

KWALITEITSTAFEL BEDRIJFS- EN VERZEKERINGSGENEESKUNDE
WERKGROEP RICHTLIJNEN

IMPLEMENTATIE NVAB/NVVG RICHTLIJNEN: EEN BLAUWDRIK

Dr. I. Draskovic
Dr. T. Oosterhuis
Dr. A.G.C. van Lomwel
Prof. Dr. C.T.J. Hulshof

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	3
1.1 Achtergrond, probleemstelling en vraagstelling	3
2. Methoden	5
2.1 Meten van naleving	5
2.2 Belemmerende en bevorderende factoren	6
2.3 Evaluatie training richtlijn Depressie	6
3. Resultaten	8
3.1 Resultaten naleving en evaluatie mobiele applicatie	8
3.2 Resultaten kwalitatief onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor de richtlijnimplementatie	10
3.3 Resultaten van de evaluatie van de training richtlijn Depressie	15
4. Conclusies en aanbevelingen	16
Referenties	21
Bijlage 1. Toelichting gebruik richtlijn Depressie	22
Bijlage 2. Kwaliteitsindicatoren	23
Bijlage 3: Topics focusgroep bijeenkomsten	25
Bijlage 4. Resultaten gebruiksvriendelijkheid app-moniq	26
Bijlage 5. Resultaten van de focusgroep bijeenkomsten	27
Bijlage 6. Volledige resultaten van de focusgroepen in tekst format	32
Bijlage 7. Volledige resultaten van de evaluatie van de training	37

1. INLEIDING

1.1 ACHTERGROND, PROBLEEMSTELLING EN VRAAGSTELLING

Dit project is onderdeel van de Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, die in 2018 van start is gegaan en tot doel heeft om duurzame kennis- en kwaliteitsontwikkeling te bevorderen. Daarmee zou de instroom in de beroepen van bedrijfs- en verzekeringsartsen verhoogd kunnen worden en de tekorten aan bedrijfs- en verzekeringsartsen worden verminderd. Voorzitter Jenneke van Veen benadrukte bij de oprichting dat "... goede zorg voor mensen die te maken hebben met arbeid-gerelateerde ziekten van groot belang is voor onze maatschappij. Niet alleen kost ziekte-uitval veel geld, maar het verlies van werk en/of kwaliteit van leven is voor mensen van levensbelang. Daarom is het voorkomen dat werknemers ziek worden een uitdaging voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en daaraan gerelateerde beroepen." [1] Op basis van de eerste verkennende Kwaliteitstafel-gesprekken kwamen drie thema's naar voren, te weten academisering, opleidingen en implementatie van richtlijnen. In de eerste bijeenkomst met de Kwaliteitstafel is een start gemaakt met deze onderwerpen en zijn drie werkgroepen gevormd, voor elk thema een.

De Werkgroep Richtlijnen¹ richt zich vooral op prioritering en implementatie van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen. In de eerste vergadering van de Werkgroep Richtlijnen is de overkoepelende doelstelling 'bevordering van de implementatie van gezamenlijke richtlijnen door bedrijfs- en verzekeringsartsen' uitgewerkt in een viertal doelen:

1. Vaststellen van de implementatiegraad en belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de gezamenlijke richtlijn Depressie. (Toelichting richtlijn Depressie in Bijlage 1)
2. Opstellen van een format en aanbevelingen voor de implementatie van deze en andere richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.
3. Een geactualiseerd werkprogramma 2019 – 2023 voor de herziening en ontwikkeling van richtlijnen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, in samenwerking met aanpalende disciplines.
4. Inbedden van geautoriseerde richtlijnen in zorgstandaarden van Zorginstituut Nederland.

Dit rapport doet verslag van doel 1 en 2. Voor doel 3 is het rapport Prioritering bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen in voorbereiding. Over doel 4 vinden op dit moment gesprekken met Zorginstituut Nederland plaats.

Richtlijnnaleving in de gezondheidszorg is in de regel matig of laag [2,3,4] en een gerichte implementatiestrategie is nodig om die te verbeteren [5]. Ook in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is dit het geval. De in 2016 gepubliceerde richtlijn Depressie is een van de eerste gezamenlijk door NVAB, NVMG en GAV ontwikkelde richtlijnen. Als het om de naleving van de Richtlijn Depressie gaat, concludeerde de Werkgroep Richtlijnen dat deze voor verbetering vatbaar is. Om richtlijnnaleving te verbeteren is het belangrijk om, naast het meten van naleving, erachter te komen waarom die laag is. Met andere woorden, het is nodig

¹ De Werkgroep Richtlijnen bestond uit Gertjan Beens (NVAB, voorzitter), Marijke van Bork (UWV), Monique Broekhuizen (NVMG), Marianne Holleman (NVvA/AKC), Willemiek de Hoop (NVvA), Tjeerd Hulsman (NVvA/AKC), Petra Jonker (V&VN), Rob Kok (NVMG), Yolanda Kuis (BA&O), Viona Lapre (GAV), Peter van Muijen (NVMG), Natasha Tolkacheva (UWV), Kees van Vliet (NVAB) en Jolanda Willems (NVVA).

om onderzoek te verrichten naar belemmerende en bevorderende factoren voor de naleving van richtlijnen in de praktijk.

Bij de richtlijn Depressie speelt waarschijnlijk mee dat, doordat dit de eerste gezamenlijke bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijn is, de richtlijn nog niet voldoende aansluit bij de praktijk van beide betrokken beroepsgroepen. Zo zijn er verschillende situaties bekend, waarin het gebruik van de richtlijn Depressie en richtlijnen in het algemeen niet vanzelfsprekend is, waaronder bemoeilijkte communicatie bij zware depressie en het gebrek aan bruikbare instrumenten om de belastbaarheid te meten. Dit sluit aan bij de review van Cabana et al. [7], waarin belangrijke belemmeringen voor richtlijngebruik worden genoemd: een richtlijn niet goed kennen, niet mee eens zijn met de aanbevelingen vanwege alternatieve interpretatie van evidence, oversimplificatie in de richtlijn ('kookboek'), lage self-efficacy voor het gebruik van de richtlijn, lage verwachting van de effectiviteit van de richtlijn, inertie, gebruikersonvriendelijkheid van de richtlijn. Het in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren voor de richtlijnimplementatie is een belangrijke stap in de ontwikkeling van een meer algemene implementatiestrategie. [5,6]

Voor het eerstgenoemde doel van dit project zijn de volgende vier onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe is de naleving van de richtlijn Depressie nu?
2. Is het haalbaar om de naleving te meten met behulp van een mobiele app?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de implementatie van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen in het algemeen en specifiek voor de richtlijn Depressie?
4. Wat zijn de ervaringen met een nader te ontwikkelen training voor het gebruik van de richtlijn Depressie en leidt dat bij de deelnemers ook tot betere naleving?

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen en een (beperkt) aanvullend literatuuronderzoek komen we tot het opstellen van een meer algemeen format/blauwdruk voor de implementatiestrategie van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen (Doel 2).

Met implementatiestrategie bedoelen we in dit project een activiteit binnen het ontwikkelingstraject van een bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijn die gericht is op vergroten van de implementatiegraad van deze richtlijn.

Met een blauwdruk bedoelen we een set van aanbevelingen voor de toe te passen implementatiestrategieën die bij alle bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen toegepast kan worden.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we de gehanteerde methode om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Via de resultaten in Hoofdstuk 3 komen we in Hoofdstuk 4 tot de genoemde set van aanbevelingen (blauwdruk) voor de implementatie van gecombineerde bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen. Daarnaast is een aantal bijlagen met meer gedetailleerde inhoudelijke informatie bijgevoegd.

2. METHODEN

2.1 METEN VAN NALEVING

Door de richtlijnnaleving te meten, willen we nagaan in hoeverre de richtlijn Depressie wordt nageleefd, en meer in het algemeen of het haalbaar is om naleving van richtlijnen te meten met behulp van een mobiele app.

Deelnemers

Voor de werving van deelnemers hebben we aanmeldingsformulieren en informatie verspreid via de NVAB-nieuwsbrief, NVAB-website, NVVG-nieuwsbrief en tijdens de Bedrijfsgeneeskundige Dagen, het jaarlijks congres van de NVAB. In totaal hebben 63 bedrijfsartsen en 12 verzekeringsartsen zich aangemeld om aan de meting van de naleving mee te doen. Per deelnemer includeerden we maximaal vijf werkenden waarbij de richtlijn werd toegepast.

Instrumenten & Procedure

Om de genoemde doelen te realiseren hebben we een vragenlijst geconstrueerd op basis van de geformuleerde prestatie indicatoren in de richtlijn Depressie (Bijlage 2). Onze set prestatie indicatoren heeft alleen betrekking op kwaliteit van zorg en laat andere aspecten als toegankelijkheid en betaalbaarheid buiten beschouwing. Het zijn daarmee kwaliteitsindicatoren. [8]

De kwaliteitsindicatoren zijn geformuleerd in het ALS/DAN format:

Voorbeeld richtlijn Depressie kwaliteitsindicator:

“ALS bij de werkende de diagnose depressie is gesteld DAN is onderzocht of er werkgebonden psychosociale risicofactoren aanwezig zijn die een bewezen relatie hebben met het ontwikkelen van depressie.” (Onderdeel richtlijn: Risicofactoren)

In totaal bestond de vragenlijst voor het meten van de naleving uit 24 kwaliteitsindicatoren en 8 demografische vragen: specialisatie, leeftijd, geslacht, aard dienstbetrekking en jaren werkervaring voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen en geslacht, beroep en opleidingsniveau van de werkende. Waar nodig voegden we in de app per kwaliteitsindicator korte informatie toe, als toelichting op de vraag, te zien door op de kleine letter ‘i’ te klikken.

Om het proces van verzameling van de nalevingsdata te vereenvoudigen hebben we gebruik gemaakt van de mobiele app MONIQ (EverywhereIM). De deelnemers hebben vooraf een uitgebreide instructie gekregen hoe de MONIQ-app te installeren en hoe de data in te voeren. Iedere deelnemer heeft via de app vijf vragenlijsten toegestuurd gekregen. De antwoordmogelijkheden per indicator waren Ja, Nee en n.v.t.. Het meten van naleving van een richtlijn door gebruik te maken van een app is nieuw. Daarom hebben we tevens de haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid hiervan geëvalueerd aan de hand van de bestaande System Usability Scale (SUS) [9]. Hiervoor hebben we de SUS vertaald naar het Nederlands en verspreid onder de deelnemers aan de voormeting. Om response bias te voorkomen, hebben we de helft van de vragen omgepoold (de helft was negatief geformuleerd).

2.2 BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN

Om inzicht te krijgen in belangrijke bij bedrijfs- en verzekeringsartsen voorkomende belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van de richtlijn depressie en ook voor richtlijngebruik in het algemeen, hebben we focusgroep-bijeenkomsten met bedrijfs- en verzekeringsartsen gehouden. Om verdere input te krijgen vanuit een bredere context, hebben we de resultaten hiervan ook besproken in bijeenkomsten van de Werkgroep Richtlijnen waarin onder andere bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, naast andere arbo-professionals vertegenwoordigd zijn.

Er zijn drie focusgroep-bijeenkomsten gehouden: twee met bedrijfsartsen ($N_1=6$, $N_2=6$) en één met verzekeringsartsen ($N=4$). De samenstelling van de groepen was monodisciplinair om een sfeer van openheid en vertrouwen te bevorderen [10]. Gespreksleiders waren Marjolein Bastiaanssen bedrijfsarts, opleider, projectleider Richtlijn Depressie) en Mariska van Gelderen (Communicatieadviseur NVAB). De gesprekken werden gevoerd aan de hand van de tevoren opgestelde topiclijst (Bijlage 3). Daarnaast werden open vragen gesteld om de topics te verkennen. Notities en additionele vragen werden verzameld / gesteld door Irena Draskovic (projectleider richtlijnontwikkeling NVAB) en Gerda Jekel (psycholoog, medewerker richtlijnontwikkeling NVAB).

Van alle focusgroep-bijeenkomsten zijn audio-opnames gemaakt met toestemming van de deelnemers. De opnames zijn uitgeschreven. Deze transcripten zijn door middel van thematische analyse gecodeerd en geanalyseerd. Alle focusgroep-uitspraken zijn voorzien van een code: de bij elkaar horende uitspraken kregen dezelfde code. Daarna zijn de codes ondergebracht in overkoepelende categorieën en thema's op basis van onderlinge overeenkomsten. De categorieën en hun onderlinge relaties zijn de hoekstenen voor de interpretatie van de verkregen resultaten.

2.3 EVALUATIE TRAINING RICHTLIJN DEPRESSIE

Binnen dit project was het niet haalbaar om verschillende implementatiestrategieën op effectiviteit te testen. Het was wel haalbaar om een training te ontwikkelen en te organiseren. Omdat dit een bekende en vaak gebruikte strategie is die door de NVAB / NVVG richtlijn ontwikkelaars gebruikt wordt, is het belangrijk om te weten of zo'n training effect heeft op de richtlijnnaleving en op de kennis, vaardigheden en attitudes ten aanzien van een richtlijn. De wetenschappelijke literatuur laat zien dat een multi-component-training, gebaseerd op casuïstiek, uitgevoerd in kleine groepen met een grote mate van samenwerkend leren, een goede optie is [11].

Door gebrek aan tijd, beschikbaarheid van trainers en geld, was het niet haalbaar om binnen dit project een dergelijke uitgebreide training te organiseren. Het gekozen format voor de training was: kleine groepen, casusbespreking en discussies n.a.v. de praktijkvragen. De trainers waren psychiater P.P.M. van der Does de Willebois (medeauteur richtlijn Depressie), en bedrijfsarts en instituutsopleider bij de opleiding van bedrijfsartsen M. Bastiaanssen (tevens projectleider en medeauteur richtlijn Depressie). Samen met Irena Draskovic hebben zij de training vormgegeven.

Er zijn twee trainingsbijeenkomsten geweest met in totaal 12 deelnemers. Aan alle deelnemers is ook de bestaande geaccrediteerde e-learning module richtlijn Depressie (<https://www.bsl.nl/shop/richtlijn-depressie-43068.html>) kosteloos ter beschikking gesteld.

Voor de evaluatie van de training en de e-learning hebben we een verkorte en aangepaste versie van de vragenlijst uit het onderzoek van Zwerver et al. (2011) gebruikt. [5]

3. RESULTATEN

De resultaten van de onderdelen van dit project zijn besproken in verschillende bijeenkomsten met de Werkgroep Richtlijnen van de Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.

3.1 RESULTATEN NALEVING EN EVALUATIE MOBIELE APPLICATIE

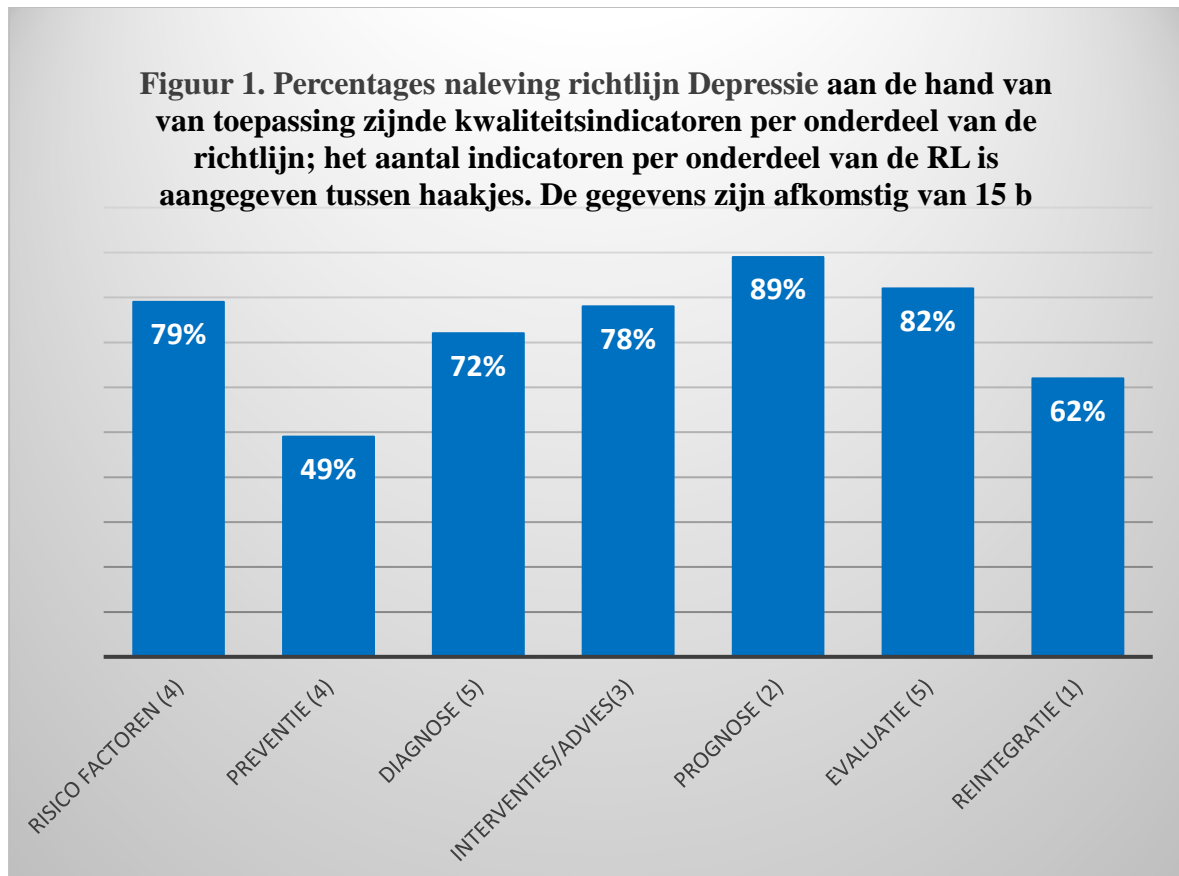
Van de 63 aangemelde bedrijfsartsen hebben er 15 (24%) daadwerkelijk aan het onderzoek meegedaan; zij hebben in totaal 61 werkenden geïncludeerd. Van de 12 aangemelde verzekeringsartsen heeft niemand aan het onderzoek meegedaan. De demografische eigenschappen van alle deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Demografische eigenschappen van de deelnemende bedrijfsartsen en werkenden		
<i>Eigenschappen</i>	<i>Bedrijfsartsen (N=15)</i>	<i>Werkenden (N=61)</i>
<i>Leeftijd gemiddeld</i>	49	46
<i>Geslacht (man)</i>	27 %	54%
<i>Jaren werkervaring (gemiddeld)</i>	24 (spreiding 2 - 30)	
<i>Dienstbetrekking</i>	Arbodienst: 53%, zzp: 47%	
<i>Opleidingsniveau</i>		Basisonderwijs 2% VMBO 10% HAVO 3% MBO 13% HBO 31% WO 12% Onbekend 30%

In Figuur 1 zijn de nalevingsresultaten grafisch weergegeven. De percentages naleving per kwaliteitsindicator hebben we berekend op basis van de data van werkenden waarbij de ‘niet van toepassing’ antwoorden zijn afgetrokken van het totale aantal werkenden. Met andere woorden, de percentages zijn steeds berekend op basis van het aantal werkenden waarop een indicator van toepassing was. De redenen dat een indicator niet van toepassing is, zijn bv. dat de begeleiding door de bedrijfsarts nog niet in de betreffende fase is gekomen of dat aan de voorwaarden van een indicator niet wordt voldaan (bv. als bij het onderdeel Evaluatie geen stagnatie is geconstateerd, dan hoeft er ook niet gezocht te worden naar de mogelijke oorzaken daarvan). Als in dat soort situaties een indicator niet wordt opgevolgd, is dat terecht en rekenen we het niet als non-compliance of niet-naleving.

De gemiddelde naleving over alle indicatoren is 73% wat op de grens ligt tussen matig en goed. [12] De laagste gemiddelde naleving per onderdeel van de richtlijn is gemeten voor de vier indicatoren op het gebied van preventie (49%) en dan met name voor de indicator “*ALS bij de werkende de diagnose depressie is gesteld EN er is sprake van pesten DAN is gebruik gemaakt van de in de richtlijn aanbevolen aanpak ten aanzien van pesten*”. Deze indicator werd slechts in 10% van de gevallen nageleefd (de laagste naleving van alle 24 individuele indicatoren). De indicator was in 84% van de gevallen niet van toepassing, waarschijnlijk omdat er niet aan de voorwaarde werd voldaan dat er sprake moet zijn van pesten.

Opmerkelijk is dat bij 9 van de 10 werkenden bij wie de indicator wel van toepassing was, de aanbeveling niet werd nageleefd. Zonder deze indicator is de gemiddelde naleving op de overige drie preventie-indicatoren iets hoger, namelijk 62%. Een lage naleving (29%) werd ook gemeten voor de indicator op het gebied van evaluatie van het begeleidingsproces: “ALS de diagnose depressie is gesteld EN er is stagnatie vastgesteld EN er is sprake van verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek DAN is er contact geweest tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts.” Deze indicator was in driekwart van de gevallen niet van toepassing. Indien de indicator wel van toepassing was werd hij in de meerderheid van de gevallen (71%, namelijk 11 van de 15 werkenden) niet nageleefd.



Oorspronkelijk was het de bedoeling om ook de nameting na de gegeven training te verrichten met dezelfde indicatoren, om zo de effecten van de training te kunnen meten. Echter, mede door de Corona crisis, hebben slechts vier bedrijfsartsen aan de nameting deelgenomen. Dat is onzes inziens niet voldoende om zinvolle en betrouwbare resultaten te kunnen rapporteren.

Met behulp van een vertaalde versie van de SUS is de gebruiksvriendelijkheid van de app Moniq (ter meting van de naleving) geëvalueerd. Ook voor deze vragenlijst geldt echter dat er, waarschijnlijk mede door de Corona crisis slechts vier reacties zijn ontvangen. De resultaten per vraag zijn te zien in Bijlage 4. Echter, door het geringe aantal deelnemers kunnen we dit slechts als een pilot beschouwen en geen definitieve conclusies trekken. De gemiddelde score voor gebruiksvriendelijkheid is matig (2,6 op een schaal van 1-5). De laagste scores zien we voor de vragen naar de ‘consistentie in de app’ (vraag 6) en naar

‘gereedheid om de app te gebruiken’ (vraag 8). Het hoogst scoort de vraag ‘geen behoefte aan ondersteuning’ (vraag 4). Bij de installatie van de app hebben zich enkele keren problemen voorgedaan, waarbij de helpdesk ingeschakeld moest worden. Deze problemen zijn wel snel opgelost, maar waarschijnlijk zorgden ze mede voor de matige beoordeling van gebruiksvriendelijkheid. Waar de vier respondenten niet erg enthousiast reageren op de app, leverden informele gesprekken met enkele andere gebruikers juist het beeld op dat het vrij makkelijk is om op deze manier nalevingsdata te verzamelen.

Deze resultaten lijken niet eenduidig. Omdat we niet weten hoe het klassieke dossieronderzoek als methode om de nalevingsdata te verzamelen, beoordeeld zou worden, weten we niet of de App-methode minder of meer gebruiksvriendelijk of haalbaar is dan dossieronderzoek. Alternatieven, zoals voorgesteld in de focusgroepen, zijn om een web-app te gebruiken (zodat de gebruiker niet hoeft te wisselen tussen zijn pc en de app om de richtlijn te gebruiken), data door anderen te laten verzamelen dan de bedrijfsartsen (belemmering: te drukke praktijk) of om in de toekomst een volledig geautomatiseerd scoring systeem te ontwikkelen voor de monitoring van de naleving van richtlijnen.

3.2 RESULTATEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN VOOR DE RICHTLIJNIMPLEMENTATIE

In totaal hebben 12 bedrijfsartsen en 4 verzekeringsartsen deelgenomen aan drie focusgroep bijeenkomsten, gehouden in juli en augustus 2019. Aan twee focusgroepen namen alleen bedrijfsartsen deel, aan één focusgroep alleen verzekeringsartsen. De samenstelling van de groepen was gevarieerd qua geslacht (bedrijfsarts-groepen), aard van de aanstelling (zelfstandig ondernemer, arbodienst, UWV, private verzekeraar) en grootte van bedrijven waarin de deelnemers werkzaam zijn (overheid, grote organisaties zoals KLM en Hoogovens maar ook MKB). De meeste deelnemers hadden ruime ervaring als bedrijfsarts, verzekeringsarts en opleider.

Codering, categorievorming en afleiding van thema's zijn voor de drie focusgroepen apart uitgevoerd. Tabel 2 geeft de resultaten weer van alle focusgroepen. In totaal zijn er uit de twee focusgroepen met bedrijfsartsen 9 thema's gegenereerd: barrières, best practices, bevorderende factoren, richtlijngebruik/attitude, gemis in de richtlijn, implementatiestrategieën, partners (arbodienst), vertrouwen en samenwerking. De thema's uit de focusgroep met verzekeringsartsen komen grotendeels overeen. Echter, de onderliggende categorieën, die de interpretatie van een thema bepalen, zijn deels verschillend; in de bespreking van de resultaten wordt daar rekening mee gehouden. Er zijn vijf thema's gevonden: belemmerende factoren voor de implementatie van de richtlijn Depressie, richtlijngebruik/attitude, gemis in de richtlijn, implementatie en samenwerking.

In Tabel 2 zijn de thema's en categorieën weergegeven uit de kwalitatieve analyse van de focusgroepdata. Om de resultaten overzichtelijker te maken zijn deze ingedeeld in hoofdthema's, namelijk belemmerende en bevorderende factoren, ervaringen uit de praktijk en implementatiestrategieën. Een volledig overzicht van de resultaten is opgenomen in Bijlagen 5 en 6. De resultaten in Tabel 2 worden in de daaropvolgende paragrafen uitgewerkt.

Tabel 2. Overzicht thema's en bijbehorende categorieën uit de focusgroepen voor de bedrijf en verzekeringsartsen . In Bijlage 5 is een volledig overzicht weergegeven, inclusief de sub- categorieën

Thema's en categorieën BA's	Thema's en categorieën VA's
<p>1. Belemmerende factoren voor de implementatie van de richtlijn Depressie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Binnen de richtlijn Depressie</i> b. <i>Complexiteit gebruik richtlijn Depressie</i> c. <i>Bedrijfsarts</i> d. <i>Elektronisch patiënt dossier (EPD)</i> e. <i>Samenwerking</i> f. <i>Werkende & Werkgever</i> g. <i>Evidence</i> 	<p>1. Belemmerende factoren voor de implementatie van de richtlijn Depressie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Binnen de richtlijn Depressie</i> b. <i>Bedrijfsarts/EPD</i> c. <i>Communicatie met en bereikbaarheid van behandelaars</i> d. <i>Aspecten van VA-praktijkvoering</i> e. <i>Attitude/gedrag werkgevers en werknemers</i>
<p>2. Best practices</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Opleiden PO'S GGZ</i> b. <i>Vlot trekken complexe casus; orde door RL</i> c. <i>Obstakels: bureaucratische aanpak</i> 	
<p>3. Bevorderende factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Richtlijn ontwikkeling</i> b. <i>Richtlijn Depressie</i> c. <i>Voorkeuren Implementatiestrategie</i> d. <i>Bedrijfsarts</i> 	
<p>4. Gebruik/Attitude richtlijn Depressie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Vaak gebruikte onderdelen RLD</i> b. <i>Wijze van gebruik richtlijn(en)</i> c. <i>Wat is overbodig?</i> d. <i>Attitude RL</i> 	<p>2. Gebruik/attitude richtlijn Depressie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Vaak gebruikte onderdelen RLD</i> b. <i>Doelen in gebruik RL</i> c. <i>Alternatieve RL</i>
<p>5. Gemis in de richtlijn</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Richtlijn Depressie – inhoud</i> b. <i>Samenwerking</i> c. <i>Meetinstrumenten</i> 	<p>3. Gemis in de richtlijn</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Handvatten</i> b. <i>Aanpak</i>
<p>6. Implementatiestrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Wat is er voor nodig</i> b. <i>Wat werkt niet</i> c. <i>Wat werkt wel</i> 	<p>4. Implementatie</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Wat werkt wel</i> b. <i>Training</i> c. <i>Richtlijn</i> d. <i>Marketing</i> e. <i>Wat werkt niet</i>
<p>7. Partners arbodienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Praktijkondersteuners, verzuimconsulenten en arbeidsdeskundigen</i> 	
<p>8. Vertrouwen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Werkenden, behandelaars</i> 	
<p>9. Samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Verzekeringsartsen</i> b. <i>1^{ste} lijn</i> c. <i>behandelaars</i> 	<p>5. Samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Bedrijfsartsen</i> b. <i>GGZ/cliënten</i>

Hoofdthema's

Belemmerende en bevorderende factoren

Voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn het gebrek aan praktische handvatten zoals checklists en digitale tools (DSS- beslissingsondersteuning, Shared Decision Making Tool) belangrijke belemmerende factoren voor het richtlijngebruik. Voor beiden geldt dat door de drukte in de uitoefeningspraktijk complexe casuïstiek onderbelicht raakt. Tevens worden beide groepen zorgverleners gehinderd door de enorme variatie in bedrijfsgeneeskundige elektronische patiëntendossiers; het is een infrastructurele belemmering voor bv. de implementatie van Decision Support Systemen (DSS) en voor de uitwisseling van informatie tussen de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Dit punt komt ook naar voren bij de bespreking van het thema Implementatie.

Bedrijfsartsen noemden als belangrijke belemmerende factor de eigen negatieve attitude tegen geprotocolleerd werk en gemis aan voorkennis en vaardigheden (bv. communicatie met mensen met depressie).

Citaat focusgroep 2 “Protocollering binnen de hele medische setting is een punt van discussie geweest. Zowel bij bedrijfsartsen, maar ook bij huisartsen, ook bij orthopeden, overal is dat gewoon [...] aan de ene kant wringt het met je professionele vrijheid, en aan de andere kant denk je het is toch goed dat we een kader hebben waar we ons eigen handelen aan kunnen toetsen; of het daar heel ver vanaf wijkt.”

Verzekeringsartsen noemden de onvoldoende aansluiting in de richtlijn Depressie bij de verzekeringsgeneeskundige praktijk als belangrijke belemmerende factor. In het algemeen is deze richtlijn meer geschikt voor de populatie van werkenden dan voor de populaties van werklozen en langdurig zieken die door de verzekeringsartsen worden gezien.

Onderlinge samenwerking en samenwerking met andere zorgaanbieders (huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, GGZ etc.) gaat vaak goed maar er zijn ook enkele veel voorkomende problemen in de samenwerking die het adequaat gebruik van richtlijnen belemmeren. De samenwerking loopt vooral vast op volgende punten:

1. Onvoldoende onderlinge afstemming tussen de bedrijfsarts en de verzekeringsarts: gebureaucratiseerde overdracht, weinig aandacht voor de werkenden en hun realiteit, verschillen in aanpak bij de evaluatie van de behandeling, wel of geen gebruik van multidimensionale ICF-diagnose en de lengte en duidelijkheid van elkaars rapportage.
2. Wettelijke bepalingen met betrekking tot de WIA-beoordeling zijn qua tijd niet in overeenstemming met de (lange) duur van een depressie; aanpassingen in de wettelijke bepalingen (WIA) en in de richtlijn zijn nodig. Dat veroorzaakt ook problemen in de samenwerking.
3. Behandelaars zijn slecht bereikbaar voor overleg waardoor het vaak heel lang duurt voordat informatie uitgewisseld wordt en de uitwisseling ontoereikend is om de gestelde doelen in de gestelde tijd te bereiken. Dat gaat ten koste van de werkenden en zou beter geregeld moeten worden.
 - 3.1 De deelnemers benadrukten herhaaldelijk dat ze het idee hebben dat ze niet vertrouwd worden door werkenden en behandelaars.

3.2 Advies van verzuimbegeleiders zoals casemanagers wordt als dwingend ervaren; dat strookt niet met de aanbevelingen in de richtlijn Depressie en ook niet met inzichten en voorkeuren van bedrijfsartsen.

3.3 Taakdelegatie zou beter gedefinieerd en geregeld moeten worden om de samenwerking tussen de bedrijfs- en verzekeringsartsen en bijvoorbeeld verzuimconsulenten en arbeidsdeskundigen te verbeteren. Er zijn positieve ervaringen geweest met job coaches. Indien dat daadwerkelijk zo goed werkt zouden de job coaches als externe partners betrokken kunnen worden.

Een belangrijke belemmering voor de implementatie van preventieve maatregelen is dat de werkgevers en leidinggevenden er niet altijd voorstander van zijn (bijvoorbeeld de participatieve aanpak of preventie van de aan werk gebonden risicofactoren).

Bevorderende factoren zijn individuele successen (bijvoorbeeld het vlottrekken van een complex en vastgelopen casus werkt motiverend), beschikbaarheid van praktische tools in een richtlijn zoals checklists en voorbeelden, implementatie via Individuele Verbeterplannen (IVP's) in de praktijk, uitgebreide trainingen in richtlijngebruik en grotere betrokkenheid van praktijkopleiders bij de implementatie van richtlijnen in de opleiding. Tevens zijn de ervaringen met training geven aan andere richtlijngebruikers zeer positief. Om het anderen te leren, moet men namelijk niet alleen inhoudelijk een richtlijn heel goed kennen maar ook het gebruik van de richtlijn in de praktijk.

Ervaringen uit de praktijk

Ook al vinden de deelnemers dat een richtlijn helpt om structuur aan te brengen in de dagelijkse praktijk en om moeilijke casus aan te pakken, het is geen 'kookboek' en geen vervanging voor het eigen professionele oordeel. De volgende ervaringen illustreren momenten van twijfel in de praktijk:

1. Sturen op re-integratie wordt door bedrijfsartsen niet altijd als wenselijk of veilig beschouwd. Aan de andere kant kan werk bijdragen aan het gevoel van eigenwaarde en zelfrealisatie, wat de depressieve klachten kan doen verminderen. Echter, wanneer het om een 'resistente', langdurige depressie gaat is werkhervatting niet altijd veilig in fysieke en emotionele zin. Daarom zijn de deelnemers van mening dat de behandelaars hun toestemming zouden moeten geven voor de werkhervatting om zo de re-integratie veiliger te maken. NB. De richtlijn Depressie zegt hier wel iets over.
2. Beginnende 'depressie' kan uiteindelijk vanzelf overgaan of zich als een ander probleem uitkristalliseren (angststoornis, burn-out etc.). De deelnemers vragen zich af wat de beste manier is om daarmee om te gaan; vinger aan de pols houden, behandelaars inschakelen, niets doen?
3. Wat er volgens de verzekeringsartsen en bedrijfsartsen vooral in de huidige richtlijn Depressie ontbreekt zijn allerlei handvatten voor de praktijk.
4. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen hebben behoefte aan instrumenten om de restcapaciteit na depressie te beoordelen. Dit wordt geïllustreerd door het volgende citaat uit focusgroep 3: "*niks is zo lastig bij depressie dan dat de klachten eerder opdrogen dan de beperkingen, dan al die denkstoornissen.*"

Verzekeringsartsen vinden de richtlijn Depressie handig bij het beoordelen van behandeling, opdoen van kennis, structureren van moeilijke/complexe casus, voor intercollegiaal overleg, uitvoeren van anamneses en bij bezwaarzaken. Als alternatieve richtlijnen worden de multidisciplinaire richtlijn Depressie van Trimbos en GGZ-protocol Depressie gebruikt.

Door de jaren heen is de attitude ten aanzien van richtlijnen veranderd van tamelijk negatief in de jaren 90 tot tamelijk positief 30 jaar later. In deze periode zijn de richtlijnen steeds verbeterd (opbouw, meer praktijkgericht) onder andere op basis van de behoeften uit de praktijk, onderzocht in de praktijktests en knelpuntenanalyses. Om deze positieve trend voort te zetten, is het belangrijk om naar de behoeften uit de praktijk te blijven kijken en richtlijnen te blijven vernieuwen. Deelnemers vinden dat een richtlijn voor een homogeen zorgaanbod zorgt en de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbetert.

Implementatiestrategieën

Een adequate implementatiestrategie zou gedragsverandering bij bedrijfs- en verzekeringsartsen teweeg moeten brengen, die af te lezen is aan een grotere mate van richtlijnnaleving. Om dat te kunnen meten, zijn er instrumenten nodig, zoals kwaliteitsindicatoren maar ook ruimte en tools in de praktijk om de metingen in korte tijd te kunnen verrichten. Indicatoren worden standaard bij iedere richtlijn bijgeleverd, maar zijn vooral bedoeld als checklist voor de gebruikers, en niet ontworpen om naleving te meten. Bovendien is er vooralsnog geen plaats of werkwijze om de indicatoren stelselmatig te gebruiken voor interne of externe controle en/of richtlijn implementatie.

De deelnemers hebben veel ideeën gegenereerd voor succesvolle implementatiestrategieën. Indien training als implementatiestrategie wordt gebruikt dan is het raadzaam om het grootschalig aan te pakken, de lesstof op te delen ('niet alles tegelijk'), al dan niet te combineren met e-learning en om veel oefenmomenten in te bouwen. Regionale kringen en ICT-bijeenkomsten kunnen gebruikt worden om de richtlijnen te bestuderen en te linken aan de praktijk. Het weer in het leven roepen van een netwerk van bedrijfsartsen die als ambassadeurs en trainers van richtlijnen optreden, is ook als idee naar voren gekomen. De deelnemers zijn van mening dat cyclische verbetertrajecten op basis van kwaliteitsindicatoren, eventueel gekoppeld aan visitatie, succesvol de naleving zullen vergroten.

Publiciteitscampagnes zouden eigenlijk langer moeten duren en alle beschikbare kanalen zouden moeten worden gebruikt om aandacht op een richtlijn te vestigen. In de marketingstrategie zou meer nadruk gelegd moeten worden op 'What's in it for me' (voor de gebruikers).

'Niet alle aanbevelingen in de richtlijn zijn gelijk' – prioritering aanbrenge (door de opstellers van de richtlijn) in de aanbevelingen, zou kunnen helpen om deze stapsgewijs te implementeren. Digitale 'doorklik' richtlijnen met Decision Support Systems en Shared Decision Tools, mits niet interfererend met de consultvoering en communicatie met de werkenden, zijn ook zeer welkom.

Bij de verzekeringsartsen wordt e-learning als werkende en ook niet werkende component benoemd; de effectiviteit is vermoedelijk afhankelijk van het leerdoel. Er wordt tevens een nieuwe methode genoemd om de belastbaarheid te beoordelen; namelijk het gebruik van gerichte gesprekstechnieken. Aangezien het bepalen van belastbaarheid als belemmering

wordt gezien, is het belangrijk om naar alternatieven voor de huidige meetinstrumenten in de richtlijn Depressie te zoeken.

3.3 RESULTATEN VAN DE EVALUATIE VAN DE TRAINING RICHTLIJN DEPRESSIE

Van de 12 deelnemers aan de Training Richtlijn Depressie hebben uiteindelijk slechts 4 deelnemers de evaluatievragenlijst ingevuld. Dat maakt dat de resultaten slechts indicatief zijn voor de evaluatie van de training. De gemiddelde tevredenheid met de training was 8.5 (schaal 1-10). De ervaren effecten op kennis van en vaardigheden in gebruik van de richtlijn zijn matig. Het grootste effect van de training zien we op kennis en vaardigheden met betrekking tot Evaluatie. Het element Preventie scoort het laagst, zowel wat betreft het effect van de training op kennis als op vaardigheden.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar de mate van implementatie van de richtlijn Depressie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en de bevorderende en belemmerende factoren daarbij. Op basis van dit onderzoek hebben we aanbevelingen voor de implementatie van deze en andere richtlijnen opgesteld.

Vaststellen van de implementatiegraad en belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de gezamenlijke richtlijn Depressie.

Hoe is de naleving van de richtlijn Depressie nu?

De gemiddelde naleving over alle indicatoren is 73%. De naleving verschilt per onderdeel van de richtlijn, met de laagste naleving voor het onderdeel preventie (49%) en de hoogste naleving voor het onderdeel prognose (89%).

Is het haalbaar om de naleving te meten met behulp van een mobiele app?

Het lijkt haalbaar om in de toekomst naleving te meten met behulp van een app. Echter, de voorkeur gaat uit naar een web app omdat een dergelijke app geïnstalleerd kan worden op een pc waarmee de bedrijfs- of verzekeringsarts toch al werkt, en geen extra apparatuur vereist.

Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de implementatie van gezamenlijke bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen in het algemeen en specifiek voor de richtlijn Depressie?

De meeste belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie zijn van toepassing op richtlijnen in het algemeen. Ze staan hieronder weergegeven.

Belemmerende factoren:

1. Het ontbreken van voldoende praktische handvatten voor de praktijk. Er is de behoefte aan instrumenten om de restcapaciteit na depressie te beoordelen naar voren gekomen.
2. De samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen loopt soms vast door gebureaucratiseerde overdracht en onvoldoende compatibiliteit tussen de aanpak en rapportage van beide disciplines.
3. De samenwerking met andere disciplines stukt vaak door slechte bereikbaarheid, waardoor het lang duurt voordat informatie is uitgewisseld, het onvoldoende in beeld hebben van het netwerk en het ontbreken van een multidisciplinair overleg.
4. Specifiek voor de richtlijn Depressie: voor verzekeringsartsen sluit de richtlijn onvoldoende aan bij hun patiëntengroep werklozen en langdurig zieken.

Bevorderende factoren:

1. Het ervaren van succes in een dossier door het gebruik van de richtlijn.
2. Het in de praktijk kunnen toepassen van voorbeelden en gebruiken van checklists uit de richtlijn.
3. Het goed getraind zijn in het gebruik van de richtlijn. Bijvoorbeeld doordat men zelf de richtlijn in een training heeft moeten uitleggen aan collega's.

Wat zijn de ervaringen met een nader te ontwikkelen training voor het gebruik van de richtlijn Depressie en leidt dat bij de deelnemers ook tot betere naleving?

Slechts 4 deelnemers aan de training hebben de evaluatievragenlijst ingevuld. Dat betekent dat we op basis van dit onderzoek nog niets kunnen zeggen over het effect van de training zoals we die in het kader van dit onderzoek hebben gegeven.

Opstellen van een format en aanbevelingen voor de implementatie van deze en andere richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Zowel de meting van de naleving van de richtlijn als de evaluatie van de training hebben te kampen gehad met geringe deelname. Toch geven de meer indicatieve resultaten uit deze twee onderdelen van de studie, in combinatie met de resultaten uit de focusgroepen, voldoende fundament om aanbevelingen ter bevordering van de naleving van richtlijnen te bevorderen. Die aanbevelingen werken we hieronder uit.

Aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling

Het bevorderen van naleving is iets dat al begint bij het opstellen van de richtlijn, door bij het opstellen van de richtlijn rekening te houden met het gebruik ervan later.

- 1) Zorg voor een stakeholder- en knelpuntenanalyse uitgaande van actuele problemen zoals die ervaren worden in het werkveld en laat die analyse dan ook zoveel mogelijk terugkomen in de te formuleren uitgangsvragen voor de ontwikkeling van de richtlijn.

Bij de richtlijn Depressie geven gebruikers aan het lastig te vinden hoe om te gaan met beginnende depressies en ook om restcapaciteit goed vast te stellen. In het algemeen geldt dat contactmomenten met zowel de werkende als met andere zorgprofessionals goed afgestemd moeten zijn. Het is daarom belangrijk in de knelpuntenanalyse na te gaan waar (nieuwe) samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt.

- 2) Biedt praktische handvatten om de gewenste samenwerking tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te bevorderen.

Help de gebruiker van de richtlijn met praktische tips om zo goed mogelijk te schakelen met zijn/haar collega bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Ga er bij het opstellen van aanbevelingen niet stilzwijgend vanuit dat samenwerking en uitwisseling van gegevens glad verloopt, omdat dit in de praktijk vaak niet het geval is. Hetzelfde geldt voor de samenwerking met andere disciplines, zowel in de curatieve sector als met andere kerndisciplines.

- 3) Zorg dat alle relevante beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn in de projectgroep die de richtlijn ontwikkelt en aanbevelingen opstelt, zodat er in de praktijk werkbare aanbevelingen tot stand komen

NB. Bij het maken van de richtlijn kan al zo goed mogelijk geanticipeerd worden op de belemmeringen die er in de praktijk zijn rond samenwerking. Daarnaast is het belangrijk dat betrokken beroepsverenigingen zich blijven inspannen om de samenwerking tussen verschillende disciplines te verbeteren. Zo zijn er lokale initiatieven waar bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gezamenlijk deelnemen aan nascholing. En wordt er met de huisartsen gewerkt aan manieren om makkelijk informatie uit te wisselen tussen huisartsen en bedrijfsartsen via Zorgdomein. Als beroepsvereniging spoort de NVAB haar leden aan zich volledig te registreren in Zorgdomein.

Meer algemeen is het cruciaal om stakeholders die betrokken zijn bij de aanbevelingen in de richtlijn, niet alleen te betrekken bij de ontwikkeling maar ook bij de implementatie van de richtlijn. Dat geldt bij de richtlijn Depressie bijvoorbeeld voor de aanbevelingen rond preventie. Die aanbeveling kan de bedrijfs- of verzekeringsarts vaak niet waarmaken, doordat de werkgever niet enthousiast is. Door werkgeversverenigingen te betrekken bij de implementatie, vergroten we het draagvlak voor deze aanbevelingen. Sinds kort wordt dat steeds meer systematisch gedaan, zoals bij de recent geautoriseerde richtlijn Nachtwerk en Gezondheid en de richtlijn Conflicten in de werksituatie.

Aanbevelingen voor scholing en training

De volgende aanbevelingen betreffen het traject nadat de richtlijn is geautoriseerd; die aanbevelingen laten zich samenvatten als “zorg voor scholing en training”.

- 4) Zorg voor training om artsen te leren de (nieuwe) richtlijn te gebruiken.

Op het moment dat een richtlijn is herzien of nieuw ontwikkeld, is het belangrijk dat artsen geleerd wordt hoe de richtlijn in de praktijk te gebruiken. Uit dit onderzoek en eerdere literatuur [in het bijzonder 3] weten we dat een dergelijke training aan een aantal kenmerken moet voldoen:

- a) Training in kleine groepen
- b) Opgedeeld in logische eenheden en voorzien van een toets
- c) Met voldoende casus-oefeningen
- d) Aangevuld met e-learning module(s)
- e) Aangevuld met herhaling en casusbespreking in intercollegiale toetsing bijeenkomsten aan de hand van dossiers

Powerpoint-versies van richtlijnen kunnen ontwikkeld worden voor gebruik in intercollegiale toetsing bijeenkomsten. Aan de hand van dossiers kan vervolgens een casus worden besproken. De performance indicatoren van de richtlijn kunnen als checklist worden gebruikt, om te zien welke aanbevelingen uit de richtlijn zijn gevolgd.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat het zelf geven van zo'n training een belangrijke impuls is om je de richtlijn eigen te maken. Dat past in de gedachte om met een netwerk van bedrijfs- en verzekeringsartsen in de rol van ambassadeurs te werken, waarbij via het “train the trainer” principe snel een grote groep bedrijfs- en verzekeringsartsen bereikt kan worden. In het verleden zijn met een dergelijk netwerk voor richtlijnontwikkeling goede ervaringen opgedaan.

NB. Gegeven het belang van de samenwerking met anderen bij het naleven van de aanbevelingen in een richtlijn, nemen idealiter die stakeholders ook deel aan (een deel van de) training, zoals het blok met casusbesprekingen.

- 5) Verwerk de training van nieuwe richtlijnen ook in de praktijkopleiding van nieuwe bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Jong geleerd is oud gedaan. Hoe beter het gebruik van richtlijnen al verankerd zit in de praktijkopleiding van de jonge bedrijfsarts en verzekeringsarts, hoe vruchtbaarder de bodem voor het gebruik en de naleving van de richtlijnen in de latere praktijk. We voorkomen hiermee dat gewenst gedrag pas later wordt aangeleerd. Deels gebeurt dit al door het aanbieden van de richtlijnen aan de NSPOH en SGBO, die voor een aantal richtlijnen ook modules voor de opleiding en voor bij- en nascholing hebben ontwikkeld. De praktijkopleiders zouden hierbij nog meer gericht benaderd kunnen worden. Op dit moment worden zij nog niet systematisch betrokken bij implementatie. De beroepsverenigingen hebben contacten met instituutopleiders en kunnen zo met de opleidingen in overleg over het actief betrekken van praktijkopleiders.

Waar de training vooral gericht is op het kennismaken met en het vergroten van de kennis over de nieuwe richtlijn, is het belangrijk om ook het gebruik van die kennis in de praktijk te borgen. Uit de focusgroepen destilleren we de volgende aanbeveling:

- 6) Borg training in het gebruik van nieuwe richtlijnen in het Individueel Verbeter Plan (IVP) van bedrijfsartsen of de Evaluatie Individueel Functioneren (EIF) van verzekeringsartsen.

Het Individueel Verbeterplan houdt in:

- a. Interne meting van de naleving van 1 of 2 richtlijnen (door app of een variant daarop)
- b. In kaart brengen op welke aanbeveling uit de richtlijn je als bedrijfsarts nog onvoldoende scoort
- c. Opstellen en uitvoeren van het eigen verbeterplan
- d. IVP cyclisch uitvoeren (plan do check act)
- e. IVP terug laten komen bij visitatietrajecten of als onderdeel van het Individueel Opleidingsplan van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in opleiding.

Verzekeringsartsen kunnen op een soortgelijke manier het meten van de naleving van 1 of 2 richtlijnen opnemen in de Evaluatie Individueel Functioneren.

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat implementatiestrategieën bestaande uit eenmalige acties, hetzij uit een training of een eenmalige publiciteitscampagne, niet wezenlijk bijdragen aan zo goed mogelijk richtlijngebruik. M.a.w. deze eenmalige strategieën beïnvloeden niet het gedrag van de richtlijngebruikers in de praktijk. Daarnaast zijn eenmalige acties vooral gericht op kennismaking met en vergroten van inhoudelijke kennis van richtlijnen en minder op toepassing van richtlijnen in de praktijk. Wat volgens de deelnemers wel het gedrag zou kunnen veranderen zijn de continue 'acties' zoals het gebruik van het IVP om de richtlijnen stelselmatig te implementeren. Wat houdt dat in? In eerste instantie is dit een mogelijkheid om eigen kwaliteit van zorg systematisch te kunnen monitoren en verbeteren met behulp van makkelijk toe te passen kwaliteitsindicatoren; dat

brengt focus op kwaliteit van zorg met zich mee. Het houdt ook in dat de arts bepaalt welke afzonderlijke richtlijnaanbeveling in zijn verbeterplan prioriteit krijgt en vervolgens het cyclisch opstellen en uitvoeren van verbeterplannen. Hierbij zou gebruik gemaakt kunnen worden van web of mobiele apps om het proces te vergemakkelijken. Daarnaast zou de haalbaarheid van deze effectmeting kunnen verbeteren door daar praktijkondersteuners en/of bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in opleiding bij te betrekken, door het een standaard onderdeel van hun IOP (Individueel Opleidingsplan) te maken. Om dat opleidingsplan te maken, helpt het als in de richtlijn staat gespecificeerd op welke competenties van de gebruiker de richtlijn een beroep doet. Specificeren van competenties kan door opleidingsinstituten van bedrijfs- en verzekeringsartsen uitgevoerd worden. Tenslotte kan overwogen worden om het beoordelen van eigen dossiers aan de hand van de performance indicatoren van een of twee richtlijnen weer deel te laten uitmaken van visitatietrajecten.

Aanbevelingen voor richtlijninnovaties

7) Maak gebruik van innovaties in richtlijnontwikkeling.

We sluiten deze lijst aanbevelingen ter bevordering van naleving van richtlijnen af met een meer algemene aanbeveling, namelijk om de richtlijn als instrument te blijven ontwikkelen, om zo goed mogelijk te blijven aansluiten bij de behoefte van gebruikers in de dagelijkse praktijk. Voorbeeld van zo'n ontwikkeling zijn richtlijnen die werken als een "Decision Support System" dat advies geeft op basis van de kenmerken van de casus die voorligt en ook de mogelijkheid om richtlijnen online te ontwikkelen en modulair te herzien, zoals op het MAGIC platform (www.magicproject.org). Een belangrijk aspect hierbij is ook het verder uitwerken van instrumenten voor shared decision making en de mogelijkheid om, bijvoorbeeld aan de hand van verschillende patiënt/cliënt profielen, te komen tot een meer persoonlijke uitvoering van aanbevelingen ('personalised medicine').

Aanbevelingen voor randvoorwaarden

8) Maak actieve deelname van bedrijfs- en verzekeringsartsen aan richtlijnontwikkeling laagdrempelig.

Ten slotte, een belangrijke randvoorwaarde bij al deze aanbevelingen, is actieve deelname door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aan de ontwikkeling van richtlijnen, inclusief de praktijktesten en trainingen daarna. Ook gezien de lage deelnemersaantallen in deze studie, is het vervullen van die randvoorwaarde geen sinecure. Hoewel actieve deelname in eerste instantie de eigen professionele verantwoordelijkheid van de arts is, is het onzes inziens ook een belangrijke randvoorwaarde dat zijn of haar eventuele werkgever hier tijd voor geeft. Richtlijnen dragen in belangrijke mate bij aan de research and development van arbodiensten, UWV, arbeidsongeschiktheidsverzekeraars en zelfstandig gevestigde artsen!

REFERENTIES

1. https://nvab-online.nl/sites/default/files/20181010NieuwsbriefKwaliteitstafel-Bedrijfs-enVerzekeringsgeneeskunde_leden.pdf
2. van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12(1):1.
3. Joosen MCW, van Beurden KM, Rebergen DS, et al. Effectiveness of a tailored implementation strategy to improve adherence to a guideline on mental health problems in occupational health care. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):281. Published 2019 May 3. doi:10.1186/s12913-019-4058-5
4. Bloemendal, E., Weenink, J.W., Harmsen, M., Mistiaen, P. Naleving van Nederlandse richtlijnen: een systematische review. Utrecht: NIVEL, 2011.
5. Zwerver F, Schellart .A., Knol DL, Anema J, van der Beek AJ, An implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: an experiment in a controlled setting. *Implement. Sci*. 2011; 6:131.
6. Zwerver F, Schellart .A., Anema JR, Allard J, van der Beek AJ, Changes in Insurance Physicians'Attitudes, self-Efficacy, Intention, and Knowledge and Skills Regarding the Guidelines for Depression, Following an Implementation Strategy. *J Occup Rehabil*, 2013. 23: p. 148-156.
7. Cabana MD, R.C., Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR, Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999. 282(282): p. 1458-65.
8. Donabedian, A., The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 1988. 260(12): p. 1743-8.
9. Bangor A, Kortum P & Miller J, Determining what individual SUS scores mean. *J Usab St.*, 2009, 4:3, 114-123.
10. Nieuwboer M, Perry M, et al. Identification of influencing factors and strategies... *Family Practice*, Vol 35:5, 2018, 619-625.
11. Smits PBA, de Buissonje .C., Verbeek JHAM et al. , Is problem-based learning more effective than lecture-based learning in postgraduate medical education? A randomized controlled trial. *Occup Environ Med*, 2002. 59.
12. Draskovic I, Vernooij-Dassen M., Verhey F., Scheltens P., Olde Rikkert M., Development of Quality Indicators for Memory Clinics. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2008. 23: p. 119-28.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden wordt gebruik gemaakt van de bestaande NVAB / NVVG richtlijn Depressie (2016), ontwikkeld voor en door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De signalen uit de praktijk wijzen op suboptimaal gebruik van deze richtlijn. In het algemeen, streven de gezamenlijke richtlijntrajecten naar integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige kennis en aanbevelingen in één gezamenlijke richtlijn en naar onderlinge afstemming en ontwikkeling van een normenkader dat door beide beroepsgroepen wordt onderschreven.

Deze gezamenlijke richtlijn Depressie is:

- een herziening van het NVVG-protocol Depressieve stoornis (2006);
- een aanvulling op de recentelijk herziene NVAB-richtlijn Psychische Problemen (2018);
- een verdieping op het hoofdstuk ‘Arbeid en functioneren’ van de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos instituut, 2013).

De primair bij de richtlijn Depressie betrokken beroepsgroepen zijn bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Met deze laatste groep worden zowel de verzekeringsartsen in de publieke sector als verzekeringsartsen en medisch adviseurs in de private sector bedoeld. De betrokken beroepsorganisaties zijn: NVAB, NVVG en GAV. Doelstelling van de richtlijn Depressie is dat deze leidt tot een beter zorgproces voor de (potentieel) werkenden² met depressieve klachten; centraal staat de gezondheid van de (potentieel) werkenden. De richtlijn biedt duidelijkheid over de werk gebonden risicofactoren voor depressie en geeft aanbevelingen over preventie van (het risico op) depressie, over de diagnostiek en over de interventies om verzuim en instroom in uitkeringen of arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken. De richtlijn is een verdieping voor het domein ‘arbeid en gezondheid’ van de ‘multidisciplinaire richtlijn Depressie’ (Trimbos instituut, 2013). Een directe aanleiding voor deze richtlijn was het beschikbaar komen van de gegevens uit nieuw onderzoek naar de relatie tussen depressie en werk, de factoren die van belang zijn voor werkbehoud en werkhervatting, naar de effectiviteit van interventies en het vaststellen van mogelijkheden, beperkingen en prognoses.

Deze richtlijn vraagt om een actieve en interveniërende houding; afwachten tot depressie tot verzuim leidt is niet meer acceptabel [9]. De acties van bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten gericht zijn op het actief opsporen van risicovolle factoren op organisatieniveau en het interveniëren op organisatie- en individueel niveau. Deze actieve aanpak past in het bredere kader van aandacht voor psychische gezondheid en vitaliteit.

² Werkenden: mensen met betaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract (dus ook mensen zonder arbeidscontract, zoals ZZP-ers). De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden of mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk.

BIJLAGE 2. KWALITEITSINDICATOREN

Performance-indicatoren geven de key-issues van de richtlijn weer. Ze laten zien waar het in de richtlijn om gaat en geven daar meetbare normen bij. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen deze indicatoren gebruiken als checklist bij de richtlijn.

1. Inventarisatie risicofactoren

BEOORDEELD IS:

- a. of er werkgebonden psychosociale risicofactoren zijn die positief en/of negatief bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA/NEE*
- b. of er sprake is van een (chronische) aandoening die een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA /NEE*
- c. of de werkende behoort tot een risicogroep voor het ontwikkelen van een depressie of depressieve symptomen. *JA /NEE*
- d. welke risicofactoren de mate van arbeidsongeschiktheid en de verwachting voor (gedeeltelijk) herstel beïnvloeden. *JA /NEE*

2. Preventieve interventies / adviezen

ER IS:

- a. beleid/aanpak geadviseerd over werkgebonden psychosociale factoren. *JA/NEE*
- b. ten aanzien van werkdruk en pesten gebruikgemaakt van de aanbevolen aanpak. *JA/NEE*
- c. gebruikgemaakt van een participatieve aanpak. *JA/NEE*

3. Diagnostiek

ER IS:

- a. een gericht vraaggesprek uitgevoerd om de diagnose depressie of depressieve stoornis te kunnen stellen. *JA/NEE*
- b. gebruikgemaakt van de criteria uit de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- c. co-morbiditeit in kaart gebracht. *JA/NEE*
- d. vastgesteld of er beperkingen in het functioneren zijn. *JA/NEE*
- e. vastgesteld of er sprake is van een beroepsziekte. *JA/NEE*
- f. melding gedaan van de vastgestelde beroepsziekte bij het NCvB. *JA/NEE/NVT*

4. Interventies/adviezen

ER IS:

- a. als eerste stap onderzocht en/of voor gezorgd dat er behandeling plaatsvindt volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2013). *JA/NEE*
- b. op indicatie overlegd met de behandelaar. *JA/NEE*
- c. advies uitgebracht voor werkaanpassingen. *JA/NEE*

Prognose

ER ZIJN:

- a. factoren in kaart gebracht die het functioneren in werk, de terugkeer naar werk of mate van arbeidsongeschiktheid in negatieve of positieve zin beïnvloeden/beïnvloed hebben. *JA/NEE*
- b. interventies of maatregelen geadviseerd voor een adequate aanpak van deze factoren (de negatieve verminderen/opheffen, de positieve stimuleren/uitbreiden). *JA/NEE*

Evaluatie

ER IS/ZIJN:

- a. beoordeeld of er stagnatie optreedt. *JA/NEE*

- b. beoordeeld welke aspecten leiden tot stagnatie. *JA/NEE*
- c. beoordeeld of er belemmeringen zijn voor herstel van functioneren en werkhervatting.
JA/NEE
- d. maatregelen geadviseerd om de stagnatie en/of de belemmeringen op te heffen. *JA/NEE*
- e. contact geweest tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts bij verschil van inzicht en/of complexe casuïstiek. *JA/NEE/NvT*

BIJLAGE 3: TOPICS FOCUSGROEP BIJEENKOMSTEN

De vragen hieronder dienen als gespreksopeners en/of om door te kunnen vragen. De hoofd-topic is 'belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de richtlijn Depressie'. De sub-vragen zijn geformuleerd op basis van literatuurverkenning.

1. Hoe goed is, denkt u, in het algemeen de naleving van de RL in de NVAB/NVVG praktijken? (openingsvraag; meer algemeen)
2. Welke RL heeft u het meest/minst in uw praktijk toegepast en waarom?
3. Welke soort problematiek komt het meest/minst voor in uw praktijk?
4. Wat is uw ervaring met de richtlijn Depressie?
5. Is de richtlijnen Depressie (positief en negatief afwisselen):
 - a. (on) Duidelijk?
 - b. Makkelijk/moeilijk in gebruik?
 - c. (niet)Overtuigend qua evidence?
 - d. Toepasbaar in de praktijk?
 - e. (on)Haalbaar? (tijd, middelen, werkgever, samenwerking....)
6. Bent u het mee eens met de inhoud van de afzonderlijke onderdelen van de RL? Welke wel? Welke niet?
7. Ervaart u moeilijkheden in de toepassing van de RL Depressie in de praktijk Met alles of met specifieke onderwerpen? (Onderdelen Inventarisatie risicofactoren? Preventie? Diagnose? Interventies/Advies? Prognose? Evaluatie? Re-integratie?)?
8. Wat gaat goed en wat kan beter bij de implementatie van de richtlijn Depressie?
9. Heeft u affiniteit met het onderwerp Depressie en / of Psychische klachten, Overspanning en burn-out?
10. Wat zou u kunnen helpen om de richtlijn Depressie meer te gebruiken in de praktijk?
11. Tips & tops voor de makers van de richtlijn Depressie?

Tabel 1. Gemiddelde scores per uitspraak op de Gebruiksvriendelijkheidsvragenlijst voor de APP-MONIQ. Schaal 1-5, N=4 (de negatief geformuleerde uitspraken zijn weer teruggebracht in positieve formuleringen)

Uitspraken	Gemiddelde score (schaal 1-5, helemaal niet mee eens – volledig mee eens)
1. Ik zou graag vaker gebruik willen maken van de App MONIQ om data te verzamelen.	M=2.8
2. Ik vind de App MONIQ vrij eenvoudig.	M=2.3
3. Ik vind de App MONIQ makkelijk te gebruiken.	M=2.5
4. Ik heb geen ondersteuning van technisch personeel nodig om de App MONIQ te kunnen gebruiken.	M=4.3
5. Ik vind dat de verschillende onderdelen van de App MONIQ goed op elkaar zijn afgestemd.	M=2.8
6. Ik denk dat er geen inconsistenties aanwezig zijn in de App MONIQ.	M=2.0
7. Ik denk dat het makkelijk is om vertrouwd te raken met de App MONIQ.	M=2.5
8. Ik ben klaar om met de App MONIQ aan de slag te gaan.	M=2.0
9. Ik gebruik graag deze App.	M=2.5
10. Als ik alles in beschouwing neem, zou ik de gebruiksvriendelijkheid van de App MONIQ beoordelen als: (schaal 1-7)	M=3.5
11. Ik vind dat de App MONIQ (ervaringen, suggesties) (extra vraag toegevoegd aan SUS)	1. Enorm veel gedoe om te doen wat je moet doen
12. Totaal gemiddelde (1 t/m 9)	M _(totaal) =2.6

Tabel 1. Resultaten Kwalitatieve Analyse van de Drie Focusgroep bijeenkomsten: Thema's, Categorieën en Subcategorieën. N=16

Thema's	Categorieën en sub-categorieën
	Bedrijfsartsen (N=12)
1. Barrières voor de implementatie van de RL-Depressie	Richtlijn Depressie <ul style="list-style-type: none"> - Loopt soms achter op de praktijk - Bad timing inzet arbeidsdeskundige - BA-focus - Duur consult - Omvang, complexiteit, verwijzingen - Leesbaarheid verbeteren, toelichting ontoereikend - Geen praktische handvaten - Geen ruimte verdieping probleem
	Complexiteit gebruik RLD <ul style="list-style-type: none"> - Complexiteit casus, - Individuele verschillen, - Meespelende factoren (werk, privé) - Maatwerk door 'fingerspitzengevoel'
	Bedrijfsarts: <ul style="list-style-type: none"> - Eigen inzicht, aversie protocollen, zelf verdiepen – leuk/RL niet genoeg - Vaardigheden vooraf: communicatie, veiligheid, oorzaak, haalbaarheid - Voorkennis psychiatrie (BA's) - Mist: begeleiding PsyProblemen - Confronterend - Weinig tijd - Lage bekendheid RLD - Afgeleid dagelijkse praktijk - Kosten training - Diagnose moeilijk bij Psy Prob - Luistervaardigheden BA verbeteren
	Veel verschillende EPD's
	Samenwerking <ul style="list-style-type: none"> - Afstemming VA's/UWW - Samenwerking VA's verbeteren - Consult VA nu niet degelijk; Kritisch kijken naar VA-rol - Wettelijke bepaling strookt niet met duur depressie - Afwinkgedrag ArbDesk - Gezamenlijk belang promoten - Te lang wachten op overleg behandelaar - Onbereikbaar behandelaar - RL-afstemming met behandelaars - Samenwerking 1^{ste} lijn verbeteren
	Werkende & Werkgever <ul style="list-style-type: none"> - Veel interindividuele variatie WN - WG-geen zin in participatieve aanpak - Neg. attitude/gedrag - Suboptimale oplossingen - Veilige omgeving → betere reïntegratie - Inzet interventies afhankelijk van beschikbaarheid middelen - Preventie geen favo WG's
	Evidence <ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst Functioneren weinig evidence - VA-kant weinig onderbouwd door onderzoek - UWW-data verzamelen
2. Best practices	<ul style="list-style-type: none"> - Opleiden PO'S GGZ - Vlot trekken complexe casus; orde door RL - Obstakels: bureaucratische aanpak
3. Facilitators	RL-ontwikkeling <ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid beroepsgroep

	<p>Richtlijn Depressie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktische tools toevoegen - Lijstjes/checklists toevoegen - Voorbeeld consult in bijlage - Web-vragenlijsten <p>Voorkeuren implementatiestrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementatie RL in visitatietraject - Intensief RL leren (Zelf tools maken → gedrag veranderd) - Data praktijk als feedback RL <p>Bedrijfsarts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevestiging eigen werkwijze - Deelname RL onderzoek - Trainen anderen - Tijd-kosten een idee; niet reëel - RL in opleiding behandelen - Proefdraaien in bijscholing
<p>4. Gebruik/Attitude RL nu</p>	<p>Vaak gebruikte onderdelen RLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke stadia - Meetinstrumenten = betere informatie - Participatieve werkhervatting - Leidinggevende/casemanager bij consult betrekken = werkt fijn; Samen creëren veilige werkplek - Werkgerelateerde RF, probleemanalyse, aanbevelingen aanpak op de werkvloer - Pest-protocol - Herstel & belastbaarheid <p>Doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigen praktijkvoering: Bepalen stagnatie, Opfrissen kennis, Voorkomen te vroege re-integratie - Beargumenteerd afwijken RL; Kaf/koren scheiden - Defensief - Communicatie werkende en werkgever (NB. Meer preventie: argument → WG's) <p>HOE wordt het GEBRUIKT?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integratie met eigen ervaring - Soms 'judgement call' wel of niet werk aanbevelen - Ernstige psychiatrische casus – lastig - Minder freq aandoeningen - Onder voorwaarde → catch 22 - Basis om te werken - Geeft structuur - Probleem casus <p>Overbodig</p> <ul style="list-style-type: none"> - MedAchtergrond <p>Attitude RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attitude is veranderd sinds 90's - Geen 'rocket science'; wel geweldig - Homogeen zorgaanbod door RL - Grote positieve bijdrage aan praktijk: verdieping, visitatie - Verbetering kwaliteit van zorg: objectiever, kritischer
<p>5. Gemis in de RL</p>	<p>RLD-inhoud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toestemming behandelaar – veilige re-integratie - Aanpak beginnende Depressie - Evidence ontoereikend <p>Samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat te doen bij: onbereikbare behandelaar, werk-factoren buiten BA's invloedssfeer - Wantrouwen BA's in de GGZ - Logge/langdurige GGZ-procedure - Probleem wordt niet als gezamenlijk beschouwd door alle betrokken zorgverleners <p>INSTRUMENTEN</p>

<p>6. Implementatiestrategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropsychologisch onderzoek Of FML als zelfbeoordeling <p>WAT IS ER VOOR NODIG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedragsverandering - Format interne/externe naleving check - Eigen verantwoordelijkheid BA's <p>WAT WERKT NIET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opmaak en verspreiding alleen - Te optimistisch qua implementatie - Bedreiging - Training voor gemotiveerden - Huidige procedure RL-ontw te traag - Veel verschillende EPD's <p>WAT WERKT WEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training ontvangen - Grootschalige training met Implicaties praktijk <ul style="list-style-type: none"> o Stof opdelen o Oefenen o Casus online, kennisquiz o e-learning- geaccrediteerd (niet voor alle toepassingen RL) o Netwerken benutten ('stille dood netwerken') o Regionale 29kringen o Combi e-learning en kringbespreking o ICT (intercollegiale toetsing) - Training geven - Implementatie RL in verbetertrajecten <ul style="list-style-type: none"> o cyclisch en m.b.v. QI's; o Al dan niet koppeling naar visitatie - Publicatie: <ul style="list-style-type: none"> o NVAB-site o Aanhoudend aandacht vestigen o Marketing strategie: 'What's in it for me?' - In opleiding: Link naar de praktijk - Prioriteren aanbevelingen RL (niet alles heeft de hoogste prioriteit) - Behandelaars betrekken - Gebruik ICT: Doorklik RL (niet scrollen) <ul style="list-style-type: none"> o Gebruiken DSS o ICT Tool: keuze RL o Voorwaarde ICT gebruik: niet met consult interfereren o Web-based apps o ICT: gestructureerde gerichte anamneses - Motiverend: Feedback effectiviteit RL op niveau werkende (N.B. PROMS)
<p>7. Partners ARBO: PO's, VC's, AD's</p>	<p>BELEID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taakdelegatie PO's: regionaal organiseren - Definitie VC beroep moet beter - Verbeteren: overleg AD's - Verbeterpunt: jobcoaches betrekken - Advies VC's te dwingend <p>KENNIS & VAARDIGHEDEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kennis RL PO's en VC's? - Vaardigheden VC's? - Handelen nu naar eigen inzicht en ervaring
<p>8. Vertrouwen</p>	<p>VERTROUWEN OPBOUWEN WERKENDEN: -verbeteren instructie consultvoering psyklachten</p> <p>ATTITUDE BA'S VERBETEREN: VERTROUWEN PSY NIET SCHADEN</p> <p>WG'S SCHADEN VERTROUWEN BA'S</p>
<p>9. Samenwerking</p>	<p>SAMENWERKING 1^{STE} LIJN-BA'S – VAAK INCOMPATIBEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - PO's soms beter dan HA - Soms_pappen en nat houden (NB. ook in de NVVG-FG) - Mondige_Werkenden_naar_de_psycholoog <p>BEHANDELAARS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afwijken BA-begeleiding <p>BA's</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadruk op verzuim - Verschuiving_maken→preventie

	<p>VA's</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prettig - Handig (argumentatie hoorzitting/RIV) - Samenwerking_ A's?_ Welke samenwerking? - Communicatie: 'verschillende talen' (beoordeling- vs begeleidingsskaders, eigen vak vs 2^{de} spoor - Gewenst: elkaars vak kennen - Beperkend: Eigen bewegingsvrijheid BA's belangrijk - Rekenen BA's af (kookboekgeneeskunde) - Oplossing 1: Warme(re) overdracht terug? (oude_ziektewet)
Verzekeringsartsen (N=4)	
<p>1. Barrières</p>	<p>Richtlijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer focus op: alternatief werk zoeken bij re-integratie, aanpak stagnatie, participatiegedrag, VA-insteek, beoordeling - Bruikbaarheid VA's laag (RLD niet bruikbaar werkelozen, andere soort cliënten dan BA's nl. werkelozen - Aanvullingen: Wat te doen met PsySoc factoren, Juiste zorg bij comorbiditeit, welke RL bij comorbiditeit - RLD – Niet gelezen/kost veel tijd - VA - niet voldoende invloed behandeling, aanpassing diagnose - Onduidelijk verschil met VG-protocol - Twijfels: diagnose Depressie na 2 jaar, depressie als beroepsziekte (rol aanleg, kwetsbaarheid toevoegen), Burnout- wel timeout, depressie niet <p>BA's</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verschillende EPD's BA <p>Behandelaars</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontevreden aanpak behandelaars ('actie-schuw') - Wachtijden behandeling - Dure specialistische zorg <p>VA-praktijk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Context VA - Drukke praktijk (geen invloed op) - Productiedruk - Lastig – complexe casus - Frustratie complexe gevallen <p>WERKGEVERS/WERKNEMERS</p> <ul style="list-style-type: none"> - WG- dwingend - WN selectieve bekendheid RL (bv SOLK)
<p>2. Gebruik/Atitude RL nu</p>	<p>ONDERDELEN RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structuur en lijstjes - 4DKL- als interview beter - Welbevinden - determinant functioneren - RIV-beoordeling, diagnose - Ziektebeelden en belastbaarheid <p>DOELEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Check behandeling - Kennis - Moeilijke/complexe casus - Intercollegiaal overleg - Structureren - Anamnese - Bezwaarzaken <p>ALTERNATIEVE RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - GGZ-protocol i.p.v. RLD - Concurrentie: RLD Trimbos

3. Gemis RLD	<p>Handvaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handvaten: fases verzuimbegeleiding en beoordeling belastbaarheid - Wat te doen bij stagnatie - Hoe FML invullen? - Handvaten implementatie - Oriëntatie werkhervatting - Checklist - Houvast beoordeling functioneren - Betere instrumenten beoordeling restcapaciteit na Depressie - Problemanalyse <p>Aanpak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aansluiting cliënt voorkeur werk - Als interventies niet werken? - Verdieping bij stagnatie - Meer factoren meenemen (bv. werkeloosheid) - Vragen over werkbeleving toevoegen - Factor 'Style van Leven' toevoegen
4. Implementatie	<p>Wat werkt</p> <ul style="list-style-type: none"> - DSS - Doorklik- RL; interactief - Verkorte versie - Checklists <p>Training</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Opfris)training – tijdig; e-learning (BA-VA samen) - Toets gebruiken (open boek) - Praktijkopleider betrekken <p>RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opmaak aantrekkelijker maken - Helder, duidelijk stadia en handvaten - Belastbaarheid bepalen: gerichte gesprekstechnieken (Spanjer) <p>Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer/juiste sites/kanalen gebruiken (specialisten) <p>Wat werkt niet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wachttijden voor behandeling - Specialistische zorg – betaalbaarheid slecht - App op zich - E-learning - RL- verouderd concept/ te traag
5. Samenwerking	<p>BA's:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer nadruk causale verbanden - Evaluatie behandeling - Zelf nadenken - ICF- diagnose (multidimensionaal) - Veel herhaling RIV - Samenvatting RIV <p>GGZ/clienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - GGZ betrekken nascholing - Cliënt: Vertrouwen in behandeling

BIJLAGE 6. VOLLEDIGE RESULTATEN VAN DE FOCUSGROEPEN IN TEKST FORMAT

1. Verschillende aspecten van de richtlijnen in het algemeen kunnen een belemmering zijn voor hun gebruik in de praktijk; van de omvang van een RL tot de timing van verschillende aanbevolen procedures die niet bij de praktijk passen. Te veel verwijzingen naar andere RL of bijlages maken het lezen en begrijpen van een RL zeer ingewikkeld. De deelnemers zouden meer praktische handvaten zoals 'checklists' zeer op prijs stellen. Ze vinden tevens dat bij complexe casus met grote interindividuele verschillen en talloze factoren uit de werk- of privé-sfeer, de toepassing van richtlijnen geen rechttoe rechtaan proces is maar eerder maatwerk.
2. Deelnemende verzekeringsartsen (VA's) ervaren onvoldoende aansluiting in de richtlijn Depressie bij de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Dat uit zich op verschillende manieren zoals in focus in de RL op begeleiding i.p.v. beoordeling en BA-aanpak bij stagnatie. In het algemeen is deze richtlijn meer geschikt voor de populatie van werkenden dan voor de populaties van werklozen en langdurig zieken die door de verzekeringsartsen worden gezien. Daarnaast is het voor de VA's niet duidelijk hoe ze rekening kunnen houden met psychosociale factoren bij de beoordeling en wat de juiste zorg is bij comorbiditeit. VA's zouden het fijn vinden als ze meer invloed zouden hebben op de keuze van de behandeling/behandelaar en op duur en verloop van behandeling. Ze vinden vooral dat eerder een switch gemaakt zou moeten worden als een behandeling niet werkt. Voorts hebben ze twijfels of er nog sprake is van depressie als het langer dan 2 jaar duurt. Ze vragen zich af of depressie uitsluitend als beroepsziekte kan bestaan en vinden dat ook andere factoren zoals aanleg en kwetsbaarheid meegenomen moeten worden in de diagnose.
3. Bedrijfsartsen zelf kunnen ook een belemmerende factor zijn. De genoemde belemmeringen zijn: aversie tegen geprotocolleerd werk, gemis aan voorkennis en vaardigheden (bv. communicatie met mensen met Depressie), veiligheid bij (te) vroeg terugkeer naar werk, bemoeilijkte diagnostiek door verwevenheid van verschillende psychische problemen (angst, depressie, PTSS) en drukke praktijk. Dat geldt ook voor de verzekeringsartsen. Door een hoge productiedruk dat niet door de VA's beïnvloed kan worden, raken complexe casus soms onderbelicht wat frustrerend is.
4. De huidige enorme variatie in EPD's, in gebruik bij verschillende bedrijven en Arbodiensten is een infrastructurele belemmering voor bv. de implementatie van Decision Support Systemen (DSS) en voor de uitwisseling van informatie met andere betrokken professionals zoals de verzekeringsartsen. Niet alleen de bedrijfsartsen hebben last van grote verschillen in hun EPD's maar ook de verzekeringsartsen. Dat heeft te maken met de mogelijkheden voor de uitwisseling van informatie onderling.
5. Samenwerking met andere zorgaanbieders zoals huisartsen, verzekeringsartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, GGZ etc. gaat vaak goed maar, er zijn ook enkele persistente problemen in de samenwerking die het adequaat gebruik van richtlijnen kunnen belemmeren. In de samenwerking met verzekeringsartsen zijn de volgende aspecten naar voren gekomen als belemmeringen: 1. Door onvoldoende afstemming verloopt overdracht te gebureaucratiseerd, met weinig aandacht voor de werkenden en hun realiteit. 2. Wettelijke bepalingen met betrekking tot de WIA-beoordeling zijn qua tijd niet in overeenstemming met de (lange) duur van Depressie;

aanpassingen in de wet en in de richtlijn zijn nodig. 3. Behandelaars zijn slecht bereikbaar voor overleg waardoor het vaak heel lang duurt voordat de informatie uitgewisseld kan worden en de uitwisseling is ontoereikend om de gestelde doelen in de gestelde tijd te bereiken. Dat gaat ten koste van de werkenden en zou beter geregeld moeten worden. Dit is tevens een belemmering voor de verzekeringsartsen, vooral de lange wachttijden in de GGZ en onvoldoende mogelijkheid om duurdere maar mogelijk meer effectieve specialistische zorg in te zetten. Als het op samenwerking aankomt, ligt de focus van verzekeringsartsen op bedrijfsartsen. Het 'verlanglijstje' van veranderingen in aanpak/gedrag BA's bevat o.a. evaluatie van de behandeling, multidimensionale ICF diagnose en kortere en meer kernachtige rapportage.

6. Samenwerking lijkt typisch zo'n gebied dat buiten de richtlijnen geregeld moet worden ook al is het een belemmerende factor voor de richtlijn implementatie. Het is eerder een voorwaarde voor succesvolle implementatie dat buiten de scope van de RL zelf valt.
7. De deelnemers benadrukten herhaaldelijk dat ze het idee hebben dat ze niet vertrouwd worden door werkenden en behandelaars. Dat heeft consequenties voor de praktijkvoering, samenwerking en naleving van richtlijnen. Echter, dit is ook eerder een voorwaarde voor de richtlijnimplementatie dan dat het kan bijdragen aan de implementatiestrategie.
8. Regionaal zou de taakdelegatie beter gedefinieerd en geregeld moeten worden om de samenwerking te verbeteren. Er zijn positieve ervaringen geweest met de 'job coaches'. Indien dat daadwerkelijk zo goed werkt zouden de job coaches als externe partners betrokken kunnen worden; dat vraagt ook om regionaal overleg. Advies van verzuimconsultants (VC's) wordt als dwingend ervaren; dat strookt niet met de aanbevelingen in de RL-Depressie en ook niet met inzichten en voorkeuren van bedrijfsartsen.
9. De deelnemende bedrijfsartsen zijn van mening dat obstakels in goed gebruik van richtlijnen soms ontstaan door de bureaucratische aanpak van de betrokken instanties, zoals wanneer '...een werkende met asiel-verleden en complexe problemen eindelijk aan de beurt is voor de groepstherapie maar wordt geweigerd vanwege de taalachterstand'. Dat wordt als zeer frustrerend ervaren
10. Werkgevers en leidinggevenden zijn niet altijd de voorstanders van bv. de participatieve aanpak of preventie van de werkgebonden risicofactoren, zoals aanbevolen in de RL-Depressie. Onderzoek naar de effecten van verschillende interventies op Functioneren van werkenden als uitkomstmaat is schaars en niet voldoende om onderbouwde aanbevelingen te formuleren. Dat wordt als gemis ervaren. Verzekeringsartsen noemen de attitudes van werkgevers en werknemers als een belemmering om goede zorg te bieden. Werkgevers werken niet altijd mee en oefenen enige druk op de werknemers en misschien ook op de zorgverleners. Werknemers tonen soms selectieve belangstelling voor de richtlijnen m.n. bij psychosomatische problematiek.
11. Richtlijnen 'over de schutting gooien' is niet bevorderend voor hun implementatie. RL-gebruik afdwingen door enige vorm van bedreiging werkt ook averechts. Trainingen organiseren voor gemotiveerde deelnemers (Koplopers-strategie) lijkt ook niet te helpen. Althans, niet in deze tijd en in deze setting. Een grote verscheidenheid aan patiënt

dossiers in de BA-praktijken is, zoals eerder genoemd, een grote belemmerende factor voor richtlijngebruik. Huidige procedure van RL-ontwikkeling wordt als te traag gezien.

12. Positieve ervaringen, zoals het vlot trekken van een complex en vastgelopen casus, met multiple betrokken instanties en zorgverleners, zijn motiverend. Daarbij helpt de richtlijn om orde te creëren in de aanpak en om zo vooruit te komen.
13. Wanneer de richtlijngebruikers het idee hebben dat een richtlijn breed gedragen wordt door de beroepsgroep in kwestie, dan zijn ze meer geneigd om de richtlijn te gebruiken. Een richtlijn met praktische tools zoals checklists e.d. wordt op prijs gesteld. Vermoedelijk zijn dat soort tools een overbrugging naar de praktijk. Een voorbeeld is een lijst van 'do's en dont's' in de richtlijn Zwangerschap en Werk dat handig is om het met de werkende te bespreken en ook om het naar de leidinggevende te communiceren teneinde een veilige werkomgeving te creëren. Ook, een voorbeeld-consult als bijlage zou een RL dichter bij de praktijk brengen.
14. Al brainstormend over de implementatiestrategieën, werd door de deelnemers een voorbeeld genoemd van succesvolle partiele richtlijnimplementatie n.a.v. een visitatietraject en d.m.v. Individueel Verbeterproject (IVP). Helaas zijn de IVP's geen onderdeel meer van visitatietrajecten.
15. Een richtlijntraining van een middag wordt niet als effectief beschouwd als het gaat om gedragsverandering verbonden aan een betere richtlijn naleving.
16. Het werkt motiverend als de gebruikers in een richtlijn de bevestiging zien voor hun eigen werkwijze.
17. Behandelen van richtlijnen gedurende de opleiding is meer effectief indien de praktijkopleider bij de toepassing in de praktijk betrokken is. Koppeling naar de praktijk is hierbij essentieel. Ervaringen met training geven aan andere richtlijngebruikers zijn zeer positief. Om het anderen te leren, moet men namelijk niet alleen inhoudelijk een RL heel goed kennen maar ook haar gebruik in de praktijk.
18. De door deelnemers genoemde doelen waarvoor richtlijnen gebruikt worden zijn o.a. eigen praktijkvoering en communicatie met de werkgever en werkende. Soms worden de richtlijnen defensief gebruikt, om eigen handelen te rechtvaardigen. De vraag is of defensief gebruik van de richtlijnen gewenst is? Indien er klachten zijn van werkenden dan is er mogelijk iets mis gegaan; het is misschien beter om de ev. fouten of de redenen waarom de aanbevolen aanpak niet heeft gewerkt te onderzoeken en te proberen te herstellen. Richtlijnen zijn namelijk geen vervanging voor eigen professioneel oordeel en er zullen altijd gevallen zijn in de praktijk waarbij van een richtlijn afgeweken moet worden om zorg op maat te kunnen bieden. Een RL is wel een goede basis om de eigen praktijkvoering te structureren en moeilijke casus aan te pakken maar, het is geen 'kookboek'.
19. Er is geen behoefte aan uitvoerig uitleg van medische achtergronden in een RL. Dat zou al bekend moeten zijn vanuit de opleiding.
20. Sturen op re-integratie wordt door bedrijfsartsen niet altijd als wenselijk of veilig beschouwd. Aan de andere kant kan werk bijdragen aan het gevoel van eigen waarde en

zelfrealisatie, wat de depressieve klachten kan doen verminderen. Echter, wanneer het om 'resistente', langdurige depressie gaat is werkhervatting niet altijd veilig in fysieke en emotionele zin. Daarom zijn de deelnemers van mening dat de behandelaars hun toestemming zouden moeten geven voor de werkhervatting om zo de re-integratie veiliger te maken.

21. Beginnende 'Depressie' kan uiteindelijk vanzelf overgaan of zich als een ander probleem kristalliseren (angststoornis, burn-out.. etc.). De deelnemers vragen zich af wat de beste manier is om daarmee om te gaan; vinger aan de pols houden, behandelaars inschakelen, niets doen?
22. Een richtlijn geeft misschien de indruk dat alles in de praktijk geordend en gestructureerd aangepakt kan worden. Jammer genoeg of gelukkig, zullen er altijd nog tamelijk veel aspecten van de realiteit buiten het bereik van de richtlijn blijven. Het is wel goed om de problemen zoals 'onbereikbare behandelaars' of 'langdurige GGZ procedures' te signaleren en te proberen op te lossen.
23. Bij de beoordeling van de restcapaciteit na depressie (cognitief, fysiek), om de belastbaarheid te kunnen inschatten zou, volgens de deelnemers, Neuropsychologisch onderzoek nuttig zijn. Vooral nog wordt soms de FML als zelfbeoordelingsinstrument ingezet om dat te kunnen bepalen.
24. Verzekeringsartsen vinden dat de structuur van de RL-Depressie aan hun behoeften beantwoordt. Het 4DKL-instrument wordt als leidraad voor gesprekken met cliënten gebruikt; factor welbevinden wordt als belangrijke determinant van het functioneren beschouwd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de RIW-beoordeling en van diagnostiek en de beschreven relaties tussen de ziektebeelden en belastbaarheid. De doelen waar de RL-Depressie voor gebruikt wordt zijn: checken van behandeling, opdoen van kennis, structureren van moeilijke/complex casus, voor intercollegiaal overleg, uitvoeren van anamneses en bij bezwaarzaken.
25. Indien de RL-Depressie niet gebruikt wordt, dan wordt gebruik gemaakt van de multidisciplinaire RL-Depressie van Trimbos en van de GGZ-protocol Depressie.
26. Wat er volgens de verzekeringsartsen vooral in de huidige RL-Depressie ontbreekt zijn allerlei handvaten voor de praktijk. Bij voorbeeld, men is er niet zeker van in welke situaties werk wel beter hervat kan worden en in welke niet. Net als bij de bedrijfsartsen is de behoefte aan instrumenten om de restcapaciteit na Depressie te beoordelen naar voren gekomen. Dat probleem wordt dus aan beide kanten ervaren.

Citaat FG3: “.. eh niks is zo lastig bij depressie dan dat de klachten drogen eerder op dan de beperkingen, dan al die denkstoornissen.”
27. Verder worden belangrijke mogelijke aanvullingen voor de RL-Depressie genoemd zoals om Leefstijl als belangrijke factor te beschouwen en vragen over de werkbeleving toe te voegen omdat deze factoren in belangrijke mate het verloop van de ziekte kunnen beïnvloeden.

28. Interessant is het idee om de GGZ-medewerkers te betrekken bij de trainingen in RL-gebruik. De vraag is of het haalbaar is. De deelnemers benadrukten dat succes van behandeling afhangt van het vertrouwen van cliënten dat het gaat werken.
29. Door de jaren heen is de attitude t.o.v. de richtlijnen veranderd van tamelijk negatief in de jaren 90 tot tamelijk positief 30 jaar later. In deze periode zijn de richtlijnen steeds verbeterd o.a. op basis van de behoeften uit de praktijk. Om deze positieve trend voort te zetten is het belangrijk om naar de behoeften uit de praktijk te blijven kijken en richtlijnen te blijven vernieuwen. Deelnemers vinden dat een richtlijn voor homogeen zorgaanbod zorgt en de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbetert.
30. Een adequate toekomstige implementatiestrategie zou idealiter gedragsverandering teweeg moeten brengen dat af te lezen is aan een grotere mate van RL-naleving. Om dat te kunnen meten zijn er instrumenten nodig zoals kwaliteitsindicatoren maar ook ruimte en tools in de praktijk om de metingen in korte tijd te kunnen verrichten. Indicatoren worden standaard bij iedere richtlijn bijgeleverd. Echter, vooralsnog is er geen plaats/werkwijze voor gevonden om de indicatoren stelselmatig te gebruiken voor interne of externe controle en/of richtlijn implementatie.
31. De deelnemers hebben tamelijk veel ideeën gegenereerd voor succesvolle implementatiestrategieën. Indien training als implementatiestrategie wordt gebruikt dan is het raadzaam om het grootschalig aan te pakken, stof op te delen ('niet alles tegelijk'), al dan niet te combineren met e-learning en om veel oefenmomenten inbouwen. Regionale kringen en ICT-bijeenkomsten kunnen gebruikt worden om de richtlijnen te bestuderen en te linken aan de praktijk. Herleven van BA-netwerken is ook als idee naar voren gekomen. De deelnemers zijn van mening dat cyclische verbetertrajecten op basis van kwaliteitsindicatoren en al dan niet gekoppeld aan visitatie, succesvol de naleving zouden vergroten.
32. Publiciteitscampagnes zouden eigenlijk langer moeten duren en alle beschikbare kanalen gebruiken om aandacht aan de RL te vestigen. In de marketingstrategie, zou meer nadruk gelegd kunnen worden op 'What's in it voor me' (i.e., voor de gebruikers).
33. 'Niet alle aanbevelingen zijn gelijk' – prioritering aanbrengen (door wie?) in de aanbevelingen zou kunnen helpen om deze stapsgewijs te implementeren. Digitale 'doorklik' richtlijnen met Decision Support System en Shared Decision Tools, mits niet interfererend met de consultvoering en communicatie met de werkenden, zijn ook zeer welkom.
34. Bij de verzekeringsartsen wordt e-learning zowel als werkende als niet werkende component benoemd; de effectiviteit is vermoedelijk afhankelijk van het leerdoel. Er wordt een belangrijke nieuwe verbetering genoemd namelijk, gebruik van gerichte gesprekstechnieken om belastbaarheid te bepalen

BIJLAGE 7. VOLLEDIGE RESULTATEN VAN DE EVALUATIE VAN DE TRAINING

Tabel Gemiddelde scores op de vragenlijst Evaluatie Training richtlijn Depressie m.b.t. verwerven van kennis & vaardigheden. (N=4)

Vragen	Gemiddelden (schaal 1-5)
1. Training richtlijn Depressie heeft positief effect gehad op mijn kennis van de richtlijn Depressie.	3.3
a. Kennis m.b.t. Preventie	2.8
b. Kennis m.b.t. Diagnostiek	3.0
c. Kennis m.b.t. Interventies	3.3
d. Kennis m.b.t. Prognose	3.5
e. Kennis m.b.t. Evaluatie	4.0
2. Training Richtlijn Depressie heeft positief effect gehad op mijn vaardigheden in gebruik van de Richtlijn Depressie.	3.5
a. Vaardigheden m.b.t. Preventie	3.0
b. Vaardigheden m.b.t. Diagnostiek	3.5
c. Vaardigheden m.b.t. Interventies	3.5
d. Vaardigheden m.b.t. Prognose	3.8
e. Vaardigheden m.b.t. Evaluatie	3.8

Tabel Gemiddelde scores op de Attitudeschaal Training richtlijn Depressie (denken, voelen, doen-tendens). N=4, (schaal 1-5, volledig mee oneens – volledig mee eens)

Mening m.b.t. :	Gemiddelden
1. Bruikbaarheid RL-Depressie in de praktijk	4.5
2. Zelf in staat zijn om werkenden met depressieve klachten te helpen	4.5
3. Bereidheid eigen inzet om de werkomstandigheden te verbeteren	3.3
4. Vaker RL-Depressie gaan gebruiken	3.8
5. Niet belemmerd voelen in professioneel handelen	4.5
6. Meer waardering voor de rollen behandelaars, huisartsen etc.	4.3
7. Geen behoefte aan meer training en oefening	3.3
8. Beter in staat zijn werk te organiseren	4.3 (N=3)
9. Meer ruimte zien om te werken volgens de RL-Depressie	4.5
10. Beter weten tot wie zich te wenden bij vragen over de RL-Depressie	4.8
11. Beter begrijpen van redenen om de RL-Depressie in de praktijk te gebruiken	3.8
12. Beter kunnen bepalen bij welke problemen/klachten RL-Depressie te gebruiken	4.8
13. Algemene tevredenheid training (schaal 1-10)	8.5