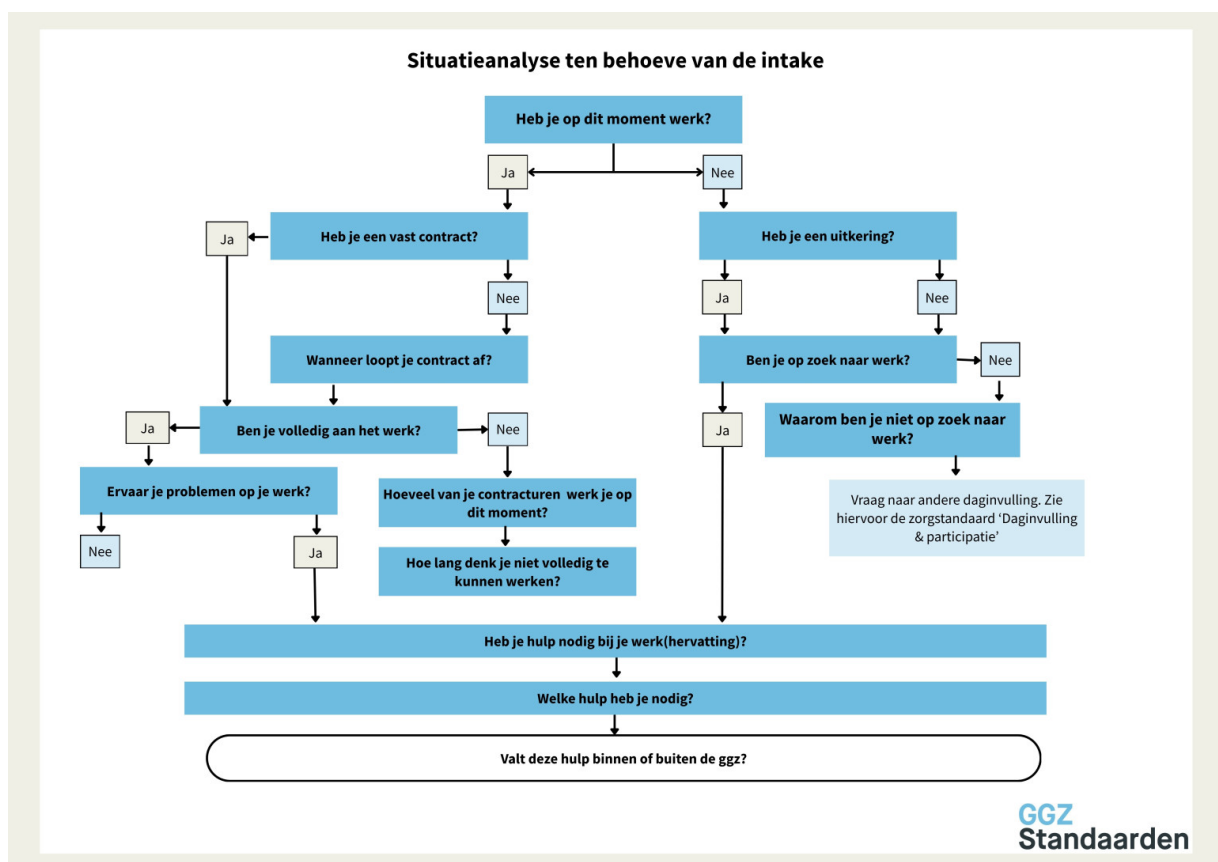
De centrale vragen zijn: **Wat is de hulpvraag? Wie kan passende hulp hierbij bieden?**

Als zorgprofessional ga je in deze fase samen met de patiënt aan de slag met het verduidelijken van de hulpvraag met als doel een passend zorgtraject op de juiste plek te bieden. Het bespreken van werk kan op dit moment passend zijn, omdat het invloed kan hebben op de hulpvraag, maar dat hoeft niet.

- Doel van deze fase: de hulpvraag verhelderen in relatie tot werk.
- Eerste signalering van werkgerelateerde klachten.
- Samen in kaart brengen van de huidige werksituatie, hulpwens en verwachtingen

4.2 Situatietanalyse ten behoeve van de intake

Gebruik het stroomschema om snel een beeld te krijgen van hoe werk invloed heeft op iemands gezondheid en dagelijks functioneren. De vragen* helpen om (dreigende) werkgerelateerde problemen te herkennen. Zo kun je samen op tijd actie ondernemen en werk inzetten als ondersteuning bij herstel.



* Toelichtingen

vragen: De vragen zijn geformuleerd op basis van de ervaringen en aandachtspunten die werden uitgewisseld in de kern- en klankbordgroep van de zorgstandaard 'arbeid als medicijn' gepubliceerd in 2017.

5. Diagnosticeren

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

5.1 Exploreren - analyseren – integreren

In de diagnostische fase beantwoord je samen met de patiënt drie kernvragen:

Wat zijn de problemen? Welke factoren dragen hieraan bij? Welke rol speelt werk hierin?

Het is belangrijk om werk vanaf het begin mee te nemen in de diagnostiek. De [gespreksleidraad Arbeid als medicijn](#) helpt om te verkennen of werk meespeelt, en zo ja, op welke manier. Zo ontstaat vanaf het eerste gesprek een volledig beeld van de situatie én een basis voor de juiste vervolgstappen.

Besprek met de patiënt diens wensen rondom werk. Betrek ook naasten in dit gesprek, als de patiënt dat goed vindt. Niet alleen om de wens te bespreken, maar ook om werkervaringen te delen die kunnen inspireren of om als ondersteunend netwerk te kunnen dienen.

Diagnosticeren is een proces van: exploreren - analyseren – integreren. Dit proces kan herhaaldelijk worden doorlopen. Hieronder lees je hoe je deze stappen toepast met aandacht voor werk.

Lees hier meer over de [achtergrond en ontwikkeling van de gespreksleidraad](#).

5.2 Exploreren – Hoe onderzoek je klachten en functioneren?

In deze eerste stap breng je samen met de patiënt in kaart wat er speelt. Je onderzoekt of en hoe werk een rol heeft bij de psychische klachten. Gebruik hiervoor de gespreksleidraad en bespreek thema's als *Mijn verhaal*, *Wat doe ik?* en *Wat wil ik?*.

Stel vragen als:

- Wat doet iemand op dit moment?
- Heeft werk invloed op de klachten? Of hebben de klachten invloed op het werk?
- Zijn er spanningen of belemmeringen op het werk – of juist het gemis van werk?

Zo krijg je een eerste indruk van de werksituatie, het werkverleden en de wensen van de patiënt.

5.3 Analyseren – Hoe analyseer je relevante factoren en stressoren?

In deze stap ga je dieper in op de samenhang. Je onderzoekt hoe werk bijdraagt aan het ontstaan, in stand houden of juist verminderen van de klachten. Dit kan gaan over de inhoud van het werk, de uitkering, de werkomstandigheden, sociale verhoudingen, stigma of werkdruk. Zie ook de richtlijn '[werk en psychische klachten](#)'.

Kijk ook naar beschermende factoren: geeft werk structuur, sociale contacten of energie? Gebruik verdiepende vragen uit de gespreksleidraad om patronen, risico's en krachten zichtbaar te maken. Dit

levert een breder en samenhangend beeld op – ook in relatie tot andere levensdomeinen, zoals gezin, financiën of gezondheid.

5.4 Integreren – Hoe gebruik je de informatie voor diagnose en classificatie?

Tot slot breng je alle informatie samen. Je legt de verbanden tussen werk, klachten en functioneren en weegt hoe belangrijk deze factoren zijn. Zo verwerk je de rol van werk in de beschrijvende diagnose. Deze stap vormt de brug naar de volgende fase van het zorgproces, waarin doelen worden gesteld en een zorgplan wordt gemaakt (zie [hoofdstuk Indiceren](#)).

