

M110

NHG-Standaard Overspanning en burn-out

Deze standaard moet worden geciteerd als:

NHG-werkgroep Overspanning en burn-out. NHG-Standaard Overspanning en burn-out. www.nhg.org.

NHG-Standaard Overspanning en burn-out

NHG-werkgroep Overspanning en burn-out

INLEIDING

De NHG-Standaard Overspanning en burn-out geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met overspanning en burn-out. De standaard is geschreven voor de huisarts en praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). De hoge incidentie van overspanning en burn-out en de behoefte van huisartsen aan handvatten bij de diagnostiek en behandeling hebben geleid tot het besluit deze standaard te ontwikkelen. Omdat de wetenschappelijke onderbouwing voor het beleid beperkt is, zijn veel aanbevelingen gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Overspanning hangt vaak samen met overbelasting door te veel verplichtingen (werk, privé), ingrijpende levensgebeurtenissen of levensfaseproblematiek, waarbij de coping onvoldoende toereikend is. Burn-out is een bijzondere vorm van overspanning, waarbij de klachten langdurig aanwezig zijn en moeheid en uitputting op de voorgrond staan. De diagnostiek en het beleid bij overspanning en burn-out zijn voor een groot deel identiek. Belangrijkste verschil is dat bij de behandeling van burn-out meer nadruk moet liggen op het beïnvloeden van de copingstijl en op de neiging tot somatiseren. Door de onvoldoende toereikende coping en daardoor langere genezingsduur van burn-out is een verwijzing naar de ggz eerder op-

NHG-werkgroep Overspanning en burn-out.
NHG-Standaard Overspanning en burn-out,
www.nhg.org/standaarden.

De werkgroep bestond uit (in alfabetische volgorde): Van Avendonk M, Oeij S (NVAB), Seeleman J [LV PODH-ggz], Starmans R, Terluin B, Wewerinke A, Wiersma Tj.

Deze NHG-Standaard berust op de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen (inclusief overspanning en burn-out) en de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, beide ontwikkeld binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

portuun. Bij overspanning en burn-out is het beleid voornamelijk gericht op het herstel van functioneren en verbetering van de stresshantering op basis van de behoeften van de patiënt. Waar het voor het handelen niet uitmaakt of er sprake is van overspanning of burn-out, gebruiken we voor de leesbaarheid de term 'overspanning'. Als er beleidsverschillen zijn, wordt dat expliciet benoemd. Deze NHG-Standaard berust op de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen (inclusief overspanning en burn-out) en de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, beide ontwikkeld binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.¹

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Overspanning (surmenage)

De volgende vier criteria zijn vereist:

1. Spanningsklachten
Ten minste drie van de volgende klachten: moeheid, gestoorde, onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel en concentratieproblemen/vergeetachtigheid.
2. Controleverlies
Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon heeft het gevoel de grip te verliezen.
3. Disfunctioneren
Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
4. De spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.²

Burn-out

Dit is een bijzondere, ernstige vorm van

KERNBOODSCHAPPEN

- Overspanning en burn-out zijn het gevolg van overbelasting door een of meer stressoren waarbij de stresshantering [coping] onvoldoende toereikend is. Het beloop kan worden ingedeeld in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.
- In de crisisfase kan een beperkte periode van rust zinvol zijn; uitval en verzuim van langere duur moeten worden vermeden.
- De initiële behandeling bestaat altijd uit het stimuleren van de patiënt tot het aannemen van een actieve, probleemoplossende houding, het geven van voorlichting en het stimuleren van dagstructurering.
- Volg het herstel actief en intervenieer op een wijze die past bij de fase waarin de patiënt zich bevindt.
- Stagnatie in een van de fasen zonder verklaring is reden voor verwijzing naar de generalistische basis-ggz.

overspanning waarbij voldaan is aan de volgende drie criteria:

1. Er is sprake van overspanning.
2. De klachten zijn meer dan zes maanden geleden begonnen, waarbij beperkingen in het functioneren korter aanwezig kunnen zijn.
3. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.³

Burn-out verschilt van overspanning door de langere klachtenduur en het meer op de voorgrond staan van mentale moeheid (verminderde werkgeheugencapaciteit en volgehouden aandacht) en ervaren uitputting. Het benoemen van burn-out in plaats van overspanning

heeft nut, omdat een langere duur van minder effectieve copingstijlen en een neiging tot somatiseren (moeheid en uitputting) specifieke aandacht in de behandeling vragen. Werkgerelateerdheid is geen noodzakelijk kenmerk van burn-out.

Overspanning vertoont veel overeenkomsten met het begrip 'aanpassingsstoornis' in het DSM-classificatiesysteem. Vanwege de beperkte bruikbaarheid en grote overlap met overspanning wordt gebruik van dit begrip in de huisartsenpraktijk ontraden.⁴

Epidemiologie

Betrouwbare cijfers naar het voorkomen van overspanning en burn-out in de eerste lijn zijn niet voorhanden. In 2013 waren volgens de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn de incidentie en prevalentie van het verwante klachtenbeeld crisis/voorbijgaande reactie (ICPC-code P02) respectievelijk 8,1 en 9,1 per 1000 patiënten. Van neurasthenie/surmenage (ICPC-code P78) waren de incidentie en prevalentie respectievelijk 7,0 en 12,3 per 1000 patiënten. De man-vrouwverhouding is voor beide codes 1:2.⁵

Etiologie

Risicofactoren zijn onder andere:⁶

- een voorgeschiedenis met een reeks van stressoren
- kwetsbaarheid (bijvoorbeeld blijkend uit eerdere episode(s) met overspanning of hoge medische consumptie)
- moeite hebben met complexe en veeleisende maatschappij
- beperkt steunsysteem
- veel ziekteverzuim in het voorafgaande jaar (onafhankelijk van een lichamelijke verklaring)
- passieve of vermijdende copingstijl, 'goed willen doen voor anderen', 'geen nee kunnen zeggen'

Risicogroepen:^{7,8}

- mensen met een chronische of levensbedreigende somatische aandoening
- mensen ouder dan 50 jaar
- mensen met een lage sociaal-economische status
- migranten

- thuiswerkers
- alleenstaanden

Bij overspanning wordt doorgaans een stressor verondersteld. Deze is niet altijd duidelijk aanwijsbaar of wordt door de patiënt niet als zodanig herkend. Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die ervaren worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht. Voorbeelden zijn een echtscheiding, een chronische ziekte (patiënt, partner, kind), rouw, problemen op of verlies van werk, financiële problemen, veeleisende opvoedtaken, het volgen van een veeleisende studie of intensieve mantelzorg. Vaak is er sprake van een combinatie van factoren. Overspanning kan het gevolg zijn van langdurige lichtere stressoren of van een korte en hevige stressor. Beide kunnen leiden tot identieke spanningsklachten en disfunctioneren.⁹

Beloop

- Het beloop kan worden ingedeeld

in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.

- In de crisisfase is de patiënt zodanig ontregeld dat hij niet meer goed kan functioneren en het zaak is tot rust te komen. Deze fase duurt normaliter enkele weken.
- Daarna volgt de probleem- en oplossingsfase, waarin gewerkt kan worden aan het in kaart brengen van de problemen en het bedenken en bespreken van oplossingen.
- Ten slotte volgt de toepassingsfase, waarin de patiënt de oplossingen in de praktijk uitprobeert en toepast.

Het beleid van de huisarts is erop gericht het doorlopen van de drie fasen te bevorderen, de voortgang te monitoren en in te grijpen bij stagnatie (zie *Richtlijnen beleid*). De tijdsduur per fase is indicatief en geen absoluut criterium voor stagnatie. Kennis over de duur van het herstelproces is schaars en overwegend afkomstig uit arbeidsverzuimonderzoek. Overspanning is een belangrijke oorzaak van

ARBEID

Bij gezondheidsklachten met werkverzuim stelt de Wet Verbetering Poortwachter de werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor passende re-integratie en het zo snel mogelijk beperken van verzuim. De werkgever moet bereid zijn om aard en omstandigheden van werk [waaronder werktijden] aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De werknemer moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren [mits binnen zijn vermogens]. Elke werkgever is wettelijk verplicht zich bij de verzuimbegeleiding te laten bijstaan door een arbodienst of bedrijfsarts en binnen één week de verzuimmelding door te geven. De werknemer heeft dan recht op advies van een bedrijfsarts. In de praktijk kennen werknemers vaak hun rechten bij verzuim niet en worden bedrijfsartsen nauwelijks geïnformeerd. Vaak komt er pas een consult als het verzuim langer bestