

# De preventie van psychische problemen

## ENTREETOETS

1. Wat wordt bedoeld met psychosociale arbeidsbelasting?
2. Welke soorten werkdruk bestaan er (kies het volledigste antwoord)?
  - a. kwantitatieve en kwalitatieve werkdruk
  - b. objectieve en subjectieve werkdruk
  - c. kwantitatieve en kwalitatieve werkdruk en objectieve en subjectieve werkdruk
3. Hoeveel kost werkstress de Nederlandse samenleving?
4. Welke ziekten kunnen het gevolg zijn van werkstress (meerdere antwoorden mogelijk)?
  - a. hartvaatziekten
  - b. slaapproblemen
  - c. depressieve klachten
5. Het terugdringen van werkstress in organisaties is een verantwoordelijkheid van de werkgever en de werknemer.
 

juist/onjuist

## Samenvatting

Het risico dat een werknemer als gevolg van werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting uitvalt door psychische problemen neemt steeds verder toe. Onderzoek naar het risico om psychische problemen te krijgen in werk loont. De auteur illustreert dit met resultaten uit eigen onderzoek. Onderzoek is in de eerste plaats in het belang van het behoud van de gezondheid van de werknemer, daarnaast is er minder uitval met de bijkomende druk op collega's en tot slot leidt het tot een flinke kostenbesparing voor de organisatie en de maatschappij. Een vragenlijstonderzoek gericht op psychosociale arbeidsbelasting is een eenvoudige manier om medewerkers op te sporen die een risico lopen op de ontwikkeling van klachten die tot verzuim kunnen leiden. Na de vaststelling van het verhoogde risico volgt een consult om een geschikte interventie aan te bieden. Er zijn veel interventiemogelijkheden. Op basis van de wetenschappelijke literatuur blijkt een aanpak via cognitieve gedragstherapie het effectiefst.

## INLEIDING

Op 7 april 2018 was in de Volkskrant te lezen dat een kwart van de studenten kampt met burn-outklachten. Een op de zeven heeft last van ernstige angst- en depressieklachten. Ook zelfmoordgedachten komen geregeld voor. Dat blijkt uit onderzoek van Hogeschool Windesheim, uitgevoerd tussen december 2017 en maart 2018, onder 3134 studenten. Onderzoeksbureau TNO schat de totale maatschappelijke kosten van werkstress tussen de vier en vijf miljard euro per jaar.<sup>1</sup> TNO vond dat werkgevers zo'n 2,2 miljard euro per jaar kwijt zijn aan verzuimdagen wegens werkstress. Dit is exclusief begeleiding, vervangend personeel en productieverlies. 1,3 miljoen werknemers vinden dat

**J.R.M. Blekemolen**, bedrijfsarts en A&O deskundige, Vodemol Uitgedokterd Organisatie Advies, Muiderberg en klinisch arbeidsgeneeskundige Preventief Medisch Onderzoek IKANED, Hilversum

### Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- weet u meer over werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting;
- kent u mogelijke gevolgen van werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting;
- kent u de belangrijkste interventies die preventief kunnen worden toegepast bij de gevolgen van werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting.

lichamelijk (soms niet zichtbaar voor anderen)	emotioneel (meestal waarneembaar door anderen)	gedragmatig (meestal waarneembaar door anderen)	cognitief (soms waarneembaar door anderen)
hoofdpijn	ontevreden	snel geïrriteerd	besluiteloos
nek- of rugpijn	prikkelbaar	agressief	piekeren
zweeten	onzeker	meer roken en drinken	concentratieproblemen
slecht slapen	ongemotiveerd	meer medicijngebruik	verstrooid
maag- of darmklachten	agressief	geremd	vergeetachtig
onrust	desinteresse	slecht presteren	ongeïnteresseerd
moe	snel huilen	cynisme	van de hak op de tak
aankomen of afvallen	stemmingswisselingen	vaker ziek melden	niets afmaken
hartkloppingen	opgejaagd	isoleren van anderen	prioriteiten verwarren
duizeligheid	schuldgevoel	kleine ongelukjes	afwezig

Tabel 1 Indeling van stresssignalen.

psychologische gezondheid	fysieke gezondheid	gedragmatige gevolgen
stressgerelateerde aandoeningen	hartziekten	ziekteverzuim
depressie	slaaproblemen	personeelsverloop
vermoeidheid	afname van algemene fysieke gezondheid	ongelukken en verwondingen op de werkvloer
herstelbehoefte		werk-familieconflict
angststoornissen		vervroegd pensioen vanwege uitval
burn-outklachten		werk-familieconflict
psychosomatische klachten		
ontevredenheid met het leven		
verminderde mentale gezondheid		

Tabel 2 Gezondheidsrisico's.

hun leidinggevende niet genoeg oog heeft voor hun welzijn, aldus TNO. Dit zijn schokkende cijfers. Er is mede gelet op de cijfers bij studenten ook geen aanleiding om te denken dat deze cijfers op korte termijn lager zullen worden. In de snelle en veeleisende maatschappij waarin we tegenwoordig leven, met veel spanningen, veel tijdelijke contracten en waarin we continu verbonden zijn, heeft het er alle schijn van dat de cijfers eerder zullen toenemen. Toch wordt aan de preventie van werkstress maar weinig aandacht geschonken in Nederland. Door middel van een eenvoudig vragenlijstonderzoek kan men al vroeg voorspellen welke werknemers een groot risico lopen op gezondheidsproblemen en uitval van het werk.

Onder de noemer psychosociale arbeidsbelasting (PSA) vallen volgens de Arboret alle factoren die stress veroorzaken op de werkvloer, denk hierbij aan werkdruk, maar ook aan agressie en geweld, conflicten, intimidatie en pesten. Sinds 1 januari 2007 is artikel 2.15 van het Arbeidsomstandighedenbesluit van kracht: 'Maatregelen ter voorkoming of beperking van psychosociale arbeidsbelasting'. Dit betekent dat binnen sectoren waarin werknemers blootgesteld (kunnen) worden aan PSA, de werkgever de verplichting heeft om risico's met betrekking tot PSA in kaart te brengen, bijvoorbeeld in het kader van de verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E). Op basis van de uitkomsten van de RI&E dient de werkgever

een plan van aanpak op te stellen waarin wordt beschreven welke maatregelen worden getroffen om PSA te voorkomen of te beperken. Het terugdringen van werkstress is dus een verantwoordelijkheid voor werkgever en werknemer; niet alleen voor de werknemer.

## WERKDruk

Er is geen sprake van een breed geaccepteerde definitie voor de term werkdruk. In plaats daarvan worden in de literatuur verschillende dimensies van werkdruk onderscheiden. Twee bekende dimensies zijn de kwantitatieve werkdruk versus de kwalitatieve werkdruk en de objectieve versus de subjectieve werkdruk. Van kwantitatieve werkdruk is sprake wanneer grote hoeveelheden werk in een korte tijdsperiode gedaan moeten worden. Van kwalitatieve werkdruk is sprake als het doen van het werk moeite kost en er dus sprake is van een zekere moeilijkheidsgraad. Objectieve werkdruk wordt vastgesteld zonder dat de betrokken medewerker daarnaar wordt gevraagd, maar is gebaseerd op registraties van gewerkte uren, aantal handelingen, aantal producten of diensten per tijdsperiode of observaties door leidinggevenden. Bij subjectieve werkdruk wordt de medewerker zelf gevraagd om zich over de beleving van de werkdruk uit te spreken. De mate waarin een medewerker werkdruk ervaart, wordt bepaald door een combinatie van objectieve kenmerken van het werk en de subjectieve beleving van de persoon. Zo kan op dezelfde afdeling in dezelfde functie en dezelfde arbeidsomstandigheden de beleving van de werkdruk bij verschillende medewerkers sterk van elkaar verschillen.

In 2013 is de multidisciplinaire richtlijn *Werkdruk* verschenen.<sup>2</sup> In deze richtlijn wordt aanbevolen om voor de kwalitatieve werkdruk gebruik te maken van de Job Content Questionnaire (JCQ) en voor de kwantitatieve werkdruk van de Quantitative Workload Inventory (QWI). Dit zijn beide korte vragenlijsten bestaande uit vragen met een respectievelijk vier- en vijfvoudige likertschaal. Er is een studie bekend waarop de normaalwaarden van de Job Content Questionnaire zijn gebaseerd.<sup>3</sup> Uit mijn eigen onderzoeksprojecten met 1784 werknemers uit de retail, de ambulancesector en het transport kan ik de volgende normaalwaarden laten zien: een gemiddelde score van 2,4 met een standaardafwijking van 0,53 (richtlijn: 2,6 met een standaardafwijking van 0,45).<sup>4</sup> Uitgaande van een normaalverdeling kom ik

tot de volgende normscores voor werkdruk zoals vastgesteld met de JCQ:

interpretaties scores werkdruk (JCQ)	zeer laag	laag	gemiddeld	hoog	zeer hoog
gemiddelde score	<= 2,0	2,01-2,20	2,21-2,60	2,61-2,80	>= 2,81

Deze scores liggen beduidend lager dan in de multidisciplinaire richtlijn. Voor de QWI zien we het volgende beeld. Ook hier is het gemiddelde cijfer van 13,03 lager dan de 16,52. De standaarddeviatie in mijn onderzoeken is 5,30 terwijl dit in de richtlijn 3,43 is. Op basis van mijn data kom ik tot de volgende indeling ter interpretatie van de QWI-scores:

interpretaties scores werkdruk (QWI)	zeer laag	laag	gemiddeld	hoog	zeer hoog
gemiddelde score	<= 8,00	8,01-11,00	11,01-14,00	14,01-18,00	>= 18,01

Omdat ik in mijn benchmark van de werkdrukresultaten met de cijfers uit de richtlijn heel vaak erg lage scores kreeg, is het gebruik van deze actuele data een betere aanpak voor de toekomst van interpretatie van werkdrukcijfers.

## GEVOLGEN WERKDruk

De gevolgen van werkdruk zijn divers en worden weergegeven in tabel 1 en tabel 2.

Op langere termijn kan werkstress ten gevolge van werkdruk leiden tot ongewone vermoeidheidsklachten, gevoelens van uitputting en somberheid, psychische vermoeidheid, overspanning, burn-out en andere psychische aandoeningen.

## Q2CHANGE

Om deze ernstige gevolgen tijdig op te sporen heb ik onderzoek gedaan naar de sensitiefste en kortste gevalideerde vragenlijsten die al beschikbaar waren en kwam toen tot de volgende samenstelling:<sup>5</sup>

1. WEB-monitor, deze meet burn-outscore.
2. Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA), deze meet de herstelbehoefte.
3. Verkorte 4DKL, een distresscreener.
4. Stressmodule uit de Depression Anxiety and Stress Scale (DASS).

Mijn overwegingen hierbij waren dat herstelbehoefte een belangrijke maat is die al snel signalen geeft en dat distress de eerste uiting is van ziekmakende gevolgen van werkstress. Uiteraard heb ik ook de emotionele uitputting van de burn-outscore erbij betrokken, omdat

deze vaak bij dit soort onderzoeken betrokken wordt.

De vragenlijsten zijn toegepast in een onderzoek naar de effecten van Preventief Medisch Onderzoek in de Gehandicaptenzorg.<sup>5</sup> Ik heb de combinatie van deze vragenlijsten de naam Q2change gegeven, wat betekent: een questionnaire als de sleutel tot verandering (cue to change). Voor alle vragenlijsten zijn wetenschappelijke afkappunten vastgesteld, waarbij een score boven deze afkappunten duidt op te veel stress of op onvoldoende herstel.

We zien veelal dat medewerkers op meer dan een schaal boven de afkappunten scoren, wat het vermoeden van een ongezonde werksituatie versterkt. Bij elke verhoogde score gerelateerd aan PSA is het protocol dat de medewerker wordt doorverwezen naar een arbeids- en organisatiepsycholoog. Deze biedt vervolgens een telefonisch consult aan om de aard van de verhoogde scores te onderzoeken en de medewerker bewust te maken van de potentieel ongezonde situatie. Hierna worden vervolgstappen geadviseerd en wordt een rapport voor de medewerker en de bedrijfsarts opgemaakt.

Na bestudering van de consulten en vragenlijsten is het mogelijk bepaalde stressoren in de organisatie aan te merken. Dit wil zeggen dat terugkomende thema's en situaties als stressvol worden ervaren. Deze worden vervolgens in een eindrapport aan de directie van de organisatie voorgelegd, met enkele adviezen om de situaties te verbeteren. Deze adviezen kunnen als basis dienen voor een plan dat opgesteld moet worden na de RI&E.

Bij de vragenlijstonderzoeken en de consulten is de anonimiteit van de deelnemer continu gewaarborgd. Ook is informed consent gevraagd voor de analyse van de resultaten.

Drie maanden na het vragenlijstonderzoek wordt een vervolgonderzoek aangeboden aan de werknemers die in eerste instantie op minstens een van de vragenlijsten boven een afkappunt scoorden.

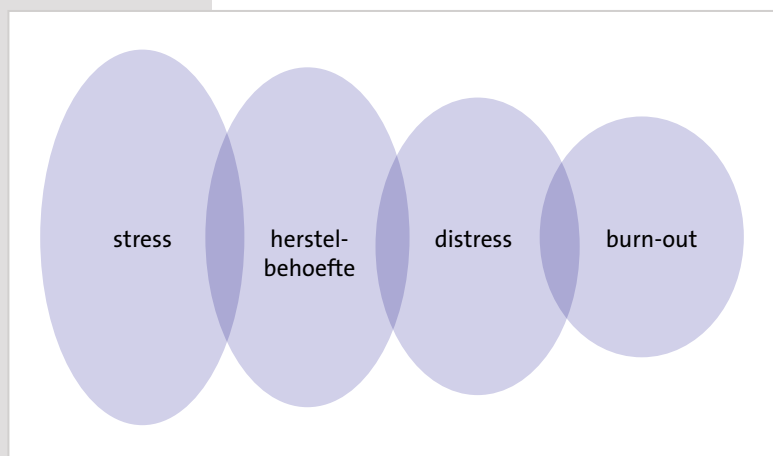
Op basis van ons onderzoek met voorspellende vragenlijsten is bij deze mensen, als er geen interventie zou worden gedaan, een sterk verhoogde kans op langdurig ziekteverzuim. In de literatuur is onderzoek gedaan naar de verzuimduur bij mentale klachten.<sup>6</sup>

Met de resultaten uit deze Q2change-vragenlijst heb ik het model uit figuur 1 opgesteld. Allereerst geven medewerkers aan dat ze algemene stressklachten hebben. Op basis van mijn eigen onderzoeken onder 2619 medewerkers scoort 20% van de medewerkers te hoog op algemene stress. Vervolgens heeft 14,3% van de medewerkers uit de onderzoekspopulatie een te hoge herstelbehoefte. Van de totale onderzoekspopulatie scoort 9,8% te hoog op distress. Een te hoge burn-outscore op emotionele uitputting (>2,2) wordt gezien bij 6,7% van de totale onderzoekspopulatie. Op grond van deze consistente gegevens die in elk project terugkomen dringt het beeld zich op dat de gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting zich primair uiten in een verhoogde algemene stressscore en dat vervolgens de herstelbehoefte gaat toenemen. Daarna ontstaat er ook distress en aan het eind van de lijn ontwikkelen zich burn-outklachten. Heel vaak zien we bij medewerkers met burn-outklachten dat ze al zo ver in de knel zitten dat een ziekmelding bijna altijd onvermijdelijk is. Dat betekent dat we de mensen met een verhoogde herstelbehoefte en verhoogde distress als de groep moeten zien waarvoor we preventief het meest kunnen betekenen.

## INTERVENTIES

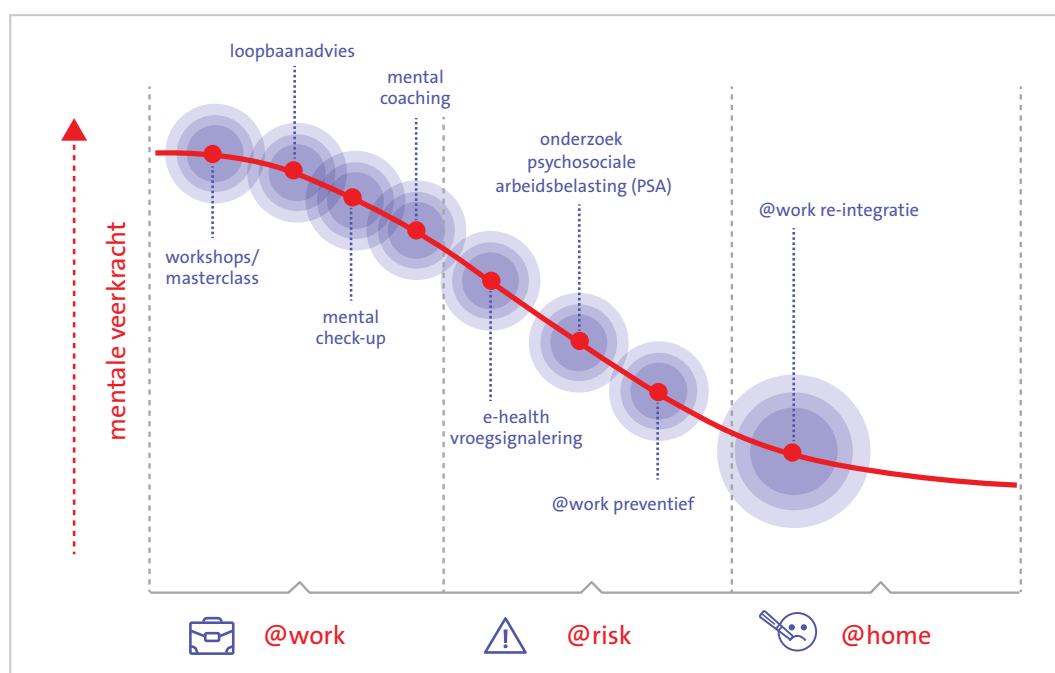
In het dossier Werkdruk van Oerlemans worden de volgende maatregelen opgesomd voor de preventie van werkdruk:<sup>7</sup>

1. Vitaliteitsprogramma's: hierbij gaat men ervan uit dat hoe vitaler de medewerker, des te groter zijn belastbaarheid. De nadruk ligt op de vergroting van de functioneringsmogelijkheden en niet zo zeer op de vermindering van klachten.
2. Stress-signalering: het is verstandig om minstens eenmaal per jaar een meetinstrument te gebruiken dat de risico's van werkdruk meet.

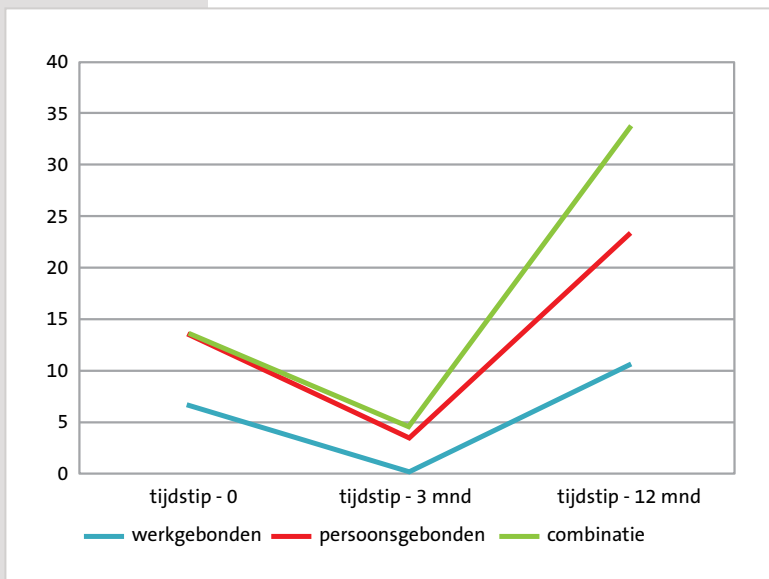


Figuur 1 Model van stressgerelateerde klachten.

3. Feedback geven aan medewerkers: als een meting wordt gedaan is het ook belangrijk om de medewerker te vertellen wat de score is, waarbij deze kan worden afgezet tegen de gemiddelde score van de organisatie, de score van de afdeling en de normscores van het meetinstrument.
4. Consult deskundige bij een te hoge werkdruk: als een medewerker een hoge werkdrukscore heeft, moet ook de mogelijkheid worden geboden om daarover met een deskundige een consult te voeren.
5. Kennisvergroting over werkdruk: de kennis bij leidinggevenden over werkdruk kan worden verbeterd, evenals de kennis van deskundigen over effectieve interventies voor medewerkers die risico lopen.
6. Individuele interventies: er bestaat een groot aanbod van individuele interventies. Deze worden hierna besproken.
7. Scholing: het op peil houden van kennis en vaardigheden is in de huidige maatschappij waarin constante verandering standaard is, een voorwaarde voor het voorkomen van werkdruk.
8. Taakeisen die passen bij de medewerker: werkdruk kan worden voorkomen door de taakeisen, werkbelasting en capaciteiten van de medewerker goed op elkaar te laten aansluiten.
9. Leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid: specifieke maatregelen voor specifieke groepen medewerkers kunnen bijdragen in het verminderen van werkdruk. Te denken valt aan flexibele werktijden voor ouders met jonge kinderen, vrijstelling van onregelmatige werktijden voor ouderen en technische aanpassingen voor mensen met een handicap.
10. Diversiteitsbeleid: is gericht op het omgaan met verschillende culturele achtergronden en draagt bij aan een optimale bedrijfsvoering en preventie van werkdruk. Dit gebeurt vaak via het aanbieden van gerichte diversiteitstrainingen.
11. Conflictbemiddeling: conflicten over werkverdeling, gebrek aan informatie-uitwisseling, samenwerking, vervelend werk afschuiven, maar ook pesterijen en seksuele intimidatie kunnen leiden tot klachten over werkdruk.
12. Training leidinggevenden: een medewerker die last van de werkdruk heeft, is gebaat bij een leidinggevende die luistert, meedenkt en analyseert waar de knelpunten zitten. Uit onderzoek blijkt dat de combinatie van sterk taakgericht en sterk sociaal-emotioneel leiderschap bijdraagt aan het voorkomen van ongewenst gedrag in de organisatie. Ook is de combinatie van taakgericht en mensgericht leidinggeven effectief voor de opvang en begeleiding van medewerkers met werkstress.
13. Taakrotatie en jobrotation: op gezette tijden van functie wisselen leidt tot meer ontplooiingsmogelijkheden en het verhogen van de mentale en emotionele weerbaarheid.



Figuur 2 De interventies voor werkstress gepositioneerd op de tijdas.



**Figuur 3** Beloop van de herstelbehoefte scores in een jaar na de coaching.

Een aantal van deze interventies wordt in figuur 2 gepositioneerd op de tijdas @work-@risk-@home, dus van aan het werk zijn naar de fase van risico lopen op psychische problemen naar een ziekmelding door psychische problemen. Op grond van de opgedane ervaring en onderzoeken in de laatste jaren wordt hierna ingegaan op de interventies coaching, cognitieve gedragstherapie en runningtherapie.

### Coaching

In een landelijk onderzoek naar psychosociale arbeidsbelasting bij medewerkers in de gehandicaptenzorg is onderzoek gedaan bij 615 medewerkers.<sup>8</sup> Van deze groep bevonden 125 medewerkers (20,3%) zich in de gevarezone door een score boven de afkappunten op de Q2change-vragenlijst. Van deze groep werd aan 49 mensen (39,2%) coaching via de landelijke organisatie Resiliants aangeboden. Hierbij werd in maximaal vijf gesprekken aan een betere balans tussen werk en privé en een verbetering van stressbestendigheid en vitaliteit gewerkt. In ons onderzoek werd na drie maanden een significante verbetering van de herstelbehoefte-scores gezien. Behalve de persoonsgebonden interventie via coaching werd bij 22 medewerkers ook een werkgerelateerde interventie of een combinatie aangeboden. Helaas bleek na 12 maanden de verbetering volledig te zijn verdwenen. Hetzelfde beeld was te zien bij de werkgerelateerde en gecombineerde interventie. Waarschijnlijk is dit te verklaren doordat in het jaar van het onderzoek ook een reorganisatie plaatsvond, waarbij 10% van de medewer-

kers hun baan verloor. In figuur 3 worden de scores op de herstelbehoeftevragenlijst grafisch weergegeven.

### Cognitieve gedragstherapie

De richtlijn *Werkdruk* beschrijft de effectiviteit van individuele interventies om beter om te kunnen gaan met werkstress (tabel 3).<sup>2</sup> Vooral de afname van vermoeidheid en afname van werkstress toont een significant effect van cognitieve gedragstherapie. Het gaat daarbij om korte therapeutische trajecten waarbij meestal niet meer dan vijf gesprekken plaatsvinden. Hierbij wordt vaak gebruikgemaakt van het KOP-model.<sup>9</sup> Dit is een model waarmee met een minder intensieve behandeling toch een maximaal behandelresultaat wordt bereikt. Het is gebaseerd op psycho-educatie, shared decision making en zelfwerkzaamheid. Het bestaat uit vijf stappen: probleeminventarisatie, probleemanalyse en probleemsamenhang, formuleren van doelen, gedragsverandering en terugvalpreventie. De uitvoering van de behandeling vindt plaats in de vorm van geleide zelfhulp. Het KOP-model hanteert als verklarende model voor psychische klachten de hypothese dat klachten (K) ontstaan als gevolg van de combinatie van stressvolle levensomstandigheden (O) en de (niet adequate of niet adaptieve) manier waarop de cliënt op de levensomstandigheden reageert (P). Onderzoek toont aan dat korte behandelingen volgens het KOP-model even effectief zijn als langdurende behandelingen. Ook blijkt de terugval van behandelde cliënten niet hoger dan bij traditionele behandelingen. Behandelingen volgens het KOP-model zijn dus bij uitstek geschikt voor de situatie in de preventie van psychische problemen. Het voordeel van de preventieve behandeling is ook dat de mentale veerkracht van de cliënt nog niet sterk gedaald is, waardoor er veel sneller vooruitgang te boeken is vergeleken met behandelingen in het kader van re-integratie.

### Runningtherapie

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop onder begeleiding van een runningtherapeut als aanvullende behandelvorm voor mensen met psychische klachten. Op het eerste gezicht lijkt runningtherapie op een reguliere hardlooptraining, maar het kan worden gezien als een fase tussen niet sporten/bewegen enerzijds en deelname aan reguliere sport-/beweegactiviteiten anderzijds.

type interventie	verbetering van de werkcontext (afname taakeisen, toename energiebronnen)	toename psychologische gezondheid (o.a. afname werkstress, vermoeidheid)	toename fysieke gezondheid (o.a. slaapkwaliteit, algemene fysieke gezondheid)
cognitieve gedragstherapie	+	+++	n.s.
ontspanningstherapie	+	+ / ++	0 / +
combinatie cognitieve gedrags- en ontspanningstherapie	++	0 / +	0 / +
n.s. = niet significant/geen verband, 0/+ = geen tot klein effect, + = klein effect, + / ++ = klein tot gemiddeld effect, ++ = gemiddeld effect, +++ = sterk effect			

Tabel 3 Overzicht van de effecten van typen interventies op individueel niveau.<sup>2</sup>

In oktober 2017 is Juriena de Vries in Nijmegen gepromoveerd op het effect van runningtherapie op werknemers met een verhoogd burn-out-risico.<sup>10</sup> Ze heeft op wetenschappelijk verantwoorde wijze aangetoond dat een zes weken durend trainingsprogramma met drie trainingen van een uur per week, waarvan twee begeleid door een runningtherapeut, significante effecten oplevert in scores op vermoeidheid, energie, stress en gezondheidsstatus. Het schema dat werd aangeboden bestond uit een programma om rustig te gaan hardlopen en langzaam de looptijd op te voeren naar 20 minuten achter elkaar. Dit werd gedaan in twee door runningtherapeuten begeleide sessies en een individuele sessie. Het mooie van deze aanpak is dat naast de burn-outpreventie ook iets wordt gedaan aan de bewegingsarmoede van de deelnemers en hen wordt geleerd om op verantwoorde wijze te gaan sporten.

Het doel van de runningtherapie is dat de deelnemer de vaardigheid krijgen om liefst drie tot vier keer per week zelfstandig 30 tot 60 minuten te kunnen hardlopen. Daarbij is de naam 'runningtherapie' misschien wat verwarrend. Het woord 'running' roept associaties op met rondetijden en hardloopwedstrijden, terwijl 'therapie' doet vermoeden dat het om een verbale manier van behandeling gaat. Een runningtherapeut is iemand met een hbo-werk- en denkniveau die de driedaagse cursus runningtherapie heeft gevolgd. Er is een landelijk netwerk dat is te vinden op de website van Stichting Runningtherapie Nederland.<sup>11</sup> Verspreid over Nederland zijn er nu 150 runningtherapeuten.

## RESULTATEN VAN INTERVENTIES

Uit mijn eigen onderzoek blijkt dat medewerkers in de risicogroep (op basis van de scores uit mijn Q2change-vragenlijst) in 78,7% van de gevallen na een interventie in staat zijn om na drie maanden weer op het niveau van normale scores terug te komen. Bij de medewerkers die geen interventie volgen zien we geen verbetering van de vragenlijstscores en soms zelfs een verdere verslechtering. Het loont dus om in de risicosituatie een interventie te gaan volgen. Het verdient aanbeveling om gebruik te maken van de technieken uit de motiverende gespreksvoering om de niet-bewuste medewerker te laten inzien dat een interventie de beste keus is. Om die reden kiezen we er bovendien voor om de follow-up na drie maanden ook weer persoonlijk via de A&O-psycholoog te laten verlopen, zodat alsnog de medewerker over de streep getrokken kan worden om aan een interventie deel te nemen.

## CONCLUSIE

Het loont om onderzoek te doen naar het risico om psychische problemen te krijgen door het werk. Dit is in de eerste plaats in het belang van het behoud van de gezondheid van de werknemer, daarnaast is er minder uitval en daardoor minder druk op collega's, en tot slot leidt het tot een flinke kostenbesparing voor de organisatie en de maatschappij.

Een vragenlijstonderzoek gericht op PSA is een eenvoudige manier om medewerkers op te sporen die een risico lopen op de ontwikkeling van klachten die tot verzuim door werkstress kunnen leiden. Na vaststelling van vragenlijstscores boven het afkappunt kan via een

consult een interventie worden aangeboden die bedoeld is om vroegtijdig de potentiële gevolgen van de PSA te voorkomen. Deelnemers die daadwerkelijk met een dergelijke interventie aan de slag gaan, scoren drie maanden na het eerste onderzoek lager op de vragenlijsten gericht op PSA, terwijl de deelnemers die niet met een interventie aan de slag zijn gegaan een vergelijkbare of zelfs slechtere score hebben dan tijdens de eerste meting. Dit zonder dat er verschillen zijn in de manier waarop zij hun werk doen.

Gelet op de toename van de verzuimproblematiek gerelateerd aan PSA loont het om via een vragenlijstonderzoek gericht op de gevolgen ervan een inschatting te maken van het risico dat sommige deelnemers lopen en daarop een gerichte interventie aan te bieden. Uit de reacties van de deelnemers blijkt dat zij zich niet bewust zijn van hun verhoogde risico. Al voordat werknemers zelf een (te) hoog risico ervaren, kan een interventie uitval op het werk voorkomen.

Er zijn veel interventiemogelijkheden. Op basis van de wetenschappelijke literatuur is een aanpak via cognitieve gedragstherapie het effectiefst. De nieuwe kortdurende behandelmethoden zoals het KOP-model zijn bij uitstek geschikt voor de vermindering van milde en vroege psychische klachten en name ook voor de verbetering van de coping. Momenteel ben ik bezig met langetermijnonderzoek naar de effecten van deze aanpak bij de preventie van psychische problemen.

## LITERATUUR

Voor de literatuurlijst wordt verwezen naar [www.quintesse-online.nl](http://www.quintesse-online.nl).

## EINDTOETS

- Wat is de beste interventie voor de preventie van werkstress?
  - coachingstraject
  - cognitieve gedragstherapie volgens het KOP-model
  - ontspanningstherapie
  - runningtherapie
- Het KOP-model voor kortdurende psychotherapie kent:
  - dezelfde behandelresultaten als langdurende therapie en dezelfde terugvalkans.
  - minder goede behandelresultaten en dezelfde terugvalkans.
  - minder goede behandelresultaten en een grotere terugvalkans.
  - betere behandelresultaten en een kleinere terugvalkans.
- Wat is de volgorde waarin de gevolgen van werkstress optreden?
  - Verhoogde algemene stress, verhoogde distress, verhoogde burn-outscore en verhoogde herstelbehoefte.
  - Verhoogde algemene stress, verhoogde herstelbehoefte, verhoogde distress en verhoogde burn-outscore.
  - Verhoogde distress, verhoogde algemene stress, verhoogde herstelbehoefte en verhoogde burn-outscore.
  - Verhoogde herstelbehoefte, verhoogde algemene stress, verhoogde distress en verhoogde burn-outscore.
- Welke stelling(en) is/zijn juist?
  - Een score op werkdruk (JCQ) van 2,61-2,80 betekent een lage werkdruk.
  - Een score van 8,00-11,0 (QWI) betekent een hoge werkdruk
  - 1 is juist
  - 2 is juist
  - beide zijn juist
  - beide zijn onjuist
- Runningtherapie is:
  - het beter worden door deel te nemen aan hardlooptwedstrijden.
  - gesprekken voeren over wat hardlopen voor je kan doen bij psychische klachten.
  - een nieuwe behandelvorm die gebruikmaakt van lichaamsbeweging als therapeutisch element en dat als instructie aan de cliënt meegeeft.
  - het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop onder begeleiding van een runningtherapeut als aanvullende behandelvorm voor mensen met psychische klachten.