6. Indiceren

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

6.1 Welke behandeling of begeleiding past bij deze situatie?

In de fase indiceren beantwoord je samen met de patiënt drie kernvragen:

Welke behandeling of begeleiding past bij deze situatie? Wat is haalbaar? En wat wordt ons plan?

De output van deze fase is het zorgplan: een gezamenlijke beslissing van de patiënt, (als passend) de naasten en de professional. Het zorgplan legt alle keuzes en afspraken vast: de diagnose, de overeengekomen doelen, een planning, de in te zetten zorg of activiteiten, de inzet van patiënt, naasten en professional(s), de te verwachten resultaten, eventuele risico's én evaluatiemomenten.

Heeft werk invloed op de psychische klachten of het herstel? Dan krijgt dit een plek in het zorgplan. De [gespreksleidraad Arbeid als medicijn](#) helpt om keuzes te maken die passen bij de situatie, wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Eigen regie staat daarbij centraal – de patiënt beslist mee over wat er gebeurt, wie er meedoet en hoe de stappen worden gezet.

6.2 Wat helpt deze persoon verder?

Onderzoek samen wat op dit moment helpt om vooruit te komen. Gebruik hierbij de stap Wat helpt mij uit de gespreksleidraad: Wat werkte eerder? Waar heeft iemand baat bij? Welke drempels kunnen jullie samen verlagen?

Tegelijk ervaren veel mensen [stigma of zelfstigma](#) rond werk en psychische klachten. Erken dit en maak het bespreekbaar – dat versterkt vertrouwen en eigen regie.

Denk ook aan praktische zaken, zoals aanpassingen van de werkplek, begeleiding bij terugkeer, ruimte voor herstel op de werkvloer of duidelijkheid over hoe een uitkering steun kan bieden in deze fase.

Al er op zoek wordt gegaan naar passend werk, dan is dat werk dat aansluit bij de mogelijkheden, capaciteiten én ambities van iemand. Ga er niet automatisch van uit dat eenvoudig of laagstress-werk geschikt is; dit kan juist nieuwe spanning of demotivatie opleveren als het niet aansluit bij iemands niveau of wensen.

6.3 Wie kan ondersteunen?

Een goed plan vraagt soms om samenwerking met andere professionals. Dit kan iemand uit je eigen team of organisatie zijn, zoals een trajectbegeleider of jobcoach. Het kan ook extern zijn, zoals een bedrijfsarts, jobcoach, gemeente of het UWV.

De [stap Wie helpt mij](#) helpt om overzicht te krijgen: wie is betrokken en wat kunnen zij bijdragen? Betrek de patiënt actief bij deze keuzes. Mensen willen regie houden over wie wanneer meedenkt of meehelpt.

Ook kan de patiënt te maken hebben met een uitkering (bijvoorbeeld van UWV of gemeente). Het betrekken van de juiste contactpersoon kan helpen om misverstanden te voorkomen en onnodige zorgen over rechten of plichten weg te nemen.

6.4 Wat zijn de mogelijkheden en grenzen?

Niet alles kan meteen. Breng samen in beeld wat haalbaar is – qua belastbaarheid én randvoorwaarden. De stap *Rechten en plichten* uit de [gespreksleidraad](#) helpt hierbij: wat mag je verwachten van bijvoorbeeld de werkgever, het UWV of de zorg?

Bespreek ook hoe een uitkering kan helpen om rust en financiële zekerheid te bieden, maar ook welke regels of voorwaarden daarbij horen. Zo voorkom je dat de patiënt later voor verrassingen komt te staan. Weet je als behandelaar zelf niet precies hoe dit zit? Geef dat dan aan en verwijs door naar iemand die dit wel kan uitleggen, zoals een contactpersoon bij het UWV, de gemeente of een sociaal werker.

7. Behandelen

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

7.1 Behandelen en werk

In deze fase voer je samen met de patiënt het zorgplan uit dat in de vorige fase is opgesteld. De centrale vragen zijn:

Wat doen we? En wat zijn de effecten?

De doelen, afspraken en prioriteiten uit het zorgplan worden nu werkelijkheid. Je start de geplande interventies, volgt de voortgang en stuurt bij waar nodig.

Heeft werk invloed op de psychische klachten of het herstel? Dan voer je de interventies uit die in het zorgplan zijn opgenomen. Soms betekent dit dat werk bewust wordt ingezet als hulpmiddel bij herstel, soms dat er juist ondersteuning nodig is om te veel stress of overbelasting op de werkvloer te verminderen.

De werkomgeving kan in deze fase een waardevolle oefenplek zijn. Hier kan iemand nieuwe vaardigheden uitproberen, structuur ervaren en steun krijgen terwijl hij of zij werkt aan herstel.

7.2 Zelfmanagement en eigen regie

Zelfmanagement betekent dat iemand zelf acties en vaardigheden inzet om om te gaan met een aandoening, de symptomen en de psychosociale gevolgen ervan. Ondersteuning van zelfmanagement richt zich op het versterken van deze vaardigheden – zoals zelfzorg, keuzes maken en regie voeren. Zo wordt de patiënt zo zelfstandig mogelijk in het dagelijks leven.

Zie de [zorgstandaard zelfmanagement](#)

Behandeling werkt beter als de patiënt zelf keuzes maakt en grip ervaart. De [gespreksleidraad Arbeid als medicijn](#) kan daarbij helpen: het biedt houvast om na te denken over werk, doelen en wat iemand belangrijk vindt. Als zorgverlener ondersteun je dit proces door samen te verkennen welke stappen haalbaar zijn – bijvoorbeeld kleine acties richting werk of herstel in het dagelijks leven.

7.3 Openheid en omgaan met stigma

Veel mensen twijfelen of ze open willen zijn over psychische klachten, vooral op het werk. Samen kun je verkennen wat iemand wel of niet wil delen en hoe. Hulpmiddelen zoals [CORAL \(Conceal or Reveal\)](#) helpen om bewuste keuzes te maken over openheid.

Openheid op eigen voorwaarden kan bijdragen aan empowerment en steun, maar moet altijd een persoonlijke keuze blijven.

Bespreek ook zelfstigma: negatieve overtuigingen die iemand over zichzelf kan hebben. In de zorgstandaard [Destigmatisering staan verschillende interventies](#) beschreven.

7.4 Werk als onderdeel van psychotherapie

Psychotherapie richt zich op het begrijpen en veranderen van gedachten, gevoelens en gedrag. Als werk een rol speelt in het ontstaan of in stand houden van klachten, hoort dit onderdeel te zijn van de behandeling.

Dat kan gaan over stress, onzekerheid, conflicten of juist het verlies van structuur en zingeving. Door werk binnen de therapie te bespreken, kunnen patronen worden herkend en realistische doelen worden gesteld. Zo ontstaan nieuwe manieren om om te gaan met werk, werkdruk of werkloosheid.

Werk wordt zo een natuurlijk onderdeel van herstel en krijgt, waar nodig, een vaste plek in de behandeling zoals afgesproken in het zorgplan.

8. Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

8.1 Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij

Voor mensen die (weer) willen werken, zijn er verschillende vormen van ondersteuning beschikbaar. In sommige gevallen is inzet van een jobcoach, re-integratietraject of ondersteuning via de gemeente of het UWV passend.

Bij mensen met psychische aandoeningen kan [IPS \(Individual Placement & Support\)](#) een goede keuze zijn. IPS is een bewezen effectieve methode die helpt bij het vinden én behouden van betaald werk of een opleiding, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Behandeling en begeleiding lopen daarbij parallel, in samenwerking met het behandelteam en een IPS-trajectbegeleider.

Meer informatie als het gaat om een zinvolle daginvulling, is te vinden in de zorgstandaard ‘[daginvulling en participatie](#)’.

9. Monitoren en evalueren

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

9.1 Als werk onderdeel is van het zorgplan

De centrale vragen in deze fase zijn: **Wat is er tot nu toe bereikt? Wat is ons gezamenlijke oordeel daarover? Wat moet er nog worden bereikt en hoe gaan we dat aanpakken? En hoe gaan we verder?**

In het zorgplan ([hoofdstuk indiceren](#)) staan de doelen en afspraken over wanneer, hoe en met wie deze geëvalueerd worden. In deze fase kijk je samen met de patiënt terug én vooruit. Wat is er bereikt sinds de start van de behandeling of begeleiding? Wat werkt goed, wat minder? En welke stappen zijn nog nodig?

Als werk onderdeel is van het zorgplan, bespreek dan ook de werkgerichte doelen. Denk aan: lukt het om werk te vinden of op te bouwen, is er voldoende steun op de werkvloer, is het plan nog haalbaar?

9.2 Wanneer en hoe vaak kijk je terug?

Hoe vaak je evalueert, hangt af van verschillende factoren, zoals de duur en intensiteit van het traject, de aard van de doelen, de voortgang die wordt geboekt en de voorkeur van de patiënt. Belangrijk is dat evaluaties niet alleen plaatsvinden wanneer er 'iets speelt', maar op vaste momenten. Dat voorkomt dat je te veel wordt geleid door de waan van de dag en helpt om structureel terug te kijken op de voortgang.

Spreek daarom aan het begin van het traject af wanneer de eerste evaluatie plaatsvindt en plan daarna regelmatige momenten in. Hoe vaak dat is, kan verschillen: een intensieve behandeling vraagt om kortere evaluatie-intervallen, bij een langer lopend traject kan het evaluatiemoment wat ruimer gepland worden.

Zo blijft het zorgplan levend en worden de doelen en werkafspraken niet vergeten.

9.3 Hoe evalueer je?

Evalueren kan op verschillende manieren:

- In gesprek: bespreek met de patiënt wat werkt, wat moeilijk is en wat anders moet.
- Zelfreflectie: laat de patiënt bijvoorbeeld werken met een dagboek of een ander hulpmiddel om eigen voortgang te volgen.
- Gedragsobservatie: kijk samen of er veranderingen zichtbaar zijn in gedrag, bijvoorbeeld meer initiatief nemen, contact houden met werk of beter grenzen stellen.
- Input van naasten, werkgevers, collega's (alleen met toestemming): zij kunnen signalen opvangen die patiënt en hulpverlener misschien niet meteen zien.
- Inzet vragenlijsten: bijvoorbeeld door het herhalen van enkele vragen uit de gespreksleidraad, of het gebruik van bijvoorbeeld de [MANSA](#), de [QQ45](#) of de [I-Roc](#)

Gebruik het gesprek ook om te onderzoeken of het zorgplan moet worden aangepast of dat jullie

doorgaan zoals eerder afgesproken. Zo nodig kunnen andere professionals om advies worden gevraagd. Ook kan het doel gehaald zijn, en kan dit onderdeel van het zorgplan worden afgesloten.

10. Afsluiten

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

10.1 Sluit samen goed af

Het afsluiten van een traject is een belangrijke fase: het markeert een overgang naar meer zelfstandigheid, maar vraagt om zorgvuldige overdracht en samenwerking.

De centrale vragen in deze fase zijn:

- **Wat kan de patiënt zelf doen om herstel vast te houden?**
- **Wie helpt mee bij het behouden van werk en het voorkomen van terugval?**
- **Hoe regelen we dat de nazorg doorloopt en dat de patiënt niet zonder vangnet komt te zitten?**

Kijk samen terug op wat er tijdens het traject is bereikt en hoe dat kan worden vastgehouden. Wat werkte goed? Waar liggen nog kwetsbaarheden?

Betrek als het past naasten in de brede zin van het woord (bijvoorbeeld familie, vrienden, ervaringsdeskundigen, lotgenoten, collega's of de werkgever). Zij kunnen steun bieden, signalen oppikken en meedenken over oplossingen. Door dit samen te doen, voelt de patiënt zich gesteund en blijft er een netwerk om hem of haar heen.

10.2 Werken aan een duurzame afronding

Als werk een belangrijk thema was in de behandeling, bespreek hoe dit na de behandeling wordt voortgezet.

- Zijn er afspraken met werkgever, arbodienst of UWV – en zijn die duidelijk en vastgelegd?
- Is er iemand die contact houdt over werk? (bijvoorbeeld een jobcoach, bedrijfsarts of contactpersoon bij de gemeente)
- Welke hulpmiddelen blijven beschikbaar? (zoals de gespreksleidraad, een dagstructuur of ondersteunende apps)
- Is duidelijk binnen welk kader (rechten en plichten) iemand kan experimenteren met werk? (Bijvoorbeeld als iemand wilt proberen te werken maar de zekerheid wil dat dit kan met terugvalmogelijkheid naar de uitkering. Geef aan wie hier dan advies over kan geven (bijvoorbeeld UWV, gemeente of een arbeidsdeskundige)?)

10.3 Zelf aan de slag blijven

Bespreek hoe de patiënt zélf actief kan blijven werken aan herstel én werk. Maak de afspraken concreet en sluit aan bij wat eerder in het zorgplan is vastgelegd.

- Hoe bewaak je balans tussen werk en energie? (bijvoorbeeld door duidelijke grenzen te stellen en vaste rustmomenten in te bouwen)
- Hoe herken je signalen van overbelasting of terugval? (plan periodiek een reflectie en kijk dan hoe

het gaat, wat kun je doen bij overbelasting of terugval – zoals hulp vragen, het werktempo aanpassen of tijdelijk minder uren werken)

- Met wie bespreek je knelpunten? (denk aan werkgever, jobcoach, bedrijfsarts, begeleider of vertrouwenspersoon)
- Wie kan steun bieden? (naasten, lotgenoten, collega's of vrienden)

Maak samen een eenvoudig signaleringsplan: wat zijn signalen, wat kan iemand doen, of wie kan iemand benaderen, als het tijdelijk misgaat?

10.4 Nazorg en doorverwijzing

Nazorg betekent: zorg na de behandeling – de zorg stopt dus niet.

Dit vraagt om goede ketensamenwerking. De overgang van specialistische ggz naar huisarts, gemeente, arbodienst of andere partijen moet soepel verlopen. Dat betekent:

- Duidelijke afspraken over wie het stokje overneemt. Wie blijft aanspreekpunt voor vragen over werk, gezondheid of inkomen?
- Een gedeeld beeld van de doelen en afspraken. Alle betrokkenen – van jobcoach tot werkgever – weten wat er is afgesproken in het zorgplan.
- Lijnen openhouden. Professionals uit de ggz, het sociaal domein en het werkdomein (zoals UWV, gemeente, bedrijfsarts) houden contact waar nodig, zodat de patiënt niet telkens opnieuw zijn verhaal hoeft te doen.

Nazorg is daarmee geen losse stap, maar een voortzetting van het hersteltraject. Door goede samenwerking blijft het netwerk rondom de patiënt actief, ook na afronding van de behandeling, en blijft de patiënt gesteund in werk én leven.

11. Organiseren van zorg

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

11.1 Hoe organiseren we goede zorg rond werk en psychische klachten?

Om arbeid effectief als onderdeel van herstel in te zetten, is samenwerking nodig tussen verschillende partijen: zorgprofessionals, arbodiensten, werkgevers, gemeenten en het UWV. Ook moeten de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn. In dit hoofdstuk lees je wat dit vraagt van zorgprofessionals, zorgorganisaties en de bredere omgeving.

11.2 Wat vraagt dit van zorgprofessionals?

Zorgprofessionals hebben een belangrijke rol in het signaleren van werkgerelateerde problemen en het bespreekbaar maken van werk, of het ontbreken van werk, in relatie tot psychische gezondheid. Dat vraagt:

- Kennis over de invloed van werk op psychische klachten en herstel.
- Vaardigheden om hierover het gesprek aan te gaan, bijvoorbeeld met behulp van de gespreksleidraad.
- Samenwerking met andere betrokkenen, zoals de bedrijfsarts, arbeidsdeskundige of jobcoach.

Professionals ondersteunen patiënten bij het maken van keuzes over werk, het versterken van eigen regie en het zoeken van passende ondersteuning. Daarbij is aandacht voor privacy, het beroepsgeheim en afgestemde communicatie essentieel.

11.3 Wat vraagt dit van de ggz-organisatie / behandelpraktijk?

De ggz-aanbieder kan:

- Scholing en bijscholing aanbieden of zelf volgen over arbeid en psychische gezondheid.
- De gespreksleidraad (of andere ondersteunende tools) actief inzetten in het zorgproces.
- Heldere samenwerkingsafspraken maken met arbodiensten, het sociaal domein en andere ketenpartners.
- Arbeid als vast thema opnemen in het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld als onderdeel van herstelgerichte zorg.
- Ruimte bieden voor inzet van ervaringsdeskundigen of jobcoaches.

Zo ontstaat een werkomgeving waarin professionals toegerust zijn om arbeid als herstelbevorderende factor in te zetten.

11.4 Wat vraagt dit van de omgeving?

Goede zorg rond werk en psychische klachten vraagt ook inzet van andere partijen, zoals:

- Werkgevers: zij zijn (mede)verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden en tijdige inschakeling van de bedrijfsarts. Bij verzuim vanwege psychische klachten geldt een wettelijke verplichting tot inzet van arbozorg.
- Arbodiensten en bedrijfsartsen: zij begeleiden werknemers bij verzuim, voeren risico-inventarisaties uit en adviseren over werkhervatting.
- Gemeenten en UWV: zij bieden ondersteuning bij re-integratie, voorzieningen en begeleiding voor mensen zonder werkgever of met een uitkering.
- Re-integratiebedrijven en jobcoaches: bieden trajectbegeleiding naar (passend) werk.
- Voor zzp'ers ontbreekt structurele arbozorg vaak. Bespreek dit expliciet en onderzoek waar zij terecht kunnen. Voor psychische klachten kunnen ze terecht bij de huisarts of POH-GGZ, die zo nodig. De gemeente biedt hulp via de Participatiewet of WMO. Met een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) is vaak begeleiding via de verzekeraar beschikbaar. Ook kunnen zzp'ers zelf een arbodienst of brancheorganisatie inschakelen voor advies of ondersteuning.

In de achtergronddocumenten wordt verder ingegaan op de verschillende rollen van de genoemde partijen.

11.5 Samenwerking en randvoorwaarden

Goede samenwerking vereist:

- Bereikbaarheid van professionals en duidelijke contactpersonen.
- Afspraken over informatie-uitwisseling, met instemming van de patiënt.
- Duidelijke rolverdeling en verwijsbeleid.
- Aandacht voor continuïteit van zorg en overdracht naar andere domeinen (zoals gemeente of werkbegeleiding).

Gebruik bij voorkeur de [Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden](#) als hulpmiddel bij het afstemmen van informatie-uitwisseling.

11.6 Competenties en professionele ontwikkeling

Om 'arbeid' en goed plek in het zorgproces te geven, zijn specifieke competenties nodig. De [7 CanMed rollen](#) zijn hierin het uitgangspunt. Dit komt ook terug in de [gespreksleidraad 'arbeid als medicijn'](#).



Scholing op dit vlak helpt om arbeidsgerichte zorg structureel in te bedden in het zorgproces. Bijvoorbeeld de [NSPOH](#) heeft een bijpassend trainingsaanbod.

11.7 Kwaliteitsbeleid: werk verankeren in visie en praktijk

Zorgaanbieders die arbeid willen inzetten als onderdeel van herstel, doen er goed aan dit expliciet op te nemen in hun kwaliteitsbeleid. Daarmee wordt werk een terugkerend en toetsbaar thema in de organisatie. Dit vraagt om:

- Heldere doelstellingen: maak concreet wat je wilt bereiken, zoals het verhogen van arbeidsparticipatie of het verbeteren van samenwerking met ketenpartners.
- Opname van arbeid in zorgprocessen: bijvoorbeeld door systematisch gebruik van de gespreksleidraad en opname van werkdoelen in het zorgplan.
- Aandacht in scholing en teamoverleg: zorg dat het thema 'werk en herstel' levend blijft binnen de teams.
- Samenwerking vastleggen: beschrijf afspraken met werkgevers, arbodiensten en gemeenten in samenwerkingsprotocollen.

Door arbeid een vaste plek te geven in het kwaliteitsbeleid, laat je als organisatie zien dat maatschappelijke participatie onderdeel is van goede zorg.

11.8 Financiering

De organisatie van zorg rond werk raakt meerdere domeinen: zorgverzekeringswet, Wmo, UWV en werkgevers. Dit vraagt om goede afstemming en samenwerking. Financiering mag geen belemmering vormen voor passende inzet van werkgerichte ondersteuning. Vaak is het mogelijk om trajecten op maat op te zetten met behulp van (financiering van) UWV, gemeente, de eigen werkgever of de eigen investering van de patiënt.

Hoewel niet alle onderdelen onder het basispakket van de zorgverzekering vallen, hoort aandacht voor werk en participatie bij goede zorg. Zorgprofessionals kunnen bijdragen aan participatie via diagnostiek, behandeling en coördinatie van zorg. Het daadwerkelijk regelen van werk of begeleiding valt onder het participatiedomein.

Het begeleiden van mensen richting werk kost geld, maar niets doen kost vaak nog meer, bijvoorbeeld

door langdurige uitval en verlies van productiviteit.

Meer uitgebreide omschrijving zie de [achtergronddocumenten](#).

11.8.1 budgetimpact analyse

Tijdens de ontwikkeling van de zorgstandaard is een budget impactanalyse (BIA) uitgevoerd. Daaruit blijkt dat het implementeren van de gespreksleidraad in de huisartsenzorg en de generalistische basis GGZ financieel haalbaar en potentieel kosteneffectief is. Bij training van 3.500 POH's-GGZ en 1.000 professionals in de basis GGZ, en toepassing bij oplopend percentage van de doelgroep over vijf jaar, bedragen de kosten circa €60 per patiënt. Als de gespreksleidraad leidt tot slechts 2,3% vermindering van productiviteitsverlies, zijn de kosten al gedekt. Bij 5% of 10% vermindering ontstaan maatschappelijke baten van €7 miljoen tot bijna €20 miljoen. Dit laat zien dat investeren in werkgerichte gespreksvoering ook economisch verantwoord is.

Meer uitgebreide omschrijving staat in de [achtergronddocumenten](#).

12. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

12.1 Inleiding kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren zijn nodig om een indicatie te krijgen van de kwaliteit van zorg, maar zijn geen op zichzelf staand doel. Idealiter sluiten de indicatoren aan bij de dagelijkse praktijk of reeds bestaande registraties.

Voor evaluatie van kwaliteit van zorg op het niveau van de individuele patiënt kan hoofdstuk ‘ [monitoren en evalueren](#) ’ worden geraadpleegd.

12.2 Overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren

Indicatoren helpen om inzicht te krijgen in hoeverre de zorgstandaard wordt toegepast in de praktijk, en waar verbetering mogelijk is. Het doel is niet verantwoording, maar leren en verbeteren — zodat arbeid ondersteunt aan herstel en burgerschap.

12.3 Kwaliteitsindicatoren 'arbeid als medicijn'

- Werk als onderdeel van het kwaliteitsbeleid: De organisatie heeft arbeid meegenomen als onderdeel van herstelondersteunende zorg en dit thema expliciet opgenomen in het kwaliteitsbeleid.
- Scholing over werk en psychische gezondheid:
 - Zorgprofessionals krijgen scholing over de rol van werk in herstel en samenwerking met externe partners (zoals bedrijfsartsen of gemeenten).
 - Zorgprofessionals kennen de [gespreksleidraad 'arbeid als medicijn'](#)
- Bespreken van werk in het zorgproces: In het zorgproces is systematisch aandacht voor de invloed van werk op klachten en herstel.

13. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 01-12-2025 Beoordelingsdatum 01-12-2025

13.1 De verschillende rollen van de ketenpartners

13.1.1 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 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 door werknemers worden geraadpleegd bij werk-gerelateerde zorgen. Dit komt neer op een vorm van arbeidsomstandighedensprekuur. Hoewel werkgevers eerder niet verplicht waren een dergelijk spreekuur of vrije toegang tot de bedrijfsarts te regelen, is dit sinds de wetswijziging van 2017 wel verplicht. In de vernieuwde Arbowet is vastgelegd dat werknemers via een open spreekuur contact kunnen opnemen met de bedrijfsarts, ook als zij nog geen klachten of verzuim hebben. Tevens krijgt de bedrijfsarts vrije toegang tot de werkvloer om de arbeidsomstandigheden goed te kunnen beoordelen.

13.1.2 Situatie nu

Uit onderzoek van Panteia ²¹ 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. 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.

13.1.3 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.

13.1.4 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 diploma 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 kan (met toestemming van de patiënt) informatie opvragen bij de behandelaar om tot een betere beeldvorming te komen. 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. In de ondersteuning van het herstel - en zeker bij stagnatie - 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). In het rapport '[Positie arboverpleegkundigen: Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg](#)' worden de mogelijkheden van taakherschikking tussen bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten binnen de arbeidsgelateerde 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.

13.1.5 Organisaties gericht op arbeidsgelateerde 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.

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.

13.1.6 Arbeidsgelateerde 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.

13.2 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.

13.2.1 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.

13.2.2 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.

13.2.3 Gemeentelijk domein

Sinds de komst van de Participatiewet (2015) zijn gemeenten verantwoordelijk voor de arbeids(re)integratie van mensen die geen uitkering van het UWV ontvangen. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met bijstand, mensen met een Wajong-uitkering die is toegekend vanaf 2015, mensen die gebruikmaken van beschut werk (voorheen de sociale werkvoorziening) of dagbesteding (sociale activering), en om mensen zonder uitkering (niet-uitkeringsgerechtigden) die hulp nodig hebben om (weer) aan het werk te gaan. Het uitgangspunt van de wet is: participeren naar vermogen.

Naast de Participatiewet vallen ook de Jeugdwet, inclusief de jeugd-ggz, en de Wet Passend Onderwijs onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

13.2.4 Zorgdomein

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz) voor patiënten 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 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 domein overstijgend 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 inzicht gevende 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 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.

13.2.5 Algemeen

Een zorgstandaard 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 zorgstandaard 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 zorgstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

13.3 Relevante websites

- [Zetikdestap.nl](https://www.zetikdestap.nl): Op deze pagina vinden patiënten begrijpelijke informatie over veranderingen in werk of dagbesteding, zoals overstappen naar beschut werk, de stap van een Wajong-uitkering naar betaald werk, of stoppen met werken als dat niet meer lukt.
- [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.

- [Individuele Plaatsing en Steun](#) (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.
- Stigma:
Toolkit destigmatisering op [Phrenos.nl](#) en de [zelfstigma test via MIND](#), waaronder:
 - [Verzwijgen of vertellen: conceal or reveal \(CORAL\)](#): Hulp voor patiënten bij de keuze om werkgevers over een psychische aandoening te informeren.
- [Hoofdzaak } Werk](#) is een landelijk programma van het convenant Sterk door Werk dat mensen met een psychische kwetsbaarheid ondersteunt naar betaald en duurzaam werk, met bijna 5000 begeleidingstrajecten in 35 arbeidsmarktregio's, waarin ggz-instellingen, gemeenten, UWV en werkgevers samenwerken aan een structureel en duurzaam uitvoerbaar proces.
- Op de website van [Centrum Werk Gezondheid](#) vind je kennis, tools en onderzoek rond gezond en duurzaam werken, gericht op gezondheidsmanagement, inzetbaarheid, vertrouwen en werken met een chronische aandoening, in samenwerking met werkgevers, werknemers, patiëntenorganisaties, professionals en overheden.
- De pagina [Blijven werken met psychische klachten](#) biedt werkgevers inzicht en handvatten om medewerkers met psychische klachten aan het werk te houden, zowel om ziekteverzuim en kosten te beperken als om talenten en vermogens maatschappelijk optimaal te benutten.
- [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.
- [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.

13.4 Gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn'

13.4.1 Achtergrond en ontwikkeling van de gespreksleidraad

Voor de ontwikkeling van de standaard 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 ²² beschrijft 7 verschillende modellen 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 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.

Hierna volgt de inhoud van de gespreksleidraad, deze is ook in het geheel te downloaden. [Klik hier](#).

13.4.2 Samen werken aan werk en herstel

Werk kan een belangrijke rol spelen bij gezondheid en herstel, maar het kan ook belemmerend zijn. Voor sommigen biedt werk structuur, zelfvertrouwen en sociale contacten; voor anderen zorgt het juist voor te veel stress of overbelasting. Wat werk betekent, verschilt voor iedereen. Daarom is het belangrijk om hierover tijdig en samen in gesprek te gaan.

Deze gespreksleidraad biedt handvatten om werk te bespreken binnen de behandeling of begeleiding van mensen met psychische problemen. De leidraad helpt inzicht te krijgen in iemands situatie: in de wensen, mogelijkheden en behoeften die er zijn – in het tempo dat past bij de betrokkene.

We gebruiken de metafoor van een landschap om het gesprek te voeren. Werken aan werk betekent onderzoeken wat werk voor iemand betekent: wat is mijn verhaal, welke ervaringen heb ik, en waar wil ik naartoe? Het gaat over stilstaan bij wat ik doe, wat ik wil en wat ik kan. Over wat of wie mij helpt, mijn rechten en plichten, en eventuele andere factoren, zoals mantelzorg.

In de leidraad vind je bij elk thema voorbeeldvragen die helpen het gesprek op gang te brengen. Deze vragen zijn geen checklist: kies wat past en laat weg wat niet relevant is. Zo ontstaat een persoonlijk en betekenisvol gesprek.



Samen werken aan werk en herstel

Werk draagt vaak bij aan herstel en gezondheid: het geeft houvast, contact en betekenis. Maar soms is werk juist een bron van te veel stress of overbelasting. Met deze gespreksleidraad onderzoek je wat werk voor jou betekent en welke rol het speelt in jouw herstel.

Akwa
GGZ Samen werken aan herstel
GGZ Samen werken aan herstel

13.4.3 Samen in gesprek over werk en herstel

Wil je met plezier blijven werken, opnieuw aan de slag gaan of misschien op zoek naar werk dat beter bij je past? Werk kan bijdragen aan gezondheid en herstel: het kan structuur geven, sociale contacten versterken en zorgen voor een gevoel van betekenis. Tegelijkertijd kan werk ook belastend zijn en herstel in de weg staan — soms is werk zelfs onderdeel van het probleem.

Daarom is het belangrijk om samen met je begeleider of hulpverlener in gesprek te gaan over werk. Wat zijn je wensen, behoeften en mogelijkheden? Wat past op dit moment bij jou? Wat helpt je vooruit en wat belemmert je juist? Door daar samen over te praten, kun je keuzes maken die echt bij je passen.

Deze leidraad helpt om die gesprekken goed te voeren. De onderwerpen zijn verdeeld over negen thema's die gaan over de belangrijkste aspecten van werk, gezondheid en herstel.

Elk thema wordt vanuit het perspectief van de betrokkene belicht.

1. Arbeid als medicijn – de betekenis van werk voor mijn gezondheid en herstel.
2. Mijn verhaal – mijn huidige situatie en ervaringen met werk.
3. Wat doe ik? – mijn dagelijkse activiteiten en hoe ik daarover denk.
4. Wat kan ik? – mijn mogelijkheden, vaardigheden en grenzen in relatie tot werk.
5. Wat wil ik? – mijn wensen, waarden en doelen rondom werk.
6. Wat helpt mij? – steunbronnen, ervaringen en strategieën die mij verder brengen.
7. Wie helpt mij? – betrokkenen en samenwerkingspartners.
8. Rechten en plichten – wat ik moet weten over wet- en regelgeving.
9. En verder? – ruimte voor andere onderwerpen die voor mij belangrijk zijn.

Elk thema bevat:

- Voorbeeldvragen om inzicht te krijgen in mijn situatie;
- Een korte toelichting voor meer achtergrond;
- En eventueel suggesties voor aanvullende informatie of ondersteuning.

Iedereen is anders. Wat voor de één werkt, hoeft voor een ander niet helpend te zijn. Samen beslissen betekent aandacht hebben voor mijn situatie, mijn waarden en mijn tempo.

Stappen

Samen beslissen: ik sta centraal – met ruimte voor steun van een naaste

‘Samen beslissen’ betekent dat ik samen met mijn hulpverlener keuzes maak over mijn behandeling of begeleiding. Ik geef aan wat belangrijk voor mij is, mijn hulpverlener denkt mee, onderzoekt mogelijkheden en helpt bij het nemen van beslissingen.

Als ik dat prettig vind, kan ik bij elke stap ondersteuning krijgen van een naaste – bijvoorbeeld een partner, vriend(in), familielid of mantelzorger. De vier stappen van samen beslissen:

Stap 1 – Voorbereiden

Ik denk na over wat ik wil bespreken.

Ik kies de thema's die voor mij nu belangrijk zijn.

Ik verzamel alvast informatie over deze onderwerpen.

Stap 2 – In gesprek gaan

Ik vertel aan het begin van het gesprek wat voor mij belangrijk is.

Ik stel de vragen die ik heb voorbereid.

Stap 3 – Keuzes maken en vervolgstappen bepalen

Samen bespreken we welke mogelijkheden er zijn en wat die voor mij betekenen.

We bepalen gezamenlijk welke vervolgstappen passend zijn.

Stap 4 – Afspraken maken en afronden

We maken duidelijke afspraken: wie doet wat, wanneer en met wie?

We leggen de afspraken vast en plannen een moment om samen te evalueren.

13.4.4 Mijn verhaal

Algemene vragen

- Wat is mijn situatie? (*maak een keuze*)
 - Ik werk op dit moment.
 - Ik heb wel een baan, maar ik kan op dit moment niet werken.
 - Ik heb geen werk.
 - Ik heb een uitkering
- Welke klachten ervaar ik op dit moment?
- Waaraan zou ik merken dat het beter met mij gaat?

Als ik op dit moment aan het werk ben

- Wat voor werk doe ik?
- Wat is de invloed van werk op mijn psychische gezondheid?
- Wat kan ik op dit moment niet doen – en wat juist wel?
- Hoe is mijn relatie met mijn werkgever?
- Hoe is mijn contact met collega's?
- Zijn er conflicten op het werk?
- Kan ik open zijn over mijn psychische klachten op het werk?

Als ik wel een baan heb, maar nu niet kan werken

- Wat kan ik op dit moment wél doen?
- Kan werken bijdragen aan mijn herstel, of juist niet?
- Hoe denk ik dat mijn re-integratie zal verlopen?
- Heb ik contact met een bedrijfsarts? En zo ja: hoe is dat contact?
- Wat heb ik nodig om weer aan het werk te kunnen?

Als ik op dit moment geen werk heb

- Hoe lang heb ik geen werk?
- Welke gevolgen heeft dat voor mij?
- Heb ik eerder gewerkt?
- Wat zou ik op dit moment kunnen doen?

13.4.5 Arbeid als medicijn

- Wat betekent werk voor mij?
- Welke invloed heeft werk op mijn gezondheid?
(0 = heel negatief, 10 = heel positief)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Wat is de invloed van werk op mijn herstel?
(0 = helemaal niet, 10 = heel sterk)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Wat is de invloed van mijn omgeving op mijn herstel?
(0 = helemaal niet, 10 = volledig)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Wat zou ik doen als ik genoeg geld had om nooit meer te hoeven werken?

13.4.6 Wat doe ik?

Algemene vragen

- Wat zijn op dit moment mijn dagelijkse activiteiten?
- Hoe zorg ik voor mezelf?
(0 = heel slecht, 10 = heel goed)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Ben ik tevreden over wat ik doe?
(0 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Wat zou er moeten veranderen om één punt hoger te scoren op de vorige vraag?
- Wat zou ik dan wél doen, wat ik nu (nog) niet doe?
- Wat heb ik nodig om dat voor elkaar te krijgen?
- Over welke dingen die ik nu doe, ben ik zo tevreden dat ik ze graag wil blijven doen?

Als ik wel een baan heb, maar op dit moment niet kan werken

- Houd ik op dit moment contact met mijn werk? Zo ja, hoe?
- Zou ik nu al iets kunnen doen op mijn werk? Zo ja, wat dan?

Toelichting

Heb ik werk? Dan is het belangrijk om – als dat kan – zelf contact te houden met mijn werkgever. In de praktijk blijkt dat dit contact vaak helpt om later goed te kunnen terugkeren op de werkplek.

Mijn hulpverlener mag alleen informatie over mij delen met mijn werkgever als ik daar uitdrukkelijk toestemming voor geef. Ik kan altijd vragen wat het doel is van het delen van gegevens en om welke informatie het precies gaat.

13.4.7 Wat kan ik?**Algemene vragen**

- Wat doe ik graag en waar ben ik goed in?
- In mijn werk of vrije tijd ben ik graag bezig met
- Ik kan goed ...
- Wat zijn mijn sterke eigenschappen en vaardigheden?
- Wat ik waardevol vind is ... en ik doe het voor ...
- Ik doe het omdat ...
- Ik wil graag groeien en me verder ontwikkelen in ...
- Om te groeien en me verder te ontwikkelen is het nodig dat ...
- Hoe ziet je werkomgeving eruit als ik elke dag mijn sterke eigenschappen en vaardigheden zou kunnen inzetten?
- Welk werk past hierbij?

13.4.8 Wat wil ik?**Algemene vragen**

- Welk werk past het best bij mij?
- Wat vind ik belangrijk in werk?

- Wat verwacht ik van mezelf als het om werk gaat? Is dat haalbaar?

Als ik op dit moment aan het werk ben

- Ben ik trots op het bedrijf of de organisatie waar ik voor werk?
- Voel ik me thuis in het team waarin ik werk?
- Ben ik blij met het werk dat ik doe?
- Wanneer heb ik plezier in mijn werk?
- Waar krijg ik energie van in mijn werk?
- Ben ik tevreden over wat mijn werk mij oplevert?
- Ben ik tevreden over wat mijn werk mij oplevert?
(0 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Wat zou er moeten veranderen om één punt hoger te scoren op de vorige vraag?
- Hoe zou ik me dan voelen?

Als ik op dit moment geen werk heb

- Zou ik willen werken?
- Wat voor werk zou ik graag willen doen?

Toelichting

Als ik verder wil onderzoeken wat voor werk goed bij mij past, kan ik gebruikmaken van het rijtje van de vier A's. Deze helpen om mijn wensen en behoeften op een rij te zetten:

1. Arbeidsinhoud: Wat voor soort werk wil ik doen? Wil ik ruimte om te leren en mezelf te ontwikkelen? Hoeveel vrijheid wil ik in mijn werk?
2. Arbeidsomstandigheden: In wat voor omgeving werk ik graag? Hoeveel fysieke inspanning wil ik leveren? Bij welke werkdruk voel ik me prettig? Voel ik me veilig op de werkvloer?
3. Arbeidsverhoudingen: Hoe wil ik samenwerken met collega's of leidinggevenden? Wil ik meedenken en meebeslissen over hoe het werk wordt uitgevoerd?
4. Arbeidsvoorwaarden: Wat zijn mijn wensen rondom loon, werktijden, contractvorm, scholing of doorgroeimogelijkheden?

Meer informatie

- Wil ik meer inzicht in mijn sterke kanten en ontwikkelpunten in werk? Dan kan een ontwikkelassessment helpen. Daarmee breng ik in kaart wat goed gaat en waar nog groei mogelijk is. Meer informatie: [Routewijzernaarwerk.nl](https://www.routewijzernaarwerk.nl)
- Voor begrijpelijke informatie over veranderingen in werk of dagbesteding, zoals overstappen naar beschut werk, de stap van een Wajong-uitkering naar betaald werk of stoppen met werken als dat niet meer lukt: [Zetikdestap.nl](https://www.zetikdestap.nl)

13.4.9 Wat helpt mij?**Algemene vragen**

- Wat heeft mij tot nu toe het meest geholpen?
- Hoe is het mij in het verleden gelukt om met problemen om te gaan of ze op te lossen?
- Kan ik over mijn psychische klachten praten met anderen?

- Weet mijn huisarts hoe mijn werksituatie eruitziet?
- Hoe verloopt de communicatie tussen mij en mijn hulpverleners?

Als ik op dit moment aan het werk ben

- Hoe is het contact met mijn collega's?
- Weet ik wat ik wel en niet wil bespreken op mijn werk over mijn psychische klachten? En lukt dat ook?
- Wat vertel ik wél en wat niet over mijn persoonlijke situatie op het werk?
- Welke steun verwacht ik van mijn collega's – en wat liever niet?
- Wat is mijn rol of positie in het team? Past die bij mij?

Als ik op dit moment niet werk

- Doe ik mee aan een re-integratietraject?
- Zo ja, met welke instantie of begeleider werk ik samen?
- Wat houdt de begeleiding of het traject in?
- Zijn er praktische belemmeringen die het moeilijk maken om weer te gaan werken, zoals reisafstand of de inrichting van mijn werkplek?

Toelichting

Even stilstaan bij wat ik op dit moment nodig heb, kan helpen om nieuwe manieren te vinden om met mijn situatie om te gaan. Ook nadenken over wat ik eerder heb gedaan om problemen op te lossen, kan hoop geven of inspireren om iets anders of nieuws te proberen.

Meer weten

- Wil ik nadenken over wat ik wel of niet vertel aan een werkgever over mijn psychische klachten? Kijk dan op: [Verzwijgen of vertellen: conceal or reveal \(CORAL\)](#).
- Kijk ook op de website van Kenniscentrum Phrenos voor de [toolkit destigmatisering](#).

13.4.10 Wie helpt mij?**Algemene vragen**

- Wie zijn er op dit moment betrokken bij mijn situatie op het werk?
- Krijg ik begeleiding van een bedrijfsarts of jobcoach?
- Is er hulp nodig van een bedrijfsarts of een andere arbo-professional?
- Zijn er anderen die erbij betrokken moeten worden?
- Welke afspraken zijn er gemaakt?
- Wat kan mijn hulpverlener op dit moment voor mij betekenen?
- Wat verwacht ik van anderen? En wat verwachten zij van mij? Is dat haalbaar?

Toelichting

Als ik (gedeeltelijk) uitval terwijl ik werk, geldt de Wet verbetering poortwachter. Deze wet zorgt ervoor dat mijn werkgever de eerste twee jaar minimaal 70% van mijn loon moet doorbetalen. In die periode moet de werkgever zich actief inzetten om passend werk voor mij te vinden. Dat gebeurt in overleg met een bedrijfsarts of Arbodienst. Van mij wordt verwacht dat ik hieraan meewerk en in gesprek blijf over mijn mogelijkheden.

Blijf ik ondanks deze inspanningen arbeidsongeschikt, dan kan ik na twee jaar worden ontslagen. In dat geval heb ik mogelijk recht op een uitkering van het UWV.

Heb ik al een uitkering via het UWV (bijvoorbeeld door werkloosheid of arbeidsongeschiktheid), dan is het UWV verantwoordelijk voor mijn re-integratie.

Heb ik een bijstandsuitkering of geen uitkering, dan ligt die verantwoordelijkheid bij de gemeente.

Meer weten

- Meer informatie over wat ik kan verwachten van mijn gemeente of het UWV, en welke hulp ik kan krijgen: routewijzernaarwerk.nl
- Een overzicht van wie in mijn situatie verantwoordelijk is voor re-integratie: rijksoverheid.nl – [Hulp bij re-integratie](#).
- Meer over de verantwoordelijkheden van mij en mijn werkgever in de eerste twee jaar van uitval staat op de [website van het UWV](#).
- Informatie over re-integratie vanuit de gemeente (Participatiewet), kan je vinden op [deze website van de rijksoverheid](#).

13.4.11 Rechten en plichten

Algemene vragen

- Weet ik wat mijn rechten en plichten zijn rondom werk?
- Heb ik hier vragen over?
- Weet ik waar ik antwoorden kan vinden of aan wie ik ze kan stellen?

Toelichting

In Nederland is er een uitgebreid systeem van sociale zekerheid. Dit systeem biedt verschillende regelingen om aan het werk te blijven of weer aan het werk te gaan — ook als ik psychisch kwetsbaar ben. Daarbij heb ik zowel rechten als plichten.

Het kan soms ingewikkeld zijn om deze regels goed uit elkaar te houden. Gelukkig is er veel betrouwbare informatie beschikbaar via belangenorganisaties en overheidswebsites.

Meer weten

- arboportaal.nl: alles over gezond en veilig werken, de Arbowet en praktische tips.
- juridischloket.nl: uitleg over waar ik recht op heb en wat ik kan doen als ik vragen heb.

13.4.12 En verder?

Algemene vragen

- Is er een ander onderwerp dat voor mij belangrijk is als het om werk gaat?
- Welk thema is dat?
- Heeft dit invloed op mijn werk, mijn psychische gezondheid of mijn mogelijkheden om weer aan het werk te gaan?
(0 = geen invloed, 10 = grote invloed):
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

13.4.13 Werk en gezondheid

Werk en gezondheid hebben veel met elkaar te maken. Psychische klachten kunnen het lastig maken om te werken, maar soms ontstaan die klachten juist dóór problemen op het werk.

- Hoe is dat bij jou?

Soms helpt het om tijdelijk te stoppen met werken, zodat je ruimte hebt om te herstellen. Maar te lang thuiszitten is voor de meeste mensen niet goed. Werk geeft structuur, contact en een gevoel van betekenis. De kunst is om de juiste balans te vinden.

Je financiële situatie

Meer of minder uren werken heeft invloed op je inkomen, toeslagen en pensioen. Dat kan best ingewikkeld zijn om zelf uit te rekenen. Weet jij wat de gevolgen zijn als je meer of minder gaat werken?

Tip: met de [Werkurenberekenaar](#) van het Nibud kun je dit eenvoudig bekijken.

Wat vraagt je werk van je?

- Hoe goed past je werk bij wat je kunt en wilt?
- Geeft het je energie of kost het vooral energie? Denk bijvoorbeeld aan:
 - de hoeveelheid werk en uitdaging die je hebt;
 - hoeveel invloed je hebt op je eigen manier van werken;
 - of je steun krijgt van collega's of leidinggevende;
 - of je ruimte krijgt om te leren of je te ontwikkelen.
 - Wat zou er moeten veranderen zodat jouw werk beter bij je past?

Stress

Iedereen heeft stress, maar we gaan er allemaal anders mee om.

- Wat geeft jou spanning? En wat helpt jou om te ontspannen?

Stress komt niet alleen door nare gebeurtenissen. Ook iets positiefs – zoals een verhuizing, bruiloft of promotie – kan spanning geven. De manier waarop je met stress omgaat én de steun van mensen om je heen maken vaak het verschil.

Betrokkenheid

- Heb je plezier in je werk?
- Voel je je verbonden met de mensen met wie je werkt?

Als je enthousiast bent en je onderdeel voelt van het geheel, heeft werk vaak een positieve invloed op je gezondheid en herstel.

- Wat maakt jouw werk leuk of juist zwaar?

Je manier van denken

Hoe kijk jij naar succes of tegenslag? Denk je: 'Ik bepaal zelf of iets lukt'? Of denk je eerder: 'Het hangt af van geluk of pech'? Je manier van denken beïnvloedt hoe je werk of werkloosheid ervaart.

Wijlt je alles aan jezelf, dan kan werkloosheid of ziekte zwaar voelen. Voelt het juist alsof dingen je

overkomen, dan kan het moeilijker zijn om initiatief te nemen. De meeste mensen zitten daar ergens tussenin.

- Hoe is dat voor jou?

Tot slot

Werk zorgt voor structuur in je dag. Je ontmoet mensen, doet iets wat ertoe doet en draagt bij aan de samenleving. Werk kan ook je gevoel van eigenwaarde versterken.

- **Wat betekent werk voor jou persoonlijk?**
- **Wat zou werken, nu of straks, kunnen bijdragen aan jouw herstel?**

13.5 Budget impactanalyse

13.5.1 Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de zorgstandaard '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 ±€ 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.

13.5.2 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 ±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 ±€ 68 per uur), wat leidt tot een totaal van ±€ 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 presentisme, namelijk het verminderd productief zijn als gevolg van psychische

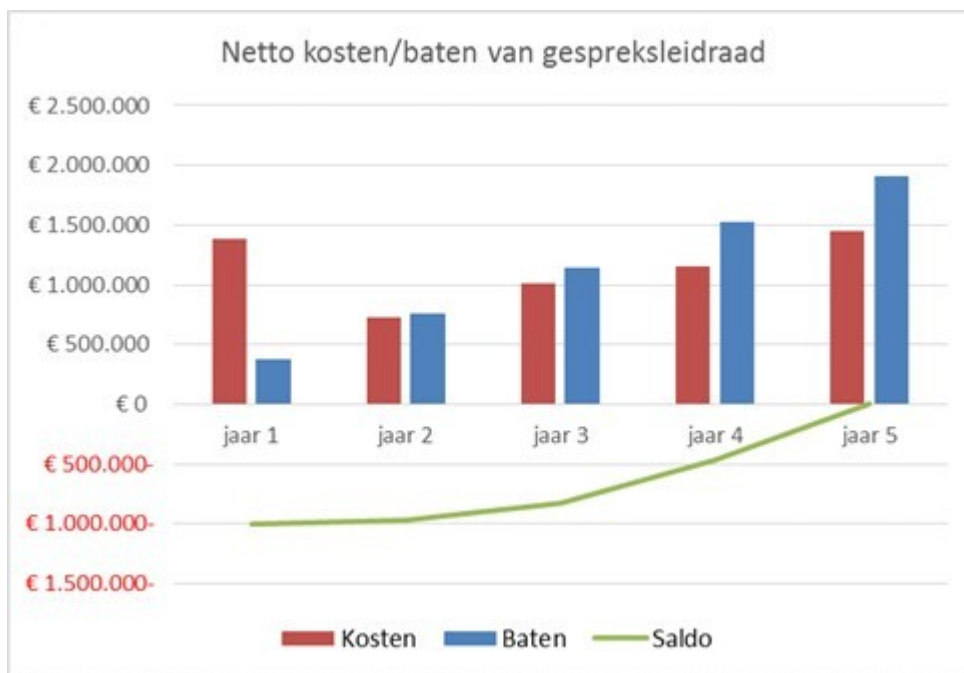
klachten terwijl men wel aanwezig is op het werk.

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 $\pm €60$ 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:



13.5.3 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.

13.5.4 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.

14. Referentielijst

1. McKee-Ryan, F. S. (2015). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Appl Psychol.* Jan, pp. 90(1):53-76.
2. Harvey SB, M. M.-S. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med.* doi:10.1136/oemed-2016-104015.
3. van Oosten AJ, v. M. (2023). The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry.* doi:10.1186/s12888-023-05418-z
4. van Hees, S. (2023). Supporting employees with common mental health problems at work: a realist approach. Tilburg: HAN University.
5. Schat A., v. N. (2013). Predictors of outcome in outpatients with anxiety disorders: the Leiden routine outcome monitoring study. *J Psychiatr Res*, pp. 4712:1876-85.
6. Schuring M, R. S. (2017, nov 1). The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism. *Scand J Work Environ Health*, pp. 43(6):540-549. doi:10.5271/sjweh.3675
7. McGrath MO, K. K. (2023, apr 17). Disclosure of Mental Health Problems or Suicidality at Work: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, p. 20(8):5548. doi:10.3390/ijerph20085548
8. TNO. (2024). Factsheet week van de werkstress 2024. Opgehaald van <https://monitorarbeid.tno.nl/>: <https://monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/sites/16/2024/11/TNO-Factsheet-werkstress-2024.pdf>
9. Nuijen J, V. B.-M. (2018). Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Utrecht: Trimbos Instituut.
10. Trimbos. (sd). NEMESIS Kerncijfers psychische aandoeningen Demografische kenmerken. Opgeroepen op februari 7, 2025, van <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis>: <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/demografische-kenmerken/>
11. Place C, H. L. (2015). Factsheet Panel Psychisch Gezien. Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen. Utrecht: Trimbos.
12. www.tno.nl. (2022, nov 14). Opgeroepen op 2025, van Monitor en impact-assessment: <https://www.tno.nl/nl/newsroom/2022/11/werkgevers-werkdruk-arbeidsrisico/>
13. Trimbos. (sd). Omvang mentale problemen. Opgeroepen op mei 16, 2025, van <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/arbeid-en-mentale-gezondheid/omvang-mentale-problemen/>
14. Graaf de R., T. M. (2015). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos.
15. Trimbos. (sd). Omvang mentale problemen. Opgeroepen op mei 16, 2025, van <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/arbeid-en-mentale-gezondheid/omvang-mentale-problemen/>
16. van Oosten AJ, v. M. (2023). The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry.* doi:10.1186/s12888-023-05418-z
17. Vukadin M, S. F. (2020, Jul 15). Evaluation of an implementation strategy for Individual Placement and Support in the Netherlands: a 30-month observational study. *BMC Psychiatry.*, p. 15;22(1):473. doi:10.1186/s12888-022-04121-9
18. van Weeghel J, B. C. (2020, Mar). Individual placement and support in the Netherlands: Past,

- present, and future directions. *Psychiatr Rehabil J.*, pp. 43(1):24-31. doi:10.1037/prj0000372
19. Finne J, H. K. (2023, Jan 31). Mental health professionals' expectations and efforts to include employment for people with moderate to severe mental illness in treatment settings. *BMC Psychiatry.*, p. 23(1):82. doi:10.1186/s12888-023-04568-4.
 20. Andreassen CS, G. M. (2016). The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, p. 11(5). doi:10.1371/journal.pone.0152978
 21. Sax M., R. L. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015. Zoetermeer: Panteia.
 22. Janlert U., H. A. (2009, july 14). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, pp. 9, 235. doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235