De meesterproef

Naam:	Winnie Langedijk
Leergang en groep:	VS 16O
Datum:	31-10-2018
Opleidingsinstelling:	GGZ InGeest
Praktijkleerplaats:	Poli Angst en Depressie Haarlem
Praktijkopleider:	Willem Struijs
Werkbegeleider:	Caro van de Par, psychiater
Manager:	Laura Wunderink
Hoofdopleider opleiding:	Diana Polhuis

Werken met depressie

Een gevalsbeschrijving

Summary

Depression is a common mental disorder. There are various risk factors in the development of depression. Work and depression are increasingly associated in the literature. Factors at work that are related to developing a depression are: bullying, work stress and a lack of support from colleagues. Personal characteristics like perfectionism, low self-esteem and conflict avoidance also play a role.

The evidence-based treatment according to the Dutch guideline for depression does not pay much attention to the factor "work" in diagnostics and treatment in mental healthcare. This article describes a case study which illustrates how work can become a part of diagnostics and treatment of depression. By applying cognitive behavioral therapy, focused on work related situations, the depressive symptoms were reduced. The nurse practitioner is a suitable professional for the treatment of work-related depression, due to their general background and their special attention for functional impairment.

Keywords: Depression, work related, interventions

Samenvatting

Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening. Er bestaan diverse risicofactoren voor de ontwikkeling van een depressie. Werk en depressie worden in de literatuur toenemend met elkaar in verband gebracht. Factoren op het werk die in relatie staan tot het krijgen van een depressie zijn: pesten, werkdruk en een gebrek aan steun van collega's. Persoonlijke factoren spelen ook een rol, zoals: perfectionisme, weinig zelfvertrouwen en conflictvermijding.

De evidence-based behandeling volgens de Nederlandse richtlijn voor depressie besteedt weinig aandacht aan de factor werk in de diagnostiek en behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg.

In dit artikel wordt met een gevalsbeschrijving geïllustreerd hoe werk onderdeel kan zijn van de diagnostiek en behandeling van depressie. Door het toepassen van cognitieve gedragstherapie, toegespitst op werksituaties, namen de klachten af. De verpleegkundig specialist is door het generalistische karakter van het beroep en de aandacht voor functioneren een

uitermate geschikte beroepsbeoefenaar voor de behandeling van deze problematiek.

Trefwoorden: Depressie, werk gerelateerd, interventies

Inleiding

Een depressie is wereldwijd een veelvoorkomende invaliderende psychische stoornis, die gepaard gaat met langdurige somberheid, verminderd plezier in activiteiten, verlies van energie, concentratieproblemen, verminderd functioneren en vaak suïcidale gedachten (APA, 2015). In Nederland heeft ruim 18% van de totale bevolking een of meerdere keren in zijn leven een depressie doorgemaakt (De Graaf, Have ten, Gool, & Dorsselaar, 2012). De 12-maanden prevalentie is 5.2 % (De Graaf et al., 2012). Het ontstaan van een depressie is multifactorieel bepaald. Zowel genetische, biologische als psychosociale problemen spelen een rol (Kanter, Busch, Weeks, & Landes, 2008). Als risicofactoren voor het krijgen van een depressie worden onder andere genoemd: vrouwelijk geslacht, verlieservaringen, onvoldoende steun, persoonlijkheidskenmerken, lichamelijke aandoeningen en werkloosheid of dreigend verlies van werk (Nuijen et al., 2017).

Steeds meer onderzoek richt zich op de factor werk in relatie tot het ontstaan van een depressie. Diverse onderzoeken bevestigen het verband tussen werkstress en het krijgen van psychische klachten (Bender & Farvolden 2008; Burgard, Elliot, Zivin, & House, 2013; Huijs, Koppes, Taris, & Blonk., 2017; Netterstrom et al., 2008; Theorell et al., 2015). Werkstress kan leiden tot overspannenheid, burn-out en in ernstiger gevallen tot een depressieve stoornis (Netterstrom et al. 2008), ook wel een beroepsgebonden depressie genoemd. Een burn-out kenmerkt zich door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde bekwaamheid op het werk (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Het is een omstreden begrip, waarover in de wetenschap veel discussie bestaat (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015). Binnen de "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"* (DSM 5) bestaat het niet als opzichzelfstaande diagnose, maar valt het onder de somatische symptoomstoornissen (APA, 2015).

Van de werkende bevolking heeft ongeveer 7% een depressie (De Graaf et al., 2011). Factoren op het werk die een depressie kunnen uitlokken of in stand houden zijn: pesten, werkdruk, weinig beslissingsbevoegdheid, het gevoel weinig controle te hebben over het eigen werk en weinig sociale steun van management en collega's (Huijs et al., 2017; Plaisier et al., 2010; Stansfeld & Candy, 2006). Naast aspecten op de werkvloer, spelen ook persoonlijke kenmerken van de werknemer een rol, zoals: perfectionisme,

zelfkritiek, rumineren, weinig zelfvertrouwen en conflictvermijding (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011).

Alhoewel werk een burn-out of depressie kan uitlokken, wordt ook beschreven dat beide gesteldheden op zichzelf juist belangrijke veroorzakers zijn van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en verminderd functioneren (Plaisier et al., 2010). Arbeidsverzuim kost de maatschappij jaarlijks 1,8 miljard euro (De Graaf et al., 2011). Het hebben van werk wordt tegelijkertijd gezien als beschermende factor tegen het ontwikkelen van een depressie (Paul & Moser, 2009). Niet kunnen werken beïnvloedt de sociale activiteit en financiële situatie negatief, wat weer kan leiden tot een depressie. De relatie tussen werk en depressie blijkt complex.

Het belang van goede depressiebehandeling met aandacht voor werkgerelateerde factoren is zowel op macro-economisch als op individueel niveau groot (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). De 'evidence-based behandeling' van depressie bestaat volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie voornamelijk uit farmacotherapie en psychotherapie (Spijker et al., 2013). Behalve een korte aanbeveling om herstel en maatschappelijke participatie te bevorderen wordt in de richtlijn weinig aandacht besteed aan de factor werk als onderdeel van het functioneel herstel. Arbeid is een onderbelicht thema bij behandelingen in de gezondheidszorg (Witkamp, van Oploo & de Ruig, 2013). Dit artikel beschrijft het onderdeel werk in de diagnostiek en behandeling van een depressie door de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz. Ter illustratie wordt een gevalsbeschrijving gegeven.

Casus

Persoonsbeschrijving

Silke[1] is een 30-jarige, alleenstaande vrouw die in augustus 2018 via de crisisdienst wordt aangemeld bij een polikliniek Angst & Depressie van een geestelijke gezondheidszorg (ggz)- instelling voor behandeling van depressie, geluxeerd door werkstress bij al langer bestaande burn-outklachten. Zij werd door de huisarts naar de crisisdienst verwezen vanwege toename van suïcidale gedachten tijdens een kortdurende behandeling bij een vrijgevestigd psycholoog.

Silke werkt in de retail, bij aanmelding halve dagen als verkoper, daarvoor fulltime als 'shopmanager'. In juni 2017 is zij overbelast geraakt op het werk door langdurig over haar grenzen te gaan en conflicten met het management. Na een kortdurende behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) had

[1] Silke heeft toestemming gegeven voor het geanonimiseerd gebruiken van haar gegevens voor deze gevalsbeschrijving.

ze vrij snel het idee te zijn hersteld. Echter, een paar maanden later ervoer ze een terugval, waarna behandeling bij haar psycholoog werd hervat. Ditmaal herstelde ze niet snel en verergerden de klachten van somberheid, angst, slecht slapen en piekeren. Ook was er een toename aan gedachten over en plannen om zich te suïcide door het water in te lopen en te verdrinken. Ter verlichting van de mentale pijn automutileert zij sinds enkele maanden door het krassen van kleine sneetjes in haar bovenbenen. Somatisch is zij sinds haar vroege jeugd bekend met astma, waarvoor diverse ziekenhuisopnames hebben plaatsgevonden.

Silke heeft haar jeugd als niet zo fijn ervaren. Zij heeft op de basisschool een klas gedoubleerd omdat ze niet goed was in rekenen. Zij vergelijkt zich met haar 7-jaar jongere broertje die erg goed kan leren en momenteel studeert aan de Technische Universiteit. Dit maakt haar onzeker. Ze heeft van jongs af aan het gevoel gehad het nooit goed genoeg te doen en nooit ergens volledig bij te horen. Tijdens de middelbare schoolperiode kampte ze met identiteitsproblemen en dacht ze weleens aan zelfmoord. Ze is niet eerder in behandeling geweest.

Medische en verpleegkundige diagnostiek

De verpleegkundige in opleiding tot specialistverpleegkundige in opleiding tot specialist verrichtte diagnostiek onder supervisie van de psychiater. Bij de intake stond het contact maken centraal, naast het verkrijgen van informatie uit de anamnese(Stringer, Welleman, Berkheij, Keppel, & Kleve, 2009). Een uitgebreide intake werd uitgevoerd volgens het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2009), de gezondheidspatronen van Gordon (Gordon, 2014) en de International Classification of Functioning (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

De volgende gevalideerde meetinstrumenten werden gebruikt: de *Symptom Questionaire 48* (sq48), de *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS),* de *Beck Depression Inventory* (BDI) en de *vierdimensionale klachtenlijst* (4DKL). De 4DKL helpt bij het onderscheid maken tussen burn-out, depressie, angst en somatisatie. Silke scoorde sterk verhoogd op zowel burn-out als op depressie. De SQ48 liet met name symptomatologie zien op het vlak van werk en sociale fobie. De BDI gaf een uitkomst van 32, wat duidt op de aanwezigheid van matig tot ernstige depressieve symptomen. De HDRS gaf een score van 20, passend bij een ernstige depressie.

Voor de medische diagnostiek werd differentiaal-diagnostisch gekeken naar symptomen passend bij een burn-out en persoonlijkheidsproblematiek. Persoonlijkheidskenmerken kunnen het krijgen van een depressie voorspellen of in stand houden (Klein et al., 2011). Bij de intake vertelde patiënte voorafgaand aan de depressie een burn-out te hebben gehad. Het is

moeilijk te achterhalen in hoeverre dit klopt. Mogelijk speelt angst voor stigmatisering een rol en worden de klachten daardoor eerder als burn-out gelabeld (Bianchi et al., 2016). De diagnoses werden gesteld met behulp van de DSM 5 (APA, 2014) en de NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2014). Uit de ICF kwamen als voornaamste problemen in het huidig functioneren naar voren: een laag zelfbeeld, problemen op het werk en een ernstig verstoorde slaap. De verpleegkundige anamnese op basis van de functionele gezondheidspatronen liet vooral bijzonderheden zien in het zelfbelevingspatroon, het rollen- en relatiepatroon en het slaappatroon.
Tot slot werd er uitgebreid laboratoriumonderzoek (o.a. algemeen bloedbeeld, schildklier en vitamines) verricht om onderliggende somatische problemen op te sporen. Behoudens een iets verlaagd vitamine B12, waarvoor terugverwezen werd naar de huisarts, werden er geen bijzonderheden gevonden. Een verlaagd vitamine B12 kan geassocieerd worden met atypische klachten als vermoeidheid, concentratieproblemen en duizeligheid. Overtuigend wetenschappelijke evidentie ontbreekt echter (Wiersma & Woutersen- Koch, 2014). De verklaring voor het verlaagd vitamine B12 kan worden gevonden in het feit dat patiënte vegetariër is. De verpleegkundige in opleiding tot specialist heeft voorlichting gegeven over gezonde voeding.

Beschrijvende diagnose

Psychiatrisch diagnostisch is er sprake van een depressieve stoornis, recidiverend matig (296.32) en een ander probleem verbandhoudend met werk of werkeloosheid V62.29A (DSM 5). De depressie wordt gekenmerkt door een matig sombere stemming (b1529.2) gedurende een groot deel van de dag, weinig kunnen genieten van dagelijkse activiteiten, ernstige stoornis in het in slaap komen (b1349.3) en veel wakker worden. Daarnaast speelt een matige concentratie (b1409.2), een ernstig verlaagd energieniveau (b1300.03) en in ernstige mate moeite met contacten onderhouden op het werk (b122.3). Deze psychische kwetsbaarheden leiden tot ernstige problemen in de omgang met stress en andere mentale eisen (d2409.3) en in het oplossen van problemen (d1759.3), het onderhouden van formele relaties op de werkvloer (d7409.3) en het behouden en uitvoeren van betaald werk (d8509.3).
De belangrijkste verpleegkundige diagnose is ineffectieve rolvervulling (00055) (NANDA), wat zich kenmerkt door conflicten op het werk, verminderde prestaties op het werk en ontevredenheid over de werksituatie. De gerelateerde etiologische factoren zijn: de depressieve klachten, een laag zelfbeeld, slaapproblemen en energietekort. Deze factoren uiten zich in suïcidaliteit en automutilatie.

Aanzienlijk ondersteunende factoren zijn persoonlijke attitudes van meerderen; haar managers (e430.3). Beschermende factoren zijn de relatie met haar ouders (e310+3) en vrienden (e320+3), het inzicht in eigen problematiek (d198+3) en de therapietrouw (d5708+3). Predisponerende factoren zijn kwetsbaarheid voor angst en depressie bij moeder, vele opnames in het ziekenhuis tijdens haar jeugd door astma, rivaliteit met haar jongere broertje en het ontbreken van een intieme relatie. De persoonlijkheid kenmerkt zich door perfectionisme, moeilijk grenzen aan kunnen geven en een laag zelfbeeld. Silke ziet zichzelf als een harde werker, die over haar eigen grenzen is gegaan en daarbij niet voldoende is gewaardeerd door haar werkgever.
De hulpvraag van Silke is beter slapen, verbetering van de stemming en het functioneren op het werk.

Behandeling

Tijdens de behandelplanbespreking is op basis van *shared decision making* (Duncan, Best, & Hagen., 2010) besloten om de behandeling in eerste instantie te richten op de werkproblemen. Het belang van werk(vermogen) als doel van de behandeling wordt ook door de Generieke Module Arbeid als Medicijn onderschreven (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). De verpleegkundige in opleiding tot specialist heeft, naast de medische behandeling gericht op symptoomreductie, vooral geïntervenieerd op de etiologische factoren van de verpleegkundige diagnose ‘ineffectieve rolvervulling’. Gedurende de behandeling werd duidelijk dat vooral deze werkgerelateerde etiologische factoren voor Silke leidden tot (het voortbestaan van) de depressieve klachten. In een multidisciplinair overleg werd besproken om CGT (Keijsers, Van Minnen, Verbraak, Hoogduin, & Emmelkamp, 2017) aan te bieden ter verbetering van de stemming (5330 NIC), gedragsmodificatie (4360 NIC) en bevordering rolvervulling (5370 NIC) . Er is overtuigend bewijs dat op CGT-gebaseerd stress-management goed werkt binnen de werksituatie (Joyce et al., 2016; Blonk & van Dijk, 2001). De CGT werd toegespitst op werk gerelateerde onderwerpen, zoals solliciteren en conflicten met collega’s. Er werden functieanalyses en betekenisanalyses gemaakt (Korrelboom & ten Broeke, 2012). Daarnaast heeft Silke zowel zelfstandig als samen met de verpleegkundige in opleiding tot specialist regelmatig G- schema’s ingevuld. Ter bevordering van de eigenwaarde en verbetering van probleemhantering (5230 NIC), werden elementen uit de Competitive Memory Training (COMET) toegepast (Korrelboom et al., 2012). Als onderdeel van de CGT werden psycho-educatie en algemene leefstijladviezen gegeven. Alternatieve coping werd eveneens besproken. Er

werd gezamenlijk afgewogen of het zinvol was om over de depressieve stoornis te vertellen op het werk, zodat er meer begrip zou ontstaan voor Silke. Dat wilde ze niet uit angst voor discriminatie, stigmatisering en ongelijke behandeling. Openheid over depressie op de werkvloer kan zowel positieve als negatieve consequenties hebben (De Graaff-Wijnberg, Bos, Hein, & Lodewijkx, 2006).

Om beter te kunnen functioneren werd uitgebreid stilgestaan bij de slaapbevordering (1850 NIC). Slaaphygiëne werd besproken volgens de Standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Neven et al., 2009). Het bieden van hoop en perspectief stond tijdens ieder gesprek centraal (5310 NIC). Het risico op suïcide werd regelmatig bij patiënte getoetst en er werd een veiligheidsplan gemaakt. De verpleegkundige in opleiding tot specialist heeft getracht om Silke over te halen haar familie meer te betrekken, maar dat wilde Silke uitdrukkelijk niet. Ze werd aangemeld bij een externe organisatie voor sociale- en arbeids(re-)integratie voor mensen met psychische problemen. De mogelijkheid voor informatieverstrekking aan de bedrijfsarts werd voorgelegd.

Bij de crisisdienst werd vanwege depressie met bijkomende angst gestart met venlafaxine; een serotonine-noradrenaline-heropnameremmer (SNRI). Voor het slapen werd een lage dosering quetiapine voorgeschreven. Vanwege de aanhoudende somberheid werd in overleg met de superviserende psychiater de dosis venlafaxine verhoogd van 75 mg naar 112,5 mg per dag.

Gedurende de behandeling werd de BDI regelmatig ingevuld en werd de stemming uitgedrukt in een cijfer van 0 tot 10.

Beloop en resultaten

Tijdens de behandeling ontstond dankzij de validerende houding van de verpleegkundige in opleiding tot specialist een vertrouwensrelatie, waardoor Silke steeds opener over haar problemen vertelde.

Halverwege de behandeling overleed de oma van Silke, waardoor een terugval in depressieve klachten ontstond. Door deze klachten te normaliseren namen ze vrij snel af.

De behandeling resulteerde na negen sessies in een forse verbetering van de stemming van het cijfer 4 naar een 7. De suïcidale gedachten namen af. Het automutileren is gestopt. Silke merkte dat ze door het oefenen met de G-schema's meer grip had op negatieve gedachten. De aangeleerde vaardigheden werden direct toegepast in de werksituatie. Leefstijladviezen over sporten, slaaphygiëne en gezond eten volgde zij goed op, waardoor ze zich gezonder en fitter begon te voelen. De BDI liet een verbetering zien van 32 naar 20. De SQ48 gaf een vermindering van klachten op alle subschalen. De 4DKL liet een verbetering zien op zowel burn-out als depressie.

Voor het meten van de resultaten van de verpleegkundige interventies werden indicatoren uit de NOC gebruikt. Op gedeprimeerde stemming (120801 NOC), de efficiëntie van de slaap (000405 NOC) en op steeds terugkerende gedachten aan de dood (120835 NOC) scoorde Silke aan het eind van de behandeling aanzienlijk beter. Zowel de vervulling van de rol op het werk (150105 NOC), als het niveau van zelfvertrouwen (120511 NOC) verbeterde. Tijdens de behandeling is Silke blijven werken. Dit is door de verpleegkundige in opleiding tot specialist aangemoedigd omdat uit onderzoek blijkt dat het verlies van werk een grote risicofactor is voor het krijgen van psychische klachten (Milner, Spittal, Page, & LaMontagne, 2014). Uiteindelijk heeft Silke toch besloten om ander werk te zoeken, omdat de belastende psychische factoren op het werk haar herstel in de weg stonden. Haar besluitvaardigheid hierin is toegenomen (090609 NOC). De verpleegkundige diagnose ineffectieve rolvervulling is niet meer van toepassing.
Omdat gedurende de behandeling met CGT bleek dat er ontwijkende trekken in de persoonlijkheid waren die predisponerend zijn voor psychische ontregeling, is gestart met Schema Focussed Treatment (SFT) in groepsverband.

Discussie

Met behulp van de ICF kwamen arbeidsfactoren als onderdeel van de depressie aan het licht. Specifieke vragenlijsten over de context op de werkvloer hadden aanvullend inzicht kunnen geven. Een vragenlijst die gebruikt had kunnen worden is bijvoorbeeld *The Job content questionnaire* (JCQ; Karasek et al.1998). Daarnaast had ook de gespreksleidraad Arbeid als Medicijn' het gesprek over het werk kunnen vergemakkelijken. In deze leidraad wordt verwezen naar specifieke tools voor patiënt en hulpverlener omtrent arbeid en psychische problemen (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). De verpleegkundige in opleiding tot specialist wilde zich echter niet teveel op het terrein van de bedrijfsarts en arbeids- en organisatiedeskundigen begeven.

De regie van de behandeling lag bij de verpleegkundige in opleiding tot specialist. Vanwege de verpleegkundige hoofddiagnose ineffectieve rolvervulling is dit een logische keuze gebleken.
De verpleegkundige in opleiding tot specialist heeft zich toegelegd op haar rol als behandelaar, waarbij getracht werd de vaardigheden en de coping van Silke te versterken. De werkomgeving speelt echter ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van depressieve klachten. Uit de literatuur blijkt dat effectieve interventies ter voorkoming van depressie vooral moeten worden toegepast

op de werkvloer zelf, zoals: het aanbieden van sport (Bhui, Stansfeld, & White, 2012) en mindfulness (Aikens et al., 2014), stressmanagementinterventies en vroegscreening (Joyce et al., 2016). Preventieve interventies op de werkvloer zouden ook door een verpleegkundig specialist ggz uitgevoerd kunnen worden. De cognitieve gedragstherapie met als aandachtsgebied werk is een goede eerste stap gebleken in het versterken van de eigen effectiviteit. Dit is een geschikte individuele therapie voor patiënten met depressie en werk gerelateerde problemen (Bhui et al., 2012). In een volgende werksetting kan Silke mogelijk van de aangeleerde vaardigheden profiteren.

Om het probleem van een beroepsgebonden depressie grondig aan te pakken, is een meer integrale aanpak nodig tussen gezondheidszorg, bedrijfsartsen en werkgevers. De werkzaamheden van de behandelaar en de bedrijfsarts worden nog teveel gescheiden gehouden vanwege privacy en de vertrouwensrelatie (Vlasveld et al., 2012). Vlasveld et al., (2012) constateren een gebrek aan communicatie en vertraging van re-integratie van werknemers. De verpleegkundige in opleiding tot specialist had tijdens deze behandeling mogelijk proactiever kunnen handelen richting de bedrijfsarts. De keuze hiervoor is omwille van de autonomie en privacy bij Silke zelf gelaten. Silke voelde zich tijdens deze behandeling gehoord en erkend in het feit dat de factoren op het werk bij haar grotendeels tot de klachten hebben geleid.

Conclusie

In deze gevalsbeschrijving stond de factor werk in relatie tot de depressie centraal. Met specifiek op de werksituatie toegepaste CGT zijn de depressieve klachten grotendeels teruggedrongen. Alhoewel CGT een veelgebruikte en onderzochte interventie is bij depressie, is het niet standaard om deze binnen de geestelijke gezondheidszorg specifiek op werksituaties toe te passen. Waar het protocol van Keijsers (2017) voor de behandeling van depressie voornamelijk algemene CGT-interventies beschrijft, gaat het burn-outprotocol van Keijsers (2017) wel specifiek in op werkgerelateerde situaties. Tijdens de omschreven behandeling werd het belang van het goed uitvragen van het functioneren van de patiënt bevestigd. De verpleegkundige in opleiding tot specialist is hierin getraind. Het generalistische karakter van de functie en de specifieke aandacht voor functionele verslechtering maakt dat een complete behandeling bij uitstek door de verpleegkundige specialist ggz uitgevoerd kan worden, met een positief resultaat op functioneren en herstel. Een aanbeveling is om concrete op werk gerichte interventies te koppelen aan de NANDA-diagnose ‘ineffectieve rolvervulling’. Meer onderzoek naar de

factor werk in de behandeling van depressie binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt aanbevolen.

Literatuur

Aikens, K. A., Astin, J., Pelletier, K. R., Levanovich, K., Baase, C. M., Park, Y. Y., & Bodnar, C. M. (2014). Mindfulness goes to work: Impact of an online workplace intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *56*(7), 721-731.

American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5.* Amsterdam: Boom uitgeverij.

Bender, A., & Farvolden, P. (2008). Depression and the workplace: a progress report. *Current psychiatry reports*, *10*(1), 73-79.

Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of environmental and public health*, *2012*.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, *36*, 28-41.

Bianchi, R., Verkuilen, J., Brisson, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2016). Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry research*, *245*, 91-98.

Burgard, S. A., Elliott, M. R., Zivin, K., & House, J. S. (2013). Working conditions and depressive symptoms: a prospective study of US adults. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, *55*(9), 1007.

De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *54*(1), 27.

De Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., & ten Have, M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. *Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'(NEMESIS-2)[Absenteeism due to psychological or somatic disorders in workers. Results of the 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'(NEMESIS-2)]. Utrecht: Trimbos-Instituut*.

De Graaff-Wijnberg, C. M., Bos, A. E., & Lodewijkx, H. F. (2006). Stigmatisering als barrière voor arbeidsreïntegratie van depressieve werknemers. *Netherlands journal of psychology*, *61*(2), 61-68.

Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Gordon, M. (2014). *Manual of nursing diagnosis*. Jones & Bartlett Publishers.

Hengeveld, M. W., & Schudel, W. J. (2014). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e ed.). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2014). *Tenth Edition Nursing diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford; Wiley Blackwell.

Huijs, J. J., Koppes, L. L., Taris, T. W., & Blonk, R. W. (2017). Work characteristics and return to work in long-term sick-listed employees with depressive symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*, *27*(4), 612-622.

Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, *46*(4), 683-697.

Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *31*(1), 1-21.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of occupational health psychology*, *3*(4), 322.

Keijsers, G., Van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology*, *7*, 269-295.

Klink, J. van der, Blonk, R., & Dijk, F. van(2001). The benefits of interventions for work related stress. *American Journal of Public Health, 91*, 270-276.

Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2012). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk*. Coutinho.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*(1), 397-422.

Milner, A., Spittal, M. J., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2014). The effect of leaving employment on mental health: testing ‘adaptation’versus ‘sensitisation’in a cohort of working-age Australians. *Occup Environ Med*, *71*(3), 167-174.

Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.* Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Neven, A. K., Lucassen, P. L. B. J., Bonsema, K., Teunissen, H., Verduijn, M. M., & Bouma, M. (2009). NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. In *NHG-Standaarden 2009*(pp. 558-579). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic reviews*, *30*(1), 118-132.

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Arbeid als medicijn* (Generieke module). Geraadpleegd van https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/165/Generieke-module-Arbeid-als-medicijn-opmaak.pdf

Nuijen J, van Bon-Martens M, de Graaf R, ten Have M, van der Poel A, de Beurs D, et al. (2017) Depressie: epidemiologie, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut ; In Press.

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, *74*(3), 264-282.

Plaisier, I., Beekman, A. T. F., De Graaf, R., Smit, J. H., Van Dyck, R., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1-3), 198-206.

Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen, J. A. C., Van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., & Balkom, A. L. J. M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Richtlijn%20depressie%20(2013).pdf%20(5).pdf

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.

Stringer, B., Welleman, R., Berkheij, E., Keppel, R., & Kleve, J. (2009). *De eerste vijf minuten: het halve werk*. Geraadpleegd van https://www.zorgvisie.nl/PageFiles/69440/003_RBIAdam-download-ZVS6078D01.pdf

Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Bendz, L. T., Grape, T., Hogstedt, C., & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*, *15*(1), 738.

Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Adèr, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. (2013). Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med*, *70*(4), 223-230.

Wiersma, T., & Woutersen- Koch, H. (2014). NHG- Standpunt Diagnostiek van vitamine- B12- deficiëntie. Huisarts & Wetenschap, 57(9), 472–475. Geraadpleegd van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/nhg-standpunt_vitamine_b12-2.pdf

Witkamp, A., Van Oploo, M., & De Ruig, L. (2013). Aandacht voor arbeid in de zorg (Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten). Geraadpleegd van file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/blg-267613.pdf