

Verantwoording "Protocol Arbeidsgerelateerde Stress"



Cohort 2009

Jaar 2010-2011

**Huib Boerman, Isabelle Lelijveld, Janet van der Meer,
Ying-Ha Tang, Timo Vedder en Fieke Veldhuis.**

Inhoud

Inhoud	2
Auteurs en affiliaties	4
Voorwoord.....	5
Inleiding.....	6
Domeinomschrijving psychosomatische fysiotherapeut	7
Doelgroep.....	8
Klinische relevantie arbeidsgerelateerde stress.....	9
Definitie arbeidsgerelateerde stress	10
Symptomen van stress onderverdeeld in SCEGS.....	11
Beloop	12
Predisponerende persoonskenmerken	13
Coping en arbeidsgerelateerde stress	14
Ergonomie	15
Meetinstrumenten.....	16
Aanbeveling.....	17
Theoretisch construct	18
Model van Gaillard	18
Voorlichting	19
Draagkracht/draaglast model	19
Interventies bij arbeidsgerelateerde stress	20
Inleiding	20
Methode.....	20
Resultaten	21
Mindfulness	21
Cognitieve therapie.....	21
Sport.....	22
Aanbeveling.....	23
Discussie.....	24

Afsluiting Protocol.....	25
Nawoord.....	26
Dankwoord.....	27
Referentielijst	28

Auteurs en affiliaties

Huub Boerman

Eerstelijns gezondheidscentrum Holendrecht Amsterdam Zuid-Oost
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o

Isabelle Lelijveld

Eerstelijns fysiotherapiepraktijk Jagdewsing Den Haag
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o

Janet van der Meer

Waterland ziekenhuis Purmerend
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o
Oedeemtherapeut

Ying-Ha Tang

Eerstelijns fysiotherapie Balans Brummen
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o

Timo Vedder

Eerstelijns fysiotherapiepraktijk 'Fysio Vedder' Den Haag
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o

Fieke Veldhuis

Eerstelijns fysiotherapiepraktijk 'De Boombosch' Twello
Algemeen fysiotherapeut
Master Psychosomatisch fysiotherapeut i.o

Voorwoord

Dit product is geschreven als onderdeel van het tweede jaar voor de Master opleiding psychosomatische fysiotherapie aan de Hogeschool van Utrecht.

De Hogeschool heeft het werkveld gevraagd een opdracht te geven voor productinnovatie in de eigen praktijk. Aan deze opdracht is gehoor gegeven door de wetenschapscommissie van het Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek, in de persoon van Mieke van Wijk-Engbers.

Deze commissie stelt dat er behoefte is aan een uniforme werkwijze binnen de psychosomatisch werkend fysiotherapeuten. Uit het eerste gesprek met de opdrachtgever is naar voren gekomen dat de NFP evidence based handelen onder psychosomatisch fysiotherapeuten wil stimuleren en faciliteren. Dit dient te leiden tot toename van transparantie en een algemeen geaccepteerd handelen. Het product dat de projectgroep hiervoor heeft ontwikkeld - een evidence based protocol voor stressmanagement bij arbeidsgerelateerde stress - moet een tastbaar document zijn waarmee de beroepsgroep psychosomatische fysiotherapie zich profileert naar de zorgverzekeraars en zich onderscheidt van de algemeen werkend fysiotherapeut.

De projectgroep, bestaande uit zes psychosomatisch fysiotherapeuten in opleiding, heeft een protocol ontwikkeld waarbij is getracht de best available evidence per interventie bij arbeidsgerelateerde stress te bepalen en deze te koppelen aan de hulpvraag van de cliënt. Vervolgens wordt het protocol in de praktijken van de leden van de wetenschapscommissie geïmplementeerd om de werkbaarheid van dit product te testen.

De projectgroep hoopt hiermee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een 'best evidence' protocol bij arbeidsgerelateerde stress dat toegepast wordt door psychosomatisch fysiotherapeuten in Nederland.

Januari 2011

Inleiding

Dit product dient als verantwoording en toelichting van de gemaakte keuzes binnen het protocol bij de behandeling van cliënten met arbeidsgerelateerde stress. Het protocol bestaat uit verschillende onderdelen. Het behandelprotocol is gericht op het beschrijven van de therapie, het bijbehorende naslagwerk voor de cliënt geeft achtergrond informatie en is tegelijkertijd een werkboek. Daarnaast bestaat het protocol uit een stroomdiagram dat de gemaakte stappen binnen het protocol bondig weergeeft vanaf de inclusie tot en met de evaluatie. Het laatste onderdeel is de theoretische onderbouwing van bovengenoemde onderdelen.

De term arbeidsgerelateerde stress kent vele definities. Eén daarvan is van Cox, hij spreekt over:¹

Een negatieve psychologische toestand met cognitieve en emotionele componenten die schadelijke effecten kunnen veroorzaken voor de gezondheid van zowel individuele werknemers als hun organisaties. Er is sprake van arbeidsgerelateerde stress wanneer de werknemer de gestelde eisen van de werkomgeving niet kan uitvoeren.

In deze verantwoording wordt eerst het domein van de psychosomatisch fysiotherapeut beschreven en vervolgens een omschrijving van de doelgroep met de inclusie- en exclusiecriteria. Verder wordt de klinische relevantie van arbeidsgerelateerde stress beschreven en vervolgens het beloop en de symptomen van arbeidsgerelateerde stress. Tevens komen predisponerende persoonskenmerken en coping aan bod.

Daarna worden de meetinstrumenten benoemd die aangeraden worden voor diagnostiek en evaluatie. Hierna wordt het theoretisch construct besproken aangevuld met een model dat gebruikt wordt in de voorlichting naar de patiënt. De interventies die gezocht zijn met behulp van literatuuronderzoek worden onderbouwd door de gevonden State of Art van de behandeling bij arbeidsgerelateerde stress. De toegepaste interventies van het protocol arbeidsgerelateerde stress zijn kort omschreven. Afsluitend volgt een discussie met betrekking op de gekozen interventies.

Deze verantwoording wordt gebruikt als onderbouwing voor het protocol. Het protocol beschrijft de stappen in een reeks van negen sessies die toegepast worden bij cliënten met arbeidsgerelateerde stress. De toepassing van de interventies is in het protocol gedetailleerd beschreven.

Domeinomschrijving psychosomatische fysiotherapeut

Het protocol arbeidsgerelateerde stress is geschreven om gebruikt te worden door de psychosomatisch fysiotherapeut bij mensen met stress gerelateerd aan arbeid. Om deze reden is het van belang om het domeingebied te beschrijven.

De psychosomatisch fysiotherapeut richt zich op de relatie tussen het bewegend, psychofysiologisch, met het psychosociaal en gedragsmatig functioneren van de cliënt.² De behandeling is gericht op het inzichtelijk maken van deze complexe relatie en hierdoor verstoorde regulatiemechanismen positief te beïnvloeden. Het aangrijpingspunt is hierbij het lichaam.

Binnen de psychosomatische fysiotherapie worden vier niveaus in complexiteit onderscheiden.

- 1. Ongecompliceerd
- 2. Licht gecompliceerd
- 3. Matig gecompliceerd
- 4. Zwaar gecompliceerd

Voor een beschrijving van bovengenoemde niveaus zie de domeinomschrijving van de psychosomatische fysiotherapeut van de NFP in het beroepscompententieprofiel.

De psychosomatisch fysiotherapeut heeft zich gespecialiseerd in het herkennen en beïnvloeden van de complexe relatie tussen bewegend en psychisch functioneren. Typerend hiervoor zijn:

- Disfunctionele ziekteopvattingen, middels voorlichting niet corrigeerbaar.
- De gezondheidsklacht manifesteert zich binnen meerdere levensgebieden.
- Er zijn herstelbelemmerende persoonskenmerken aanwezig.
- Bij zware complexiteit is hierbij ook psychopathologie aanwezig.

Een criterium voor het protocol is dat cliënten in niveau drie of vier bevinden om in aanmerking te komen voor behandeling, aanvullende in- en exclusiecriteria staan beschreven in "Doelgroep", pagina zeven.

Gebruikte interventies van de psychosomatisch fysiotherapeut zijn cognitieve gedragsmatige interventies, specifieke bewustwordingsmethodieken, ontspannings,- en communicatiemethodieken, lichaamsgerichte interventies en stressmanagement.

Doelgroep

Dit protocol is primair bedoeld voor psychosomatisch fysiotherapeuten die cliënten met gezondheidsproblemen samenhangend met arbeidsgerelateerde stress behandelen. Hierbij wordt gedoeld op betaalde arbeid, maar ook vrijwilligerswerk en privéwerkzaamheden, zoals zorg voor kinderen en mantelzorg.

Het protocol is gericht op cliënten van 18 jaar en ouder, waarbij uit onderzoek: anamnese, biografische anamnese, SCEGS en aanvullend onderzoek (4DKL, MBI/UBOS) blijkt dat arbeidsgerelateerde stress aanwezig en een herstelbelemmerende factor is voor het gezondheidsprobleem.

Cliënten die sterk verhoogd scoren op de 4DKL schalen van angst en depressie en zij die op basis van de MBI (UBOS-A) als burn-out aangemerkt worden vallen buiten het bereik van dit protocol.^{3 4}

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none">- Leeftijd vanaf 18.- Er is sprake van een klacht betreffende het bewegend functioneren.- Vanuit de anamnese blijkt dat de klachten relatie hebben tot het arbeidsproces.- De cliënt heeft meerdere disfunctionele ziekteopvattingen en/of ziektegedragingen.- De impact van de gezondheidsklacht wordt manifest binnen meerdere levensgebieden.- Er zijn voor het herstel duidelijk ongunstige persoonskenmerken aanwezig.- De zelfregulatie is onvoldoende.- Goede beheersing van de Nederlandse taal.- Bereidheid van de cliënt om een actieve rol te hebben in het uitvoeren van het protocol.	<ul style="list-style-type: none">- Sterk verhoogde score op angst >12 en depressie >5 op de 4DKL schalen.- Lopende belemmerende medische en/of psychologische behandeling.- psychiatrische stoornissen of verslavingsgedrag.- Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en/of diens sociale systeem.- Indien gezamenlijke scoring van drie onderstaande normen dan burn-out aanwezig.- MBI (UBOS-A) cliënt voldoet aan alle drie onderstaande scores:<ul style="list-style-type: none">- uitputting >4.2- distantie >3.5- competentie <2.6

Tabel 1. Inclusiecriteria en exclusiecriteria.

Klinische relevantie arbeidsgerelateerde stress

Anno 2010 zijn in Nederland ruim 6,4 miljoen mensen werkzaam, hiervan heeft een op de drie psychische klachten.^{5,6,7} Het bedrag dat gemoeid is met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische klachten werd in 2003 geschat op vijf miljard euro per jaar.⁸

Werk is een potentiële veroorzaker van psychische klachten. Hoge werkdruk, het ontbreken van regelmogelijkheden en het afwezig zijn van sociale steun op de werkvloer zijn belangrijke voorspellers van psychische klachten.⁹ Uit onderzoek van de commissie Het Werkend Perspectief blijkt dat driekwart van de werknemers aangeeft dat psychische problematiek mede met het werk te maken heeft.¹⁰ Het percentage van de psychische problemen dat niet als arbeidsgerelateerd maar als individuele problematiek voortkomend uit de privé situatie werd beschouwd, bedroeg 36%.

Het verschil in gemeten percentages door werknemer, werkgever en psycholoog kan gelegen zijn in het gegeven dat niet iedere werknemer met psychische klachten gezien wordt door een psycholoog. In de eerste vier weken na de ziekmelding, had 10% van de mensen met psychische klachten contact met een behandelaar die specifiek was opgeleid om psychische klachten te behandelen, zoals een psycholoog, psychiater of bedrijfsmaatschappelijk werk. In de periode tot circa vier maanden na de ziekmelding liep het percentage voor contact met een dergelijke behandelaar op tot 16%.¹¹ De overige worden gezien door een andere behandelaar, zoals een bedrijfsarts of vallen buiten het arbocuratieve circuit: psychische klachten hoeven geen reden te zijn tot verzuim of arbeidsongeschiktheid.^{12,13}

De afgelopen decennia is de inhoud en de betekenis van werk veranderd. De economie is grotendeels verschoven van productie van goederen naar levering van diensten voor veel mensen. Hierdoor is de aard van het werk van fysieke arbeid naar mentale arbeid verschoven. Ook is er een verschuiving van de betekenis van werk: het werk wordt meer gezien als een belangrijke levensgebied waarbinnen men zich persoonlijk kan ontwikkelen, het geeft identiteit. Deze ontwikkelingen hebben als risico overbelasting en psychische klachten. Het gemiddelde ziekteverzuim in Nederland bedraagt anno 2003 4,8%.¹⁴ Op landelijk niveau heeft men berekend dat bijna een kwart van het ziekteverzuim en ongeveer een derde van de WAO-instream wordt veroorzaakt door psychische klachten.^{15,16,17}

Definitie arbeidsgelateerde stress

Arbeidsgelateerde stress ontstaat vanuit een verandering in de fysieke en mentale toestand, waardoor de belasting en belastbaarheid van het lichaam in disbalans raakt. De disbalans kan zich uiten in fysieke en mentale klachten zoals hoge hartslag, hoge bloeddruk, angst, depressie en het ervaren van spanning. Arbeidsgelateerde stress kan bij onvoldoende herstel mogelijkheden leiden tot ziekte en arbeidsongeschiktheid. De frequentie, duur en intensiteit van werkstress zijn hierbij van belang.¹⁸

Arbeidsgelateerde stress kan leiden tot een beroepsziekte. Een beroepsziekte is als volgt te definiëren: een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die tijdens arbeid en arbeidsomstandigheden heeft plaats gevonden. De belastbaarheid van een persoon is afhankelijk van de persoonskenmerken zoals geslacht, leeftijd, persoonlijkheid, ervaring, opleidingsniveau, copingmechanismen, interne en externe stressoren. Deze kenmerken hebben invloed op het al dan niet ontstaan van arbeidsgelateerde stress bij een persoon.¹⁹

Stress wordt voornamelijk negatief benoemd, maar stress kan ook positief benoemd worden. Door stress is het mogelijk om tot een hoger niveau van alertheid te komen. Hierdoor is het mogelijk om onder geringe druk tot betere prestaties te komen.²⁰

Arbeidsgelateerde stress kan het gevolg zijn van fysieke belasting, maar ook door psychisch belastende factoren zoals interne arbeidsverhoudingen die spanning leveren, werkonzekerheid en een problematische combinatie van werk en privé. Arbeidsgelateerde stress wordt vaak in verband gebracht met betaald werk, maar kan tevens ontstaan door onbetaald werk. Bovendien zijn problematische privéomstandigheden een mogelijke basis voor arbeidsgelateerde stress. TNO Arbeid wijst erop dat deze factoren vaak wel gerelateerd zijn aan werkdruk, in "Ergonomie", pagina 13, zijn deze nader omschreven.²¹

Symptomen van stress onderverdeeld in SCEGS

De psychosomatisch fysiotherapeut maakt in de (biografische) anamnese gebruik van het SCEGS-model.²² Om de herkenbaarheid van de symptomen te vergroten bij (arbeidsgerelateerde) stress worden deze kort beschreven, onderverdeeld in SCEGS. Om het herkennen van de symptomen bij arbeidsgerelateerde stress te vergroten.

Uit onderzoek blijken de volgende symptomen frequent aanwezig bij stress: ^{23,24,25,26,27,28}

Somatisch	Cognitief	Emoties	Gedrag	Sociaal vlak
Slaapproblematiek	Vergeetachtigheid	Emotionaliteit	Fouten maken	Prikkelbaar
Sexuele problematiek	Concentratieproblemen	Lusteloosheid	Geïrriteerd	Toename van werkuren
Afname fysieke conditie	Piekeren	Onzekerheid	Veranderd copinggedrag	Cynisch t.o.v. werk en/of privé
Rug-/nek en spierpijnen	Besluiteloosheid	Stemmingswisselingen	Toename van rook- en/of drinkgedrag	Isoleren van omgeving
Gewichtsverandering	Prioriteiten verwarren	Vermoeidheid	Toename medicijngebruik	Afname van sociale interesse
Hartkloppingen		Afname van motivatie	Geremd	Toename van sociale conflicten
Maag- en/of darmklachten		Schuldgevoel	Afname prestaties	
Zweten				

Tabel 2. Symptomen van SCEGS.

Beloop

Uit onderzoek blijkt tot op heden geen evidentie voor een vaste indeling voor de ernst van (arbeidsgerelateerde) stressklachten. Binnen dit protocol wordt uitgegaan van de volgende opeenvolging:

stress → distress → surmenage → burn-out

Eerder is al beschreven dat stress zowel positief als negatief kan zijn. Negatieve stress (distress) wordt veroorzaakt door voor de persoon oncontroleerbare negatieve situaties met als gevolg veranderingen op fysiek, mentaal, emotioneel en gedragsmatig gebied.²⁹ Deze veranderingen zijn herkenbaar door:

- Terugtrekgedrag uit de levensgebieden
- Emotionele veranderingen
- Onderpresteren
- Disfunctioneren

Arbeidsgerelateerde stress is een disfunctionele persoonsgebonden aanpassingsreactie als gevolg van een oncontroleerbare situatie op het werk.³⁰ Hierbij spelen de volgende aan arbeid gerelateerde factoren een rol :

- Psychologische taakeisen
- Veelzijdigheid/jobfit
- Sociale ondersteuning
- Regelmogelijkheden.

Surmenage, het 'overspannen zijn' is een ernstigere aanpassingsziekte als gevolg van stress, waarbij spanningsklachten en ernstige distress symptomen aanwezig zijn. Hierbij is het sociaal disfunctioneren kenmerkend, daar naast is men gedemoraliseerd. Na genezing is men nog maanden gevoeliger is voor (werk-)stressbronnen.³¹

De meest ernstige aanpassingsziekte is het burn-out syndroom. Dit is een arbeidsgerelateerde depressie, welke langzaam ontstaat. Dit proces kan maanden duren. Men voelt zich uitgeput en is negatief, cynisch, boos. Ook ervaart men afname van competenties en vertoont men terugtrekgedrag.^{32,33,34}

Predisponerende persoonskenmerken

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een aantal persoonskenmerken predisponerend is voor arbeidsgelateerde stress.^{35, 36, 37, 38} De hieronder genoemde kenmerken hebben eveneens een herstelbelemmerend effect bij arbeidsgelateerde stress. Het is van belang om kenmerken die bij een individu met arbeidsgelateerde stress aanwezig zijn en een rol spelen in zijn gezondheidsprobleem in kaart te brengen. Inzicht in de aanwezigheid hiervan geeft de mogelijkheid om gedrag te beïnvloeden. Daarnaast kan het een belangrijke rol spelen in het voorkomen van recidivering van klachten op basis van arbeidsgelateerde stress.

- Perfectionisme
- Ambitieuw
- Idealistisch.
- Plichtsgetrouw
- Doelgericht
- Neuroticisme
- Pessimisme
- Doorzetter
- Bewijsdrang
- Introvert
- Moeite met delegeren
- Moeite met nee zeggen
- Laag intern bewustzijn
- Laag cognitief vermogen
- Laag communicatief vermogen

Coping en arbeidsgelateerde stress

Bij arbeidsgelateerde stress verschilt de reactie per individu. Volgens Lazarus en Folkman is coping het constant veranderen van cognitieve, emotionele en gedragsmatige inspanningen in reactie op specifieke interne en externe stressoren.³⁹ Vanuit verschillende onderzoeken blijkt dat coping een belangrijke rol speelt in het al dan niet ontstaan van klachten naar aanleiding van het blootstaan aan stressoren, zoals bij onder andere arbeidsgelateerde stress.^{40 41}

Elk persoon heeft specifieke interne en externe stressoren. Interne oorzaken van stress zijn nauw verwant aan kenmerken van de persoon en externe oorzaken van stress worden veroorzaakt door de omgeving. Een stressor is een externe beïnvloeding, welke een stressreactie tot gevolg heeft.⁴²

Externe stressoren	Interne stressoren
Geluidshinder	Twijfel en richtingloosheid
Ziekte	Gevoel van machteloosheid en zinloosheid
Werk	Niet aan verwachtingen kunnen voldoen
Gezin	Minderwaardigheidsgevoelens
Woonomstandigheden	Gebrek aan zelfrespect
Financiële problemen	Schaamte en schuldgevoelens
Onbevredigde basisbehoeften	
Verlies of dood van familielid of partner	
Handicaps	

Tabel 3. Externe stressoren en interne stressoren.

Uit onderzoek van Versteeg in opdracht van het NPI worden veelvoorkomende interne stressoren onderverdeeld in cognities, emoties en gedrag. Zie onderstaand schema.⁴³

Cognities	Emoties	Gedrag
Moetisme	Faalangst en boosheid	Lage assertiviteit
Negatief zelfbeeld	Groot verantwoordelijkheidsgevoel	Roofbouw plegen
Herstelbelemmerende opvattingen m.b.t. het gezondheidsprobleem	Laag zelfvertrouwen	Perfectionisme

Tabel 4. Verdeling van cognities, emoties en gedrag.

In onderzoek van Versteeg is een top vier ontstaan van externe stressoren:

1. Stressoren gerelateerd aan dagelijkse bezigheden zoals huishouden, arbeid, sport of opleiding 58,8%
2. Gezinsomstandigheden 37,0%
3. Familieomstandigheden 33,6 %
4. Lichamelijke problemen 22,7%

Er zijn verschillende copingstrategieën, aan de hand van de cognitieve beoordeling van de situatie wordt voor een strategie gekozen. De cognitieve beoordeling is een evaluatief proces, waarbinnen bepaald wordt waarom en hoe deze situatie stress kan leveren.

Er zijn twee belangrijke copingstrategieën te onderscheiden⁴⁴:

- Actieve coping: effectief wanneer een situatie beïnvloedbaar is.
- Passieve coping: effectief wanneer een situatie niet beïnvloedbaar is.

Uit onderzoek van Forsythe en Compas⁴⁵, Lehrner⁴⁶, Skevington⁴⁷ blijkt dat vooral de effectiviteit van de copingstrategie de hierop volgende psychologische symptomen beïnvloedt. Uit onderzoek van Aldwin en Reverson⁴⁸, bleek dat coping het effect van stress kan minimaliseren en dat negatieve effecten hierdoor kunnen worden verzacht. Hieruit blijkt dat het correct inschatten van de stressor(en) en vervolgens kiezen voor de meest effectieve copingstrategie van belang is bij stressmanagement^{49,50}

Ergonomie

Binnen het protocol is een relatie gelegd tussen klachten naar aanleiding van stress en arbeid, de beschrijvende wetenschap van arbeid is ergonomie. De definitie van ergonomie is: Leer van en streven naar aanpassing van de werkomstandigheden aan de aard en de begrenzingen van de mens⁵¹. We gebruiken hier de term ergonomie om de omstandigheden van arbeid te beschrijven waaruit stressklachten kunnen ontstaan.

Arbeidsgerelateerde stress kan door verschillende factoren worden veroorzaakt. Zo kunnen psychosociale omstandigheden van invloed zijn, maar ook fysieke kenmerken. Een indeling in vier categorieën wordt vermeld door Kompier: arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsverhoudingen.⁵² Deze indeling kan volgens de projectgroep bruikbaar zijn in het onderzoek naar de oorzaak van stressklachten door de psychosomatisch fysiotherapeut als inventarisatielijst of in de communicatie met andere hulpverleners als onderverdeling. De inhoud van de betreffende categorieën wordt als volgt aangegeven.⁵³

Arbeidsinhoud	Arbeids-omstandigheden:	Arbeidsvoorwaarden	Arbeidsverhoudingen
Hoeveelheid werk	Chemische stoffen	Werk- en rusttijdenregeling van de ploegendienst	Wijze van leidinggeven
Werktempo	Geluidshinder	Lage beloning	Onderlinge relaties op het werk
Moeilijkheid van werk	Trillingen	Stukloon, premie loon	Gebrek aan sociale ondersteuning op het werk
Eenvoudig werk	Verlichting	Gebrek aan loopbaanmogelijkheden	Gebrek aan zeggenschap
Monotoon werk	Straling	Contractvorm	Ongewenste intimiteiten
Kort cyclisch werk	Werkhouding	Werkzekerheid	Discriminatie
Verantwoordelijkheid	Zwaarte werk		Pesten door collegae
Gevaarlijk werk	Ontbreken van hulpmiddelen		
Tegenstrijdige of onduidelijke taakeisen	Hygiëne		
	Ontbreken van persoonlijke beschermingsmiddelen		

Tabel 5. Indeling van Kompier.

Het herkennen van ergonomische aspecten bij het optreden van arbeidsgerelateerde stress is van belang in het contact met of bij het doorverwijzen naar andere disciplines of functies zoals leidinggevende of bedrijfsarts.

Meetinstrumenten

De meetinstrumenten binnen het protocol moeten geschikt zijn voor het bevestigen van de hypothese ‘arbeidsgerelateerde werkstress’ of het evalueren van betreffende klachten en/of het specificeren van klachten en onderliggende oorzaken. Binnen het vakgebied van de psychosomatische fysiotherapeut zijn geen specifieke meetinstrumenten ontwikkeld voor het meten van arbeidsgerelateerde stress. Vanuit andere werkvelden zoals de psychologie en de arbo-geneeskunde zijn verschillende meetinstrumenten bekend. Een discussie welke hiervan wenselijk en bruikbaar zijn in de psychosomatische fysiotherapie praktijk is in de toekomst noodzakelijk.

Binnen dit protocol is een keuze gemaakt op basis van betrouwbaarheid, beschikbaarheid en gebruiksgemak van betreffende meetinstrumenten. De in onderstaand schema onderverdeelde meetinstrumenten voldeden aan deze criteria.

Doel	Meetinstrumenten
Diagnostiserend	4DKL, MBI (UBOS-A)
Evaluatief	4DKL, MBI (UBOS-A), VAS spanning, RAND36

Tabel 6. Meetinstrumenten.

De Utrechtse BurnOut Scale is de Nederlandse vertaling van de Maslach Burnout Inventory. De MBI wordt vaak benoemd, maar de Nederlandse benaming is de UBOS. In dit protocol gebruiken we specifiek de UBOS-A omdat deze schaal het best aansluit bij onze doelgroep van dit project. Dit is een valide en betrouwbaar middel om burn-out te diagnosticeren.⁵⁴ Echter deze is wat minder bekend en toegankelijk binnen de psychosomatische fysiotherapie en het gebruik ervan is aan regels gebonden.⁵⁵ Diegene die gebruik gaat maken van de vragenlijst moet gekwalificeerd zijn binnen de master (para)medische wetenschap.

De Vierdimensionale Klachtenlijst is een vragenlijst dat bestaat uit een distress-, depressie-, angst- en somatisatieschaal. De depressieschaal en angstschaal bestaan uit respectievelijk zes en twaalf items. De distress- en somatisatieschaal hebben beide zestien items.⁵⁶

De Visuele Analoge Schaal is een meetinstrument waarbij de cliënt aangeeft op een lijn met onderverdeling van nul tot tien waar het antwoord zich situeert. De cliënt kan op de VAS spanning aangeven waar de spanning zich nu situeert op de lijn met onderverdeling.⁵⁷

De Rand-36 is een vragenlijst, welke betrekking heeft op de algehele gezondheid. Het bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving.⁵⁸

Naast bovenstaande instrumenten zijn er nog andere die gebruikt zouden kunnen worden voor het verder specificeren van stressklachten. De Depressie Angst stress Schaal, DASS en de Hospital Anxiety and Depression Scales, HADS zijn geschikt voor de uitsluiting van angststoornissen en depressie.⁵⁹ De Checklist Individuele Spankracht (CIS) vraagt naar vermoeidheid en gedragsaspecten, het is een betrouwbaar en valide instrument.⁶⁰ De Effort-Reward Imbalance Questionnaire, de ERI-Q brengt een aantal werk- en persoonskenmerken in kaart en is betrouwbaar en valide gebleken.⁶¹ De projectgroep heeft deze meetinstrumenten

buiten het protocol gelaten vanwege de onbekendheid en daardoor het gemis aan gebruikservaring.

Op basis van bovenstaande punten is binnen het protocol gekozen voor de beschreven meetinstrumenten. De projectgroep is van mening dat van een aantal meetinstrumenten onderzocht moet worden in hoeverre zij toepasbaar zijn in het handelen van de psychosomatisch fysiotherapeut bij arbeidsgerelateerde stress. Hoewel van de genoemde testen de betrouwbaarheid goed is, zijn met name de beschikbaarheid en de bruikbaarheid onzeker. Uitzonderingen zijn de 4DKL en de VAS spanning. Hiervoor geldt dat deze door de KNGF worden vermeld als meetinstrument voor de fysiotherapie in de eerste lijn.⁶²

Aanbeveling

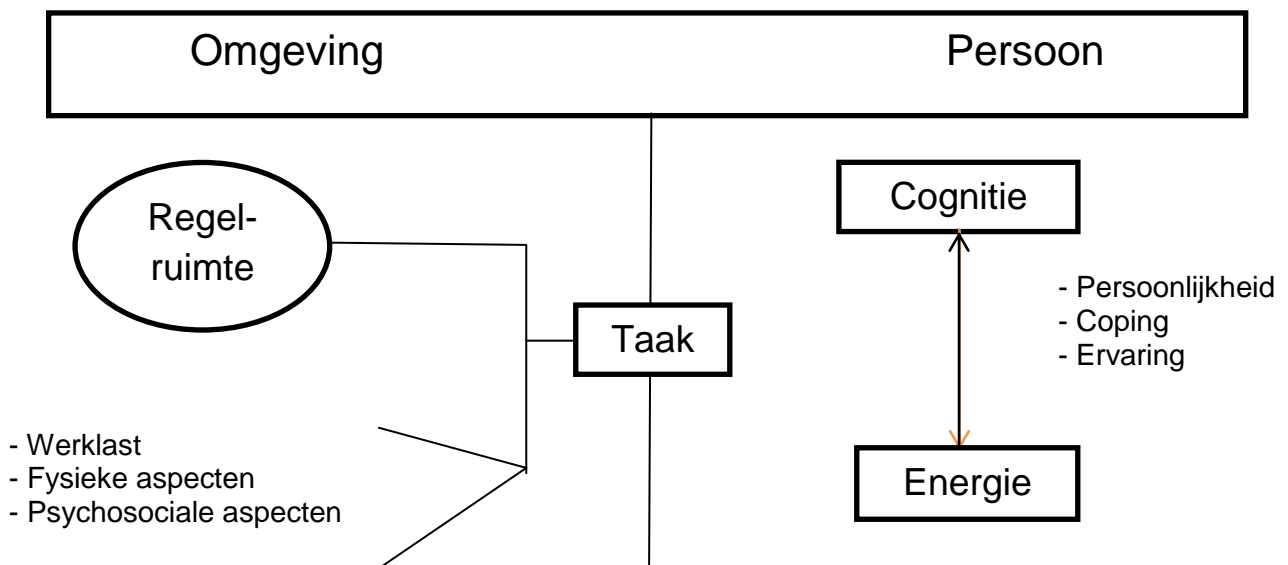
Binnen het protocol zal gewerkt worden met de 4DKL, de MBI (UBOS-A), VAS spanning en de RAND36. De keus voor deze meetinstrumenten is gebaseerd op het feit dat deze meetinstrumenten van hoge kwaliteit zijn, bekend in de beroepsgroep en veelal vrij toegankelijk zijn. De meetinstrumenten zullen worden gebruikt als screening voorafgaand aan het protocol en als evaluatief middel. Het is wenselijk dat de verkrijgbaarheid en de toestemming voor gebruik van de MBI(UBOS-A) door de NFP wordt afgestemd met de uitgever Pierson.

Theoretisch construct

Om te werken met cliënten met arbeidsgerelateerde stress binnen de psychosomatische fysiotherapeutische werksetting is het van belang een model te kiezen om de interventies theoretisch te onderbouwen. Binnen de projectgroep zijn er een aantal modellen geselecteerd op bruikbaarheid bij arbeidsgerelateerde stress. Dit zijn het biopsychosociaal model, het drie factoren model, het Demand-Control(-support) model, het model van Gaillard en het draagkracht/draaglast model. Na discussie is er gekozen voor het model van Gaillard. Omdat de factoren binnen het model in het protocol arbeidsgerelateerde stress passen. In het model van Gaillard wordt de overdracht tussen de persoon en de buitenwereld centraal gesteld. Twee vormen van disbalans, interne en externe, worden besproken in het model.⁶³

Model van Gaillard

Het stressmodel van Gaillard analyseert de verhouding mentaal-emotioneel belasting/belastbaarheid van de cliënt. Het Gaillard model combineert de persoon en de omgeving, waarbij het voornamelijk gaat om de centrale informatieverwerking binnen de cliënt. Binnen het model wordt ingegaan op de disbalans welke kan ontstaan binnen en buiten de persoon. De interne disbalans komt voort uit de mate van specifieke activatie en selectiviteit enerzijds en cognitieve, emotionele en gedragsmatig functioneren anderzijds.



Figuur 1. Stressmodel van Gaillard (1996)

Voorlichting

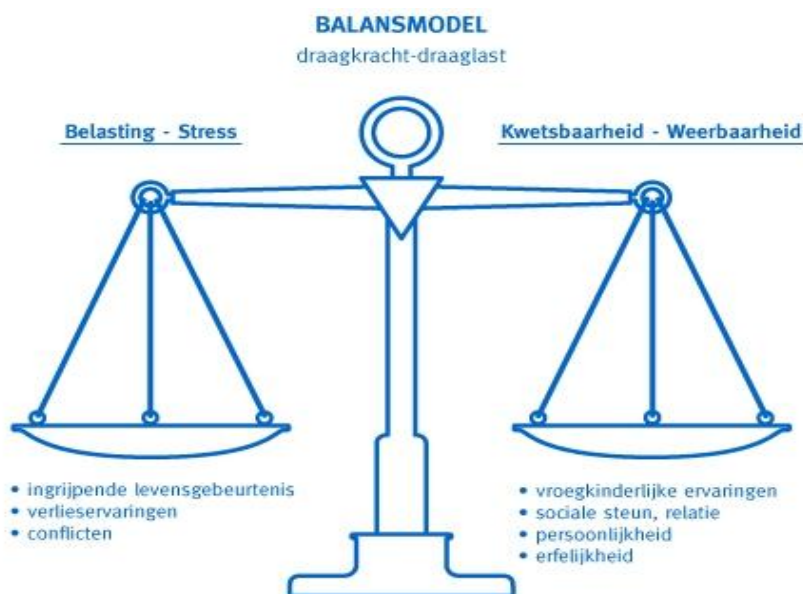
Cliëntenvoorlichting blijkt een belangrijk onderdeel van de behandeling te zijn.⁶⁴ Men vindt over het algemeen informatie over de klacht, de behandeling en de gezondheid, erg belangrijk. Mede hierdoor voelen cliënten zich als gesprekspartner serieus genomen. Men wil behalve deskundig ook respectvol behandeld worden en zich gezien en gehoord voelen. Dit bepaalt voor een groot deel het succes van de behandeling.⁶⁵

Voorlichting gaat over het geven van informatie, instructie en educatie: dit om cliënten te leren om zelfstandig te kunnen omgaan met de hun ziekte en de gevolgen hiervan (zelfmanagement). Naarmate fysiotherapeuten meer methodisch werken, geven zij meer voorlichting aan de cliënt.⁶⁶ In twee van de drie zittingen geeft de therapeut voorlichting over omgaan met de klacht. In een op de vier zittingen komt algemene informatie over de gezondheid en een gezonde leefstijl aan de orde.⁶⁷

In het protocol arbeidsgerelateerde stress wordt informatie gegeven over de balans tussen draagkracht en draaglast. Verder wordt uitleg gegeven over het algemeen welbevinden en de balans tussen het denken, het voelen en het handelen.⁶⁸ Bij het voorlichten van het arbeidsgerelateerde stress protocol wordt uitgelegd hoe de persoon zelf de bestuurder wordt en op elk gewenst moment zichzelf kan bijsturen.

Draagkracht/draaglast model

Het draagkracht/draaglast model gaat ervan uit dat mensen individueel verschillen in hun mogelijkheden om belastende situaties en gebeurtenissen het hoofd te bieden. De draagkracht wordt bepaald door de mate van copingstijlen, sociale steun en lichamelijke conditie. De draaglast wordt bepaald door andere factoren als persoonlijke, materiële, werkgebonden en sociale problemen. In het weegschaalmodel is het van belang dat de draagkracht groter is dan de draaglast. Bij een disbalans zal dit lichamelijke en psychische klachten als gevolg hebben. Het wordt ook wel het SSKK-model genoemd (steun, stress, kracht en kwetsbaarheid).⁶⁹



Figuur 2. SSKK-model van de Jonghe (1997)

Interventies bij arbeidsgerelateerde stress

Inleiding

Binnen het protocol voor arbeidsgerelateerde stress is het van belang om te weten welke interventies het best evidence based onderbouwd zijn. Om tot een gedegen aanbeveling te komen is literatuuronderzoek verricht naar de best evidence based behandeling bij arbeidsgerelateerde stress. Binnen de projectgroep is nagedacht welke interventies een psychosomatisch fysiotherapeut tot zijn beschikking zou moeten hebben. Daarnaast is er in de kennissenkring van de projectgroep met behulp van een enquête geïnventariseerd wat zij als meest gehanteerde interventie gebruiken bij arbeidsgerelateerde stress. Deze kennissenkring bestaat uit leerkrachten van de Hogeschool Utrecht en afgestudeerde psychosomatische fysiotherapeuten. Helaas is relatief weinig reactie op de enquête ontvangen. De informatie was onvoldoende om te verwerken in de verantwoording.

Methode

Gezocht werd naar studies met betrekking op arbeidsgerelateerde stress in combinatie met de verschillende interventies. Bij het zoeken naar de meest gebruikte interventies is gebruik gemaakt van de Body of Knowledge van de Hogeschool Utrecht, Master psychosomatische fysiotherapie. Hiernaast is gezocht naar interventies die de opdrachtgever en andere psychosomatisch fysiotherapeuten gebruiken, dit door middel van de enquête. De zoekmachines die gebruikt zijn om artikelen te zoeken zijn PubMed, Cochrane en CINAHL. Er is gekozen om recente literatuur te gebruiken (2000-2010) en de artikelen moesten zijn gepubliceerd in het Engels of het Nederlands. Na de zoektocht is er eerst via de titel en de abstract een keuze gemaakt of de artikelen betrekking hadden op de psychosomatische fysiotherapie praktijk en of deze artikelen betrekking hadden op arbeidsgerelateerde stress. Deze zijn gelezen en beoordeeld op klinische relevantie.

De string is: (Work AND stress AND (work related stress OR occupational) NOT anxiety NOT depression). De limieten die zijn aangegeven in de zoekstrategie zijn 2000-2010, humans, Engelse of Nederlandse taal en 18 jaar en ouder.

De interventies zijn toegevoegd door de betreffende persoon hieronder in de tabel.

Onderzoeker	Interventies			
Huub Boerman	Sport	Body awareness therapy	Ilse Middendorff	Graded activity Graded exposure
Isabelle Lelijveld	Feldenkrais	Mindfulness	Massage	Meditatie
Janet van der Meer	REBT, ACT, Cognitieve th.	AOT van Dixhoorn	Focussen	Problem solving therapy
Ying-Ha Tang	Motivational interviewing	Progressive relaxation	Simple relaxation	Applied relaxation
Timo Vedder	Bio feedback (HR, EMG en TEMP)	Senso relaxation		
Fieke Veldhuis	Somatics	Opening up	Neurolinguistisch programmeren	

Tabel 7. Interventies

Resultaten

Vanuit de zoekstring is naar voren gekomen dat drie interventies veel onderzocht zijn. Deze zijn cognitieve therapie, mindfulness en sport. Naar deze interventies is verder onderzoek gedaan door de projectgroep. De keus om overige interventies niet op te nemen in het protocol is gebaseerd op de geringe literatuur en na beoordeling van de artikelen waren de interventies niet goed toepasbaar op arbeidsgerelateerde stress of was de interventie toegepast op een andere uiting van arbeidsgerelateerde stress, zoals bloeddruk of pijnklachten in de bovenste extremiteiten.

Mindfulness

Uit de gevonden artikelen zoals hieronder vermeld, komt naar voren dat deze interventie effectief is gebleken bij een scala aan klachten waarvan stress aan de basis staat.

De groep die mindfulness heeft ondervonden bestaat uit mensen met verschillende achtergronden, een geschiedenis of actuele staat van kanker en mensen in het arbeidsproces. Deze mensen hebben met elkaar gemeen dat zij zich kunnen verbeteren in de omgang met stressgerelateerde situaties, van welke aard dan ook. Door bewustwording, grenzen aangeven en een moment voor jezelf creëren heeft mindfulness een positief effect op deze klachten.^{70 71 72}

De mindfulness training kan tevens in combinatie met andere interventies gegeven worden, zoals bijvoorbeeld met een vorm van cognitieve therapie. Hierbij moet men de behandelduur zo kort mogelijk houden aangezien uit onderzoek is gebleken dat een verlenging van de behandelduur niet ten goede komt aan het behandelresultaat.⁷³

Uit onderzoek van Davidson is gebleken dat acht weken mindfulness effect heeft bij de coping van stress en een verbeterd lichaamsbesef. Tevens is gebleken dat mindfulness een positieve invloed heeft op het immuunsysteem.⁷⁴

In dit zelfde literatuuronderzoek van Davidson is gekeken naar de effectiviteit van mindfulness bij arbeidsgerelateerde stress en kan geconcludeerd worden dat deze evidence based is.

Cognitieve therapie

Uit de artikelen met betrekking tot behandeling middels cognitieve therapie is duidelijk geworden dat deze interventies het meest effectief zijn bij arbeidsgerelateerde stress. De studies waaruit dit blijkt worden later in dit stuk benoemd. Veel studies in dit werkveld vergelijken het effect van een cognitieve interventie met het effect van een andere interventie (bv. Firth en Shapiro).⁷⁵ In deze onderzoeken wordt niet vergeleken tussen een groep die wel behandeld wordt en een placebogroep. Om deze reden zijn deze studies niet meegenomen in het literatuuronderzoek.⁷⁶

In arbeid waar de cliënt een hoge mate van beslissingsbevoegdheid heeft, heeft cognitieve therapie het meeste effect. Hier is een variatie op perceptie en manier van coping bij personen gewenst, zodat er effectief omgegaan kan worden met stressvolle situaties. In arbeid waar weinig beslissingsbevoegdheid aanwezig is, zijn organisatie gerichte interventies, in combinatie met cognitieve interventies het meest effectief. Is dit niet mogelijk dan zijn interventies gericht op een passieve coping zoals relaxatie technieken effectief.⁷⁷

Binnen het protocol is gekozen voor de REBT volgens Ellis. Deze keuze is gebaseerd op positieve uitkomsten in de volgende onderzoeken: Lee & Crockett, Higgins en Möller waaruit blijkt dat REBT een positief effect heeft binnen de behandeling van arbeidsgerelateerde stress en hieraan gerelateerde kenmerken.^{78,79,80} De REBT volgens Ellis is effectief gebleken volgens een meta-analyse op basis van 28 RCT's ten opzichte van niets doen of placebo.⁸¹ Ervaring van de therapeut met de cognitieve gedragstherapie is noodzakelijk en blijkt een succesfactor voor het slagen van de therapie.^{82,83}

Sport

Specifiek voor (arbeidsgerelateerde)stress is minder literatuur met betrekking tot sport beschikbaar dan voor angst en depressie. Tevens zijn de geïnccludeerde artikelen van matige kwaliteit. Toch wil de projectgroep hier een aantal onderwerpen zoals tegengekomen toelichten. Zo blijkt uit een RCT van Hansen⁸⁴ met een onderzochte groep van kantoorpersoneel dat meer lichamelijke activiteit gerelateerd wordt aan meer energie en minder stress, dit laatste gold alleen voor mannen. Tevens stellen zij dat bij inactief werk met hoge werkstress een advies hoort van een sport met hoge intensiteit.

In een RCT van Sonntag et al wordt aangegeven dat wanneer gedurende de dag een hoog stressniveau aanwezig is geweest dit wordt gevolgd door een mindere mate van zelfregulatie en meer tijdsbesteding aan activiteiten met een laag inspanningsniveau dan aan sportactiviteiten.⁸⁵ Dit gold tevens voor lange werkdagen. Daarnaast bleek dat personen met stress beter herstellen van sportactiviteiten dan van activiteiten met een laag inspanningsniveau. Hieruit blijkt een paradox: sporten helpt wel tegen stress maar bij veel stress is men minder geneigd te gaan sporten. Stress kan een belemmerende factor zijn voor het doen van sportactiviteiten, extra aandacht hiervoor in de begeleiding is dus gewenst.

In de geïnccludeerde artikelen is een aantal malen sprake van voorkeur voor het intensiteitsniveau. Zo blijkt uit de eerder genoemde RCT van Hansen dat bij inactief werk met hoge werkdruk een advies hoort van een sport met hoge intensiteit. Ook in een meta-analyse van Conn komt ter sprake dat een matig tot hoge intensiteit meer effect zou hebben echter was hier sprake van onderzoek naar angst bij gezonde mensen.⁸⁶ Het niveau van beide artikelen is onvoldoende voor adviezen wat de uitvoering betreft in de praktijk. Sime stelt in een overzicht van oefeningen bij stress dat het plezier in de activiteit belangrijker is dan de intensiteit of kracht.⁸⁷

Het belang van sport voor de psychische gezondheid in het algemeen wordt onderschreven door een groot langlopend onderzoek genaamd NEMESIS.⁸⁸ Sporten geeft volgens dit onderzoek minder kans op en sneller herstel van psychische stoornissen als depressie en fobieën en andere angststoornissen. Arbeidsgerelateerde stress heeft mogelijk overeenkomsten met deze groepen maar is niet als zodanig onderzocht.

Aanbeveling

Vanuit de resultaten van het literatuuronderzoek komt de aanbeveling om tijdens behandelen van cliënten met arbeidsgerelateerde stress de interventies mindfulness en cognitieve therapie toe te passen. Binnen de literatuur zijn deze twee interventies het best onderbouwd voor arbeidsgerelateerde stress. Tevens komt uit de literatuur naar voren dat er niet meer dan drie interventies plaats moeten vinden naast elkaar om de behandelduur niet onnodig te verlengen en het effect optimaal te houden.

Zoals beschreven is de interventie “sport” onvoldoende onderbouwd in de literatuur voor arbeidsgerelateerde stress voor toepassing binnen het protocol. De algemene tendens dat lichamelijke oefening zou helpen tegen (arbeidsgerelateerde) stress lijkt gerechtvaardigd. Echter hiervoor is voor specifiek arbeidsgerelateerde stress nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs opgebouwd. Uit onderzoek van Salmon blijkt dat de effecten van bewegen van allerlei aard zijn, zowel psychologisch als fysiologisch. Het onderzoek daarnaar vereist een grondige psychobiologische kennis met speciale aandacht voor sociale en culturele factoren.⁸⁹

Discussie

Door de zoekstrategie op de huidige manier op te stellen wordt er gezocht naar artikelen die gebaseerd zijn op arbeidsgerelateerde stress. Hierdoor kunnen artikelen die effectieve interventies beschrijven bij stress in algemene zin buiten het zoekbereik geraken.

De projectgroep heeft besloten een protocol op te stellen met de interventies mindfulness en cognitieve therapie. De keuze is gebaseerd op artikelen die de hoogste score hebben van level of evidence. Een combinatie van twee interventies geeft betere resultaten dan een combinatie van drie interventies.

De interventie sport heeft de projectgroep niet opgenomen in het protocol. De project groep denkt wel dat op basis van het hier eerder aangehaalde onderzoek NEMESIS gesteld kan worden dat buiten het protocol sportactiviteiten een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van arbeidsgerelateerde stress.

In het onderzoek van Davindson is te zien dat acht weken mindfulness een positief effect heeft bij coping van stress en een verbeterd lichaamsbesef. Hieruit is gebleken dat mindfulness effectiviteit blijkt bij arbeidsgerelateerde klachten. Uit onderzoek van Firth en Shapiro is beschreven dat cognitieve interventie het meest effectief is bij arbeidsgerelateerde stress.

Voor de opbouw van het protocol arbeidsgerelateerde stress is gekozen om behandelingen te geven van 30 minuten. De projectgroep heeft de voorkeur om behandelingen te geven van 50 minuten, maar dit is niet haalbaar in de praktijk. In totaal worden er acht behandelingen beschreven in het protocol arbeidsgerelateerde stress met in de negende sessie een evaluatie. In de literatuur over de mindfulness worden goede resultaten behaald met groepslessen en vaak duren de sessies 2,5 uur.

Voor de verschillende interventies is de optimale behandelduur beschreven, echter voor de combinatie van interventies is geen onderbouwing vanuit de literatuur gevonden. Daarom is er vraag naar onderzoek van de combinatie mindfulness en cognitieve therapie in de vorm van REBT.

Afsluiting Protocol

Na acht behandelingen bevindt zich de eindevaluatie van het protocol arbeidsgerelateerde stress. In de eindevaluatie worden de ervaringen van de cliënt besproken. De vragenlijsten 4DKL, VAS spanning, MBI (UBOS-A) en RAND36 worden gebruikt bij deze afsluiting.

De criteria die als eindevaluatie worden aangehouden zijn:

1. Cliënt heeft de subdoelen bereikt.
2. Cliënt heeft de subdoelen gedeeltelijk bereikt, maar de inschatting is dat hij om de subdoelen te bereiken, zelfstandig de activiteiten in de thuissituatie kan voortzetten.
3. Cliënt heeft de subdoelen niet bereikt en de inschatting is dat hij het maximaal mogelijk haalbare heeft bereikt.

Na vier weken is er een tussenevaluatie om te bespreken of de cliënt baat heeft bij de interventie. Tijdens elke sessie wordt er met de cliënt besproken wat diens bevindingen zijn. Bij het bespreken van de bevindingen is het van belang om de therapietrouw voor te behouden van de cliënt. Middels vragenlijsten wordt getracht objectief de vooruitgang van de cliënt te monitoren.⁹⁰

Om de therapietrouw van cliënten te vergroten is het van belang om terugval in hun oude patroon te voorkomen. Cliënten leren een nieuw gedrag of gewoonte door de therapie. Het is belangrijk om het nieuw geleerde gedrag of gewoonte te herhalen en in het dagelijks leven in te passen. Het is van belang om aan de cliënt uit te leggen dat een terugval mogelijk is. Hierbij is de cliënt niet de enige die een terugval kan krijgen, maar meerdere cliënten zullen het meemaken. Het is pas een probleem als de cliënt de terugval niet ervaart als terugval en niet opnieuw kan beginnen.) Om recidivering te voorkomen moet de cliënt inzien welke situaties dit kunnen veroorzaken. Door vroegtijdig herkenning van symptomen vergroot je de kans op recidivering

De volgende drie elementen worden veel gebruikt bij de preventie van recidief:

- Beïnvloed de attributie in een positieve richting
- Inventariseer situaties die een terugval kunnen veroorzaken en bedenk samen een strategie.
- Betrek de invloed van de sociale omgeving in de terugvalpreventie.

Het is verstandig om een follow up afspraak te maken na zes weken of drie maanden na de laatste behandeling. De cliënt voelt zich gesteund om het nieuwe geleerde gedrag vol te houden. Bij een follow up afspraak heeft de cliënt de gelegenheid om te evalueren en eventuele problemen te bespreken.⁹¹

Nawoord

Het samenstellen van dit protocol arbeidsgerelateerde stress is voor de projectgroep een flinke uitdaging geweest. Tijdens het doorzoeken van de vele literatuur en het beschrijven van de onderdelen van arbeidsgerelateerde stress is het van belang geweest om voor ogen te houden dat het protocol uiteindelijk een helder, praktisch maar tegelijkertijd bondig beeld geeft wat het behandelen van cliënten met arbeidgerelateerde stress in kan houden. De projectgroep denkt dat ze hierin geslaagd is het draagvlak voor een dergelijk protocol en de uiteindelijke bruikbaarheid zal in de praktijk moeten worden ervaren. Ook hier geldt 'the proof of the pudding is in the eating'. De projectgroep is nieuwsgierig en ongeduldig naar de volgende fase waarin dit protocol in samenwerking met onze opdrachtgever zal worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van een aantal psychosomatische fysiotherapeuten.

Verder onderzoek naar de level of evidence van dit protocol is wenselijk aangezien het getest wordt op kleinschalig niveau. In de toekomst zal de beroepsgroep PSF sterker staan ten opzichte van de andere beroepsgroepen en zorgverzekeraar wanneer dit op een grootschaliger niveau onderbouwd zal worden.

Dankwoord

Deze verantwoording is tot stand gekomen dankzij de samenwerking van de projectgroep. Graag wil de projectgroep de volgende personen bedanken voor hun medewerking aan het tot stand komen van dit product;

- Mw. J.M.W. van Wijk- Engbers

Voor haar begeleiding en het meedenken met dit project en het voorzien van de stukken van feedback indien gevraagd.

- De leden van de wetenschapscommissie PSF

Voor het bedenken van de opdracht en de mogelijkheid tot implementatie bij hun praktijken.

- Niels Goudswaard

Voor de sturing vanuit de opleiding gedurende dit project.

- Hogeschool Utrecht

Voor deze BPO opdracht.

Referentielijst

- ¹ Cox T., Rial-Gonzalez E.; (2000). Risk management, psychosocial hazards and work stress. In: Rantanen J. Lehtinen S.; Psychological Stress at Work. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- ² <http://www.psychosomatische fysiotherapie.nl/pdf/beroepscompetentieprofielInfp.pdf> (06-11-2010)
- ³ Terluin B. (1996) De 4 DKL, een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet;39 (12): 538-47
- ⁴ Utrechtse Burnout schaal, handleiding (2000) W.Schaufeli en D.van Dierendonck; Lisse Swets Text Publishers
- ⁵ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-socialezekerheid/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3275-wm.htm> (20-11-2010)
- ⁶ Hartman & Boerdam (2004) Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 1987-2003. In Sociaal-economischetrends. Statistisch kwartaalblad over arbeidsmarkt, sociale zekerheid en inkomen. Aflevering 4. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- ⁷ Van Weeghel (2005) Arbeid en psychische aandoeningen; belangrijke feiten. Omgaan met psychische klachten. Kennisnetwerk gezondheid en arbeid, Magazine 3, maart, 7-8
- ⁸ De Lange (2005) What about causality? Examining longitudinal relations between work characteristics and mental health. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit
- ⁹ Koningsveld E.A.P. et al (2003) Maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden van werknemers in 2001. Doetinchem: Elsevier.
- ¹⁰ Hoffius & Hento, (2004) Uitkomsten marktonderzoek omgang met psychische problemen op het werk. Bron: TNS NIPO. Leiden: Astri.
- ¹¹ Houtman et al, (2002) Psychische klachten, interventies en werkhervatting: De prognose studie INVENT. Hoofddorp: TNO arbeid. Een onderzoek van TNO arbeid ism het Trimbos instituut.
- ¹² Blonk & van Dijk (1998) Concept richtlijnen voor de diagnostiek van beroepsgebonden psychische aandoeningen. Amsterdam: Nederlands centrum voor beroepsziekte, Coronel instituut voor Arbeid,
- ¹³ Klink & Terluin (2005) Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum
- ¹⁴ Arbobalans (2004), Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; http://www.rsi-vereniging.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2 (20-11-2010)
- ¹⁵ NCvB (2003) Signaleringsrapport beroepsziekte '03 Amsterdam: NCvB <http://www.beroepsziekten.nl/datafiles/NCvB%20SR07%20DEF.pdf> (20-11-2010)
- ¹⁶ UWV (2003) Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid: jaaroverzicht WAO/WAZ/Wajong 2000 [www.uwv.nl http://tno-arbeid.adlibsoft.com/adlib/docs/Jaaroverzicht2000.pdf](http://tno-arbeid.adlibsoft.com/adlib/docs/Jaaroverzicht2000.pdf) (20-11-2010)
- ¹⁷ Van Weegel (2005) Arbeid en psychische aandoeningen; belangrijke feiten. Omgaan met psychische klachten. Kennisnetwerk gezondheid en arbeid Magazine 3, maart 7-8 en Symposium Arbeid en Psyche, 22 juni, www.trimbos.nl/db (06-11-2010)

-
- ¹⁸ Algra, L.(1996) Een werkmaat voor maatwerk: een praktijkhandboek over stress, arbeidsverzuim en burnout. Communicatieve projecten, Rijswijk
- ¹⁹ Paffen, M.J.A. (1996) . Stresspreventie. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie.
- ²⁰ Bekkum, P.W.J. van, A. Gouw (2002) Arbo themacahier 9, werkbelasting en stress. Sdu, Den Haag
- ²¹ Cox T., L. Thomson (2000) Organizational healthiness, work-related stress and employee health. in: Dewe et al. (eds), Coping, health and organizations, Taylor & Francis Inc., Londen en New York
- ²² Engel, GL., (1978) The biopsychosocial model and the education of health professionals. Ann NY Acad Sci 310: 169-181
- ²³ Bekkum & Gouw (2007) Arbo-informatieblad 41, Ongewenste omgangsvormen op de werkvloer, SDU Uitgever
- ²⁴ <http://www.overspannen.nl/content/burn-out/werkstress.asp> (06-11-2010)
- ²⁵ Hoogduin, CAL, Schaap, CPDR, Methorst, GJ. (1996) Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- ²⁶: In Hoogduin C.A.L. et al (2001) Burnout: klinisch beeld en diagnostiek,Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- ²⁷ Krimpen H. (1989) Handboek stresshantering voor managers; UitgeverGorcum b.v., Koninklijke Van ISBN9789023223894
- ²⁸ Klink J van der et al (2005) Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burn-out. In: Psychische problemen en werk. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum; 259-289.
- ²⁹ Terluin, B. (1997). Spanningsklachten en surmenage., Psychiatrie. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- ³⁰ Cooper,C.L, (2000), Theories of occupational stress. Oxford: University Press
- ³¹ Burken P., van, Swank J.(2002), Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut deel 1, Houten/Diegem Bohn Stafleu van Loghum
- ³² Burken P.,van, Swank J.,(2002) Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut deel1, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum
- ³³ Stecr, werkwijzer Werkstress (2003), Platform reïntegratie
<http://www.stecr.nl/stecr/download/common/stecr-werkwijzer-werkstress-2004.pdf> (01-11-2010)
- ³⁴ www.burnin.nl (06-10-2010)
- ³⁵ Freudenberg, H.J.(1991) Burnout een maatschappelijk verschijnsel.In : Ploeg, HM van der & Vis J, Burnout en werkstress, 3^e druk, Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- ³⁶ Smith, T.W., O'Keeffe J.L. & Allred, K.D. (1989) Neuroticism, symptom reports and type A behavior: interpretive cautions for the Framingham Scale. Journal of Behavioral Medicine, 12, 1-11
- ³⁷ Van Burken P, Swank J (2000) Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut deel1 , Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum

-
- ³⁸ Gaillard, A.W.K.(1996) Stress, productiviteit en gezondheid. Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds.
- ³⁹ Lazarus R.S. 1993, Coping: Theory and Research: Past, Present, and Future. Psychosomatic Medicine 55:234-247
- ⁴⁰ Mitchel D. (2004) Stress, coping and appraisal, a test of the goodness-of-fit hypothesis
http://etd.ohiolink.edu/view.cgi/Mitchell%20Dana.pdf?acc_num=ohiou1103225821 (02-12-2010)
- ⁴¹ O'Driscoll, M.P. & Cooper, C.L. (1994) Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 67, 343-354.
- ⁴² Van Burken, P., Swank, J.(2000) Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum
- ⁴³ Versteeg, E.(2010) Minder medicijngebruik, minder arbeidsverzuim, minder klachten. Issue, NPI kwartaal 4
- ⁴⁴ Van Burken, P., Swank, J.(2000) Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum
- ⁴⁵ Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987) Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. Cognitive Therapy & Research, 11, 473–485.
- ⁴⁶ Lehrner R. (1994) Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (Eds.) Life-span development and behavior, Vol. 12 (pp. 91-133). Hillsdale
- ⁴⁷ Skevington, S.M. Pitts, M. & Phillips, K(1995). Psychology of pain. In: The psychology of health.
- ⁴⁸ Aldwin en Revenson (1987) Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 53, no 2, 337-348
- ⁴⁹ <http://www.ipt-site.nl/int-3.html> (06-11-2010)
- ⁵⁰ Scheurs P.J.G., van de Willege G., Brosschot J.F., Tellegen B., Graus G.M.H., (1993) De Utrechtse coping Lijst: UCL Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Swets en Zeitlinger b.v. Lisse
- ⁵¹ Van Dale, 13^e druk, (1999) Groot woordenboek der Nederlandse taal, Van Dale Lexicografie BV.
- ⁵² Kompier M. Houtman I. (1991): Mentale belasting. In: P. Voskamp (red.) Handboek Ergonomie; de stand van de ergonomie in de Arboret, Samsom, Alphen aan de Rijn, 61-72
- ⁵³ Kompier M. Levi L. (1993) Stress at work: causes, effects and prevention. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg
- ⁵⁴ Schaufeli W., Dierendonck van D.(2001) Utrechtse BurnOut scale, De Psycholoog, uitgever.
- ⁵⁵ <http://www.pearson-nl.com/producten/145-ubos-utrechtse-burnout-schaal.htm> (12-12-2010)

-
- ⁵⁶ Terluin B. (1996) De 4 DKL, een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet*;39 (12): 538-47
- ⁵⁷ Wewers M.E. & Lowe N.K. (1990) A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health* 13, 227-236.
- ⁵⁸ Karen I. Zee , K.van der, Sanderman R (1993) Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de rand-36 : een handleiding . - Groningen : Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, http://www.rug.nl/gradschoolshare/research_tools/assessment_tools/RAND-36_handleiding.pdf, (05-11-2010)
- ⁵⁹ Croon E.M. de, Nieuwenhuijsen K., Hugenholtz N.I.R., van Dijk F.H. (2005) Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen *TBV* 13, nr. 4 (april) blz. 98-103.
- ⁶⁰ Beurskens et al (2000) Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure; *Occup Environ Med.* May; 57(5): 353–357.
- ⁶¹ Vegchel van N (2005) Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med.* Mar;60(5):1117-31.
- ⁶² <http://www.fysionet.nl/index.php?p=478155> 12-12-2010
- ⁶³ Van Burken, P., Swank, J., *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut 2000*, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum
- ⁶⁴ Fruth, S.J., Ryan, J.J., Gahimer, J.A., (1998). De prevalence of the health promotion and disease prevention education within physical therapy treatment sessions. *Journal of Physical Therapy Education* ; 12(1): 10-16
- ⁶⁵ Burgt, M., van de, Verhulst, F., (2003). *Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici*, Houten/Antwerpen, Bohn Stafleu Van Loghum
- ⁶⁶ Sluijs EM. *Patient education in physical therapy, proefschrift*. Maastricht: Rijks Universiteit Limburg, 1991a
- ⁶⁷ Burgt, M., van de, Verhulst, F., (2003). *Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici*, Houten/Antwerpen, Bohn Stafleu Van Loghum
- ⁶⁸ Hageaars LHA, Bos JM (2006) *Over de kunst van hulpverlening*, Amersfoort, Nederlands Paramedisch Instituut
- ⁶⁹ www.cbo.nl/Downloads/294/rl_somatks_09.pdf (10-12-2010)
- ⁷⁰ Greeson JM (2009) Mindfulness Research; *Complement Health Pract Rev.* january 1;14
- ⁷¹ Reibel D.K. (2001); Mindfulness based stress reduction and health related quality of life in a heterogeneous patient population, *General Hospital Psychiatry* 23(4):183-92
- ⁷² Dobkin PL (2008) Mindfulness based stress reduction: what processes are at work; *Complementary therapies in clinical practice*; Vol. 14, Issue 1, Pages 8-16, Elsevier
- ⁷³ Richardson, K.M., Rothstein H.R. (2008) Effects of Occupational Stress Intervention Programs: A Meta-Analysis, *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 13, No. 1, 69-93

-
- ⁷⁴ Davidson R.J., Kabat-Zinn J., Schumacher J. et al. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. (Jul-Aug), *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570
- ⁷⁵ Firth J, Shapiro DA (1986) An evaluation of psychotherapy for job-related stress. *J Occup Psychol*. 59:111-119
- ⁷⁶ Van der Klink, J.J.L., et al (2001) The Benefits of Interventions for Work-related Stress, *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No2, 270-276
- ⁷⁷ Richardson, K.M., Rothstein H.R. (2008) Effects of Occupational Stress Intervention Programs: A Meta-Analysis, *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 13, No. 1, 69-93
- ⁷⁸ Lee S., PhD, RN and Crockett M.S. DnSc, Rn, *Effect of assertiveness training of levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan*, Republic of China, University of Texas of Austin, USA (1994)
- ⁷⁹ Higgins CW. *Evaluating Wellness programs*, Health values vol 10, november/December (1986)
- ⁸⁰ Möller AT and Botha HC. *Effect of a group rational-emotive behavior therapy program on the type a behavior pattern*, University of Stellenbosch (1996)
- ⁸¹ Garnefski, N. Diekstra. *Efficacy of Rational-Emotive Therapy: A Quantitative Analysis*. Gemma I. Engels,(1993)
- ⁸² DeRubeis, F. *Determinants of change in cognitive therapy for depression* , (1990)
- Cognitive Therapy and Research* Volume 14, Number 5, 469-482, DOI: 10.1007/BF01172968
- ⁸³ Seiffge-Krenke. *Beyond efficacy: Which factors contribute to the efficacy of psychoanalytic treatments with adolescents?* *Forum der psychoanalyse*, 2010-0926:3, 291-312
- ⁸⁴ Hansen (2010) Physical activity, job demand–control, perceived stress–energy, and salivary cortisol in white-collar workers *Int Arch Occup Environ Health*, 83:143–153
- ⁸⁵ Sonnentag S, Jelden S.(2009) Job Stressors and the Pursuit of Sport Activities: A Day-Level Perspective; *Journal of Occupational Health Psychology* 14; pp. 165-181
- ⁸⁶ Conn VS (2010) Anxiety outcomes After physical activity interventions; *Nursing Research* 2010 vol. 59,224-231.
- ⁸⁷ Sime W (2007) Exercise therapy for stress management. Lehrer P. et al; *Principles and practice of stress management* 3ed New York; The Guilford Press, 2007; 333-359
- ⁸⁸ Have ten M. (2010) *Sporten en psychische gezondheid, Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)* ISBN:978-90-5253-658-3 Uitgever: Trimbos-instituut
- ⁸⁹ Salmon P. (2001) Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory; *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No. 1, pp. 33–61
- ⁹⁰ <https://www.kngfrichtlijnen.nl/index.php?NODE=2004&richtlijn=8&versie=22&hoofdstuk=108> (06-11-2010)
- ⁹¹ Burgt, v.d. M., Verhulst, FJCM. (2009) Doen en blijven doen, Patiëntenvoorlichting in de paramedische praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum