



**De visie van huisartsen over de relatie tussen werk en psychische klachten:
Samenvatting onderzoeksresultaten**

Contactpersonen:

- **Intern:** dr. Saskia Decuman, wetenschappelijk coördinator kenniscentrum arbeidsongeschiktheid dienst uitkeringen RIZIV, Tervurenlaan 249, 1150 Brussel (saskia.decuman@riziv.fgov.be).
- **Extern:** Prof. dr. Chantal Van Audenhove, LUCAS KU Leuven Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, Minderbroedersstraat 8 bus 5310, 3000 Leuven (Chantal.VanAudenhove@med.kuleuven.be).

Opdrachtgever van de studie

RIZIV, Dienst voor Uitkeringen

Onderzoeksleiding LUCAS KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Wetenschappelijk medewerker LUCAS KU Leuven

dr. Inge Neyens

Wetenschappelijke ondersteuning vanuit het RIZIV, Dienst voor Uitkeringen

dr. Saskia Decuman (RIZIV, kenniscentrum arbeidsongeschiktheid, dienst uitkeringen)

Dr. Lutgarde Vanwynsberghe (RIZIV, kenniscentrum arbeidsongeschiktheid, dienst uitkeringen)

Stuurgroep

Prof. dr. Chantal Van Audenhove , dr. Inge Neyens, Dhr. François Perl (RIZIV), dr. Saskia Decuman, Dr. Lutgard Vanwynsberghe, Dhr. Jean Alves (RIZIV), Mevr. Lieve Fransen (GTB), Mevr. Wendy Ranschaert (VDAB) en Dhr. Patrick Ruppel (GTB).

Administratieve ondersteuning

Kevin Agten

Lut Van Hoof

Leuven, oktober 2015

Inleiding

Vroegtijdig ingrijpen bij afwezigheid op het werk wegens ziekte -inclusief psychische gezondheidsproblemen- is van cruciaal belang om langdurige uitval te voorkomen (OESO, 2013). Na een afwezigheid van 3 maanden daalt immers de kans op een succesvolle of snelle herintrede op de arbeidsmarkt. Om vroegtijdig te kunnen ingrijpen, is echter een directe en integrale aanpak nodig vanuit alle disciplines m.b.t. werk en gezondheid, waaronder ook de huisartsgeneeskunde.

In lijn hiermee verrichtte LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy in opdracht van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV, een vragenlijststudie met als doel de perceptie, kennis en attitudes van huisartsen m.b.t. psychische klachten en werk in kaart te brengen. De studie richt zich op de populatie van huisartsen aangezien zij vaak een eerste aanspreekfiguur zijn voor werkende mensen met psychische klachten en dus een belangrijke partner zijn in de preventie van langdurige uitval van deze groep.

Methode

1. Ontwikkeling van de vragenlijst

In een eerste fase van het onderzoek, werd de vragenlijst ontwikkeld. Het vertrekpunt daarbij was een literatuurstudie gevolgd door een bevraging (via cognitieve interviews) van de mening van enkele huisartsen (8) omtrent de vragenlijst. Uiteindelijk werd deze vragenlijst ook geëvalueerd door een expertenpanel, bestaande uit een lokale kwaliteitsgroep (LOK) van huisartsen. De uiteindelijke vragenlijst bestaat uit vier onderdelen, nl. detectie & diagnostiek, behandeling, doorverwijzing & samenwerking en kennis & kunde.

2. Dataverzameling

De dataverzameling gebeurde via vier verschillende kanalen.

- In eerste instantie verzond Domus Medica een email naar de voorzitters van de huisartsenkringen (uit Vlaanderen en Brussel) met de vraag een oproep te verspreiden onder hun leden om een vragenlijst in te vullen over werk en psychische klachten.
- In tweede instantie stuurden zij een gelijkaardige email naar de LOK-voorzitters. Na drie weken kregen deze LOK-voorzitters een reminder.
- Verder contacteerde Domus Medica huisartsen waaronder (1) jonge huisartsen die de laatste jaren bij Domus Medica een Impulseo I dossier¹ aanvroegen en (2) andere huisartsen die subsidie aanvroegen voor praktijkassistentie en telefonie.
- Daarnaast verscheen de oproep ook in een nieuwsbrief van Domus Medica.

¹ Een van de doelstellingen van Impulseo I is huisartsen aanmoedigen om zich te vestigen in zones met minder huisartsen of met een risico op minder huisartsen.

3. Data-analyse

We analyseerden de descriptieve statistieken aan de hand van SPSS 19 op de totale (ongewogen) steekproef. Afhankelijk van de kenmerken van de steekproef werden analyses herhaald waarbij een bepaalde weging gedaan werd.

Resultaten

1. Resultaten steekproeftrekking

- Een email naar de voorzitters van de huisartsenkringen (uit Vlaanderen en Brussel): via deze weg ontvingen minstens 954 huisartsen deze uitnodiging.
- Een email en een reminder naar de LOK voorzitters: minstens 382 leden kregen deze oproep langs deze weg.
- Verder contacteerde Domus Medica 830 huisartsen.

Van de gecontacteerde huisartsen, vulden 323 huisartsen de vragenlijst in. Onder hen doorliepen 240 de volledige vragenlijst; 83 vulden hem gedeeltelijk in.

De responsratio van de studie is moeilijk te schatten. Enerzijds bestaat er geen zekerheid over welke kring- en lokvoorzitters de oproep verstuurd hebben naar hun leden. Anderzijds kan er overlap bestaan tussen de huisartsen die door hun kringvoorzitter of lokvoorzitter werden aangeschreven of rechtstreeks door Domus Medica.

2. Beschrijving van de steekproef

Het gemiddeld aantal jaren beroepservaring van de huisartsen uit de steekproef is 20 jaar. Zij werken in een landelijke (43%), stedelijke (41%) of gemengde (stedelijke én landelijke) (16%) omgeving.

Van de deelnemende huisartsen had 8% wekelijks minder dan 25 contacten met patiënten op arbeidsactieve leeftijd; 7 op 10 had tussen de 25 en 75 contacten met deze patiënten en iets meer dan 1 op 5 had meer dan 75 contacten. Daarnaast zag een aanzienlijk aantal huisartsen (45%) meerdere keren per week werkende patiënten met psychische klachten; 16% ziet hen éénmaal per dag; 22% ziet hen zelfs meerdere keren per dag en 17% ziet deze groep patiënten één keer per week of minder.

Het aantal huisartsen in de steekproef per provincie verschilt niet wezenlijk van de verdeling van de populatie zoals beschreven in 2010 door Domus Medica. Daarentegen zijn vrouwelijke huisartsen (54%) en huisartsen uit een groepspraktijk (59%) oververtegenwoordigd in deze steekproef (in de populatie van 2010 zijn er respectievelijk 36% vrouwelijke huisartsen en 28% huisartsen in een groepspraktijk).

3. Data-analyse

De analyse werd herhaald met een weging voor 'geslacht' (n=240). Dit leverde geen opvallende verschillen op in de resultaten. Wat betreft de setting, kozen we ervoor om geen wegingscoëfficiënt te gebruiken wegens te grote verschillen tussen de steekproef- en de populatiegegevens. Een weging zou

daar de variantie te sterk beïnvloeden op een artificiële wijze. We dienen dus vooral de oververtegenwoordiging van huisartsen uit een groepspraktijk in het achterhoofd te houden bij het interpreteren van de resultaten voor deze steekproef.

4. Resultaten van de bevraging opgesplitst per onderdeel van de vragenlijst

a. Detectie en diagnostiek

Huisartsen vragen in een eerste consult vaak (41%) of altijd (51%) welk werk patiënten met psychische klachten verrichten. Daarnaast vragen ze vaak (49%) of altijd (29%) hoe deze patiënten zich voelen op hun werk. Minder huisartsen vragen tijdens dit eerste consult vaak (39%) of altijd (14%) welke aspecten het welzijn op het werk belemmeren en nog minder huisartsen vragen vaak (19%) of altijd (6%) welke aspecten hun welzijn op het werk bevorderen.

Van diegenen die nooit of zelden vragen welk werk de patiënt verricht tijdens het eerste consult doet de meerderheid dit wel tijdens een **volgend consult**. Daarnaast vragen huisartsen in deze volgende consulten vaak (52%) tot altijd (22%) aan patiënten hoe zij zich voelen op hun werk. De belemmerende aspecten worden dan eveneens vaak (47%) of altijd (14%) bevraagd. Bevorderende aspecten worden iets minder frequent bevraagd: 1 op 3 huisartsen vraagt hier vaak naar; 1 op 10 altijd.

Wat betreft de **klachten**, detecteerde 9 op 10 huisartsen slaapproblemen in de voorbije week bij hun werkende patiënten. Andere vaak gedetecteerde klachten zijn psychische vermoeidheid/uitputting (86%), stress (84%), problemen met de baas en/of collega's (68%), concentratieproblemen (63%), (overmatige) prikkelbaarheid (54%), burn-out (54%) en angstproblemen (51%).

Naast het type klacht werd ook bevraagd **welke aspecten m.b.t. het werk** aan bod kwamen **tijdens de detectie en diagnostiek** van psychische klachten op het werk.

Belastende werkaspecten die het meest aan bod komen zijn relationele aspecten (vb. de relatie met de leidinggevende [84%], interpersoonlijke conflicten [82%], relatie met collega's [79%]) en taakeisen (bv. werkdruk [79%], emotionele eisen [60%], fysieke eisen [49%]) maar ook verwachte flexibiliteit ten gevolge van organisatieveranderingen (46%), jobonzekerheid (41%), moeilijkheidsgraad van het werk (30%), rolonduidelijkheid (25%), aantal procedures of regels (23%) en andere aspecten (zoals het behalen van cijfers, een gebrek aan waardering en aan autonomie, ...) (3%).

Stimulerende werkaspecten die het meest tijdens de detectie en diagnostiek van psychische klachten aan bod komen zijn opnieuw relationele aspecten (vb. feedback en waardering [78%], sociale steun van collega's [70%], sociale steun van leidinggevendenden [68%]) maar ook autonomie/controle over de job (58%), inspraak (51%), afwisseling in het takenpakket (50%), het kunnen gebruiken van competenties (46%), financiële beloning (18%) en andere (zoals motivatie, weerbaarheid, zinvolheid van het werk) (5%).

Huisartsen **ervaren diverse moeilijkheden bij de diagnostiek van psychische klachten** bij werkende patiënten. In **eerste** instantie zijn er moeilijkheden gelinkt aan de **aard van de problematiek** van psychische stoornissen, namelijk:

- (1) stigma rond de diagnose (85% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid);
- (2) een lichamelijke aandoening die op de voorgrond lijkt te staan (82% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid);
- (3) de vaagheid van de klachten zoals deze door de patiënt worden gepresenteerd (80% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid).

Andere moeilijkheden die de huisartsen aanhaalden zijn somatisatie, ontkenning, niet onmiddellijk durven spreken over psychische klachten maar eerst lichamelijke klachten melden, er niet over willen spreken, te laat naar de huisarts gaan, meerdere problemen werk-thuis, ...

Een **tweede** groep van moeilijkheden bij de diagnose is gerelateerd aan de **organisatie van de zorg**:

(1) het gebrek aan tijd in een consult voor een uitgebreid gesprek (69% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid);

(2) de te grote bijkomende werklast bij het diagnostisch onderzoek naar psychische klachten (47% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid).

Andere moeilijkheden die gepaard gaan met de organisatie van de zorg zijn gebrek aan verloning voor de extra tijdsbesteding en het gebrek aan één goede diagnostische standaardtool.

Moeilijkheden die minder frequent voorkomen, zijn het gebrek aan kennis over richtlijnen (vb. richtlijnen van Domus Medica over slaapproblemen, depressie en alcoholverslaving) (resp. 33%, 34% en 42% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid) of een gebrek aan kennis over de relatie tussen werk en psychische klachten (20% ervaart dit bij minstens de helft van de gevallen als een moeilijkheid). Andere moeilijkheden die de huisartsen rapporteren en die gerelateerd zijn aan henzelf zijn eigen burn-out, een gebrek aan kennis over een differentiële diagnose met een lichamelijke pathologie (vb. schildklier), een gebrek aan kennis over psychische problemen, een gebrek aan kennis over de werkplek en een gebrek aan zelfeffectiviteit.

Tot slot vindt meer dan de helft van de huisartsen het (eerder tot zeer) moeilijk om depressie van burn-out te onderscheiden. Meer dan één op vier (26%) vindt dit noch moeilijk, noch gemakkelijk en ongeveer één op vijf vindt het (eerder tot zeer) gemakkelijk.

b. Behandeling

Wat betreft de **interventies** stellen we vast dat de huisarts **in bijna alle gevallen** overgaat tot:

(1) een gesprek waarin hij uitleg biedt over het ziektebeeld (91%) of over de behandel- en opvolgmogelijkheden (89%);

(2) een gesprek waarin hij dieper ingaat op het werk (86%);

(3) een gesprek waarbij hij een kort advies meegeeft (74%);

(4) het voorschrijven van een korte periode (vb. 2 weken) van arbeidsongeschiktheid (60%) en

(5) een korte interventie (56%).

In minstens de helft van de gevallen:

(1) adviseren de meeste huisartsen aan hun patiënt om contact op te nemen met de arbeidsgeneesheer (75%);

(2) doen zij een doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening voor de geestelijke gezondheid (75%) of

(3) geven zij psychotherapie (74%).

Verder schrijven sommigen medicatie voor bij de helft (41%) of bij minder dan de helft (46%) van de gevallen. Voorschrijven van een lange periode (3 maanden) van arbeidsongeschiktheid gebeurt door de meeste huisartsen (58%) bij een minderheid van de gevallen.

Respectievelijk 26% en 57% van de huisartsen gaan **in geen of in een minderheid** van de gevallen gesprekken aan met de partner en/of familie. Hetzelfde geldt voor de contactopname met de

arbeidsgeneesheren, adviserend geneesheren, loopbaancentra en arbeidstrajectbegeleiding: 89% van de huisartsen contacteert arbeidsgeneesheren zelf nooit of bij een minderheid van de gevallen; 90% van de huisartsen contacteert adviserend geneesheren nooit of bij een minderheid van de gevallen; 86% verwijst nooit of bij een minderheid van de gevallen door naar loopbaancentra en 94% verwijst nooit of in een minderheid van de gevallen door naar arbeidstrajectbegeleiding.

Andere interventies die de huisartsen vermelden zijn (1) samenwerking met of doorverwijzing naar andere instanties zoals kinesisten, vakbond, werkgevers, maatschappelijk werkers... , (2) coaching en psychotherapie bij burn-out, het geven van mindfulness trainingen en het laten uitschrijven door de patiënt hoe deze de toekomst ziet. Het soort adviezen dat huisartsen meegeven heeft betrekking op een ommezwaai naar een actievere levensstijl, sporten, ontspanningsoefeningen, yoga, een hobby zoeken, aanmoedigen van een gesprek op het werk, relativeren...

Tot slot is het herinschakelen van arbeidsongeschikte patiënten op de arbeidsmarkt een andere interventie waartoe huisartsen kunnen overgaan. Bijna 9 op 10 (88%) is (eerder) akkoord dat dergelijke herinschakeling steeds tot één van de doelstellingen van de therapie hoort. Meer dan de helft (56%) bespreekt het op het moment dat de behandeling aanslaat. Iets minder dan de helft (46%) bespreekt het van bij de aanvang. Tot slot wacht 94% niet op het initiatief van de patiënt zelf om dit te bespreken.

c. Doorverwijzing en samenwerking

Wanneer verwijst men door?

Het **meest doorslaggevende criterium** om werkende patiënten met psychische klachten door te verwijzen is de **ernst van de klachten**, gevolgd door **de duur** ervan, de vraag van de patiënt naar specialistische begeleiding, de onduidelijkheid over de diagnose, het uitblijven van een effect van de ingestelde behandeling, de vraag van de familie/partner naar specialistische begeleiding en tot slot de druk van de controle-arts of adviserend geneesheer.

Naar wie verwijst men door?

Iets meer dan 2 op 3 huisartsen verwijst vaak door naar een **zelfstandige psycholoog of psychotherapeut** in het kader van psychische klachten op het werk. Op de tweede plaats komen de **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** (39% verwijst hier soms naar door en 36% doet dit vaak [tot altijd]). Er wordt **ook soms tot vaak** doorverwezen naar de:

- zelfstandig psychiater (66%);
- arbeidsgeneesheer (58%) en
- sociale dienst of personeelsdienst van de werkplek (58%).

De meerderheid geeft aan **nooit of zelden** door te verwijzen naar centra voor algemeen welzijn (CAW) (57%), psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) (72%), diensten voor arbeidsbemiddeling (70%) en loopbaancentra (76%).

Andere partners waarnaar men doorverwijst zijn de vakbond, werkgevers en leidinggevendenden, arbeids- en loopbaancoaches, CADOR (Centrum voor advies en oriëntering voor mensen met een bijzondere ondersteuningsvraag Oost-Vlaanderen) en POBOS (adviescentrum voor welzijnzorg in organisaties). Andere zorgpartners zijn de eerstelijnspsycholoog, de kinesitherapeut, de creatief therapeut en de fasciatherapeut.

Hoe tevreden is men over de samenwerking?

Huisartsen zijn het meest **tevreden over de samenwerking** met zelfstandige psychologen of psychotherapeuten (82% is tevreden tot zeer tevreden). Daarnaast is men tevreden over de samenwerking met zelfstandige psychiaters (48% is tevreden tot zeer tevreden). Huisartsen zijn eerder neutraal tot tevreden over de samenwerking met CAW (resp. 47% en 40%), arbeidsgeneesheren (resp. 52% en 28%), CGG (resp. 37% en 37%) en psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ (resp. 47% en 31%). Over de samenwerking met loopbaancentra (58%), diensten voor arbeidsbemiddeling (67%) en de sociale dienst of personeelsdienst van de werkplek (65%) is men over het algemeen neutraal.

Wensen tot samenwerking

Zeven op tien huisartsen geeft aan dat ze graag zouden samenwerken met loopbaancentra terwijl dit nu niet het geval is, de helft van de huisartsen wil dit eveneens met diensten voor arbeidsbemiddeling, 38% met de sociale dienst of personeelsdienst van de werkplek, 33% met CAW, 33% met de arbeidsgeneesheer, 13% met de CGG, 6% met zelfstandige psychiaters, 6% met psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ en 3% met zelfstandige psychologen of psychotherapeuten.

Waarom werkt men met bepaalde instanties niet samen?

De redenen waarom huisartsen niet altijd met deze instanties samenwerken, zijn divers.

Zo wordt de samenwerking met psychiaters bemoeilijkt omdat **psychiaters** volgens huisartsen soms te medicamenteus handelen, er lange wachtlijsten zijn, de kostprijs te hoog is en ze moeilijk informatie krijgen van de psychiater. Het nadeel van een samenwerking met **psychologen** is volgens huisartsen de hoge kostprijs en de te beperkte beschikbaarheid. Redenen om niet samen te werken met de **arbeidsgeneesheer** zijn de onbekendheid van de arbeidsgeneesheer (bij de patiënt en de huisarts) en diens moeilijke bereikbaarheid. Daarnaast kan er volgens huisartsen mogelijke partijdigheid optreden bij de arbeidsgeneesheer ten voordele van de werkgever en is er geen arbeidsgeneesheer in kleine bedrijven. Redenen die de samenwerking met de **sociale dienst/personeelsdienst** bemoeilijken zijn het beroepsgeheim, de moeilijke bereikbaarheid en de onbekendheid van deze instantie bij de huisarts. Huisartsen werken verder niet vaak samen met **loopbaancentra en diensten voor arbeidsbemiddeling** omdat ze niet vertrouwd zijn met hun werking. Een nadeel van de samenwerking met de **CGG, psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ en CAW** is dat er lange wachttijden zijn. Bovendien krijgt men weinig feedback vanuit een CGG en is het moeilijk om direct contact te hebben (vb. bij crisissituaties) met de PAAZ en psychiatrische ziekenhuizen. Tot slot is er niet steeds een CAW in elke gemeente en is deze ook niet altijd bekend.

d. Kennis en kunde

De huisartsen schatten hun eigen kennis en vaardigheden over de relatie tussen psychische klachten en werk over het algemeen hoog in.

Ze geven echter aan weinig kennis te hebben over de aangewezen **diagnostische hulpmiddelen**.

Hun kennis over de dienstverlening bij de **Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) en loopbaancentra** schatten ze eveneens laag in. Meer dan 4 op 10 huisartsen (43%) heeft reeds van de VDAB gehoord; 39% heeft er effectief naar doorverwezen en 14% heeft er overleg mee gepleegd. Voor één op drie huisartsen is Gespecialiseerde Trajectbepalings- en Begeleidingsdienst (GTB) onbekend; 31% heeft er enkel van gehoord. Verder hebben vele huisartsen al van de werkwinkels (62%) en loopbaancentra (50%) gehoord maar er nog niet vaak naar doorverwezen (resp. 16% en 21%) of overleg mee gepleegd (resp. 5% en 4%). Eén op vier huisartsen kent loopbaancentra niet. Voor zes op tien huisartsen is de Gespecialiseerde Opleidings-, Begeleidings- en bemiddelingsdienst (GOB) onbekend en 31% heeft er van gehoord. Slechts 6% heeft

er naar doorverwezen en 3% heeft er overleg mee gepleegd. Ze geven dan ook aan rond deze aspecten vorming te kunnen gebruiken. Daarenboven wensen zij ook meer vorming rond de samenwerking en afstemming met andere diensten (vb. arbeidsgeneesheer, werknemersvertegenwoordiging...) en over de niet-medische behandelopties voor psychische klachten die zich manifesteren op het werk.

Wat betreft **progressieve werkhervatting**, adviseert iets meer dan de helft van de huisartsen (51%) dit aan mensen die tijdelijk arbeidsongeschikt zijn en klaar zijn om terug geleidelijk aan het werk te gaan. Twee op drie adviseert hun patiënten om hiervoor contact op te nemen met hun ziekenfonds en de arbeidsgeneesheer. Bijna 1 op 10 kent progressieve werkhervatting niet (6%) of adviseert dit zelden of nooit (4%). Meer dan de helft (52%) ervaart drempels bij het adviseren van progressieve werkhervatting. Voorbeelden van deze drempels zijn de weigering door de werkgevers, de angst van patiënten om bijvoorbeeld meer werk te moeten doen dan het vooropgestelde percentage, de moeilijke bereikbaarheid van de adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer, het type werk en type werkplek (n=14), gebrek aan kennis over de praktische aanpak en wetgeving, teveel administratie en (onduidelijke) financiële implicaties.

Tot slot gaat 44% zelden of nooit **op zoek naar informatie** over psychische klachten op het werk. Van de huisartsen die wel informatie zoeken, gaat 72% hiervoor te rade bij Domus Medica.

Conclusie

We besluiten dat er reeds heel wat kennis en expertise bestaat bij huisartsen over de omgang met werkende patiënten die psychische klachten vertonen. Wel is het belangrijk om verder in te zetten op de samenwerking tussen enerzijds de huisarts en anderzijds de arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, arbeidstraject- en loopbaanbegeleiding en anderen (vb. werkgevers, vakbonden, ...). Omwille van de perceptie van de huisarts over de moeilijke bereikbaarheid van arbeids- en adviserend geneesheren kan een specifieke tool ontwikkeld worden om de communicatie te verbeteren en om agenda's gemakkelijker op elkaar af te stemmen. Daarnaast is vorming aangewezen over bijvoorbeeld het onderscheid tussen burn-out en depressie en over diagnostische tools en niet-medische behandelopties.

Deze studie wijst ook op de nood aan een goed functionerend professioneel netwerk omtrent de thema's werk en welzijn, waarbij alle partners integraal hun aanbod op elkaar afstemmen, elkaars rollen kennen en elkaar vlot kunnen bereiken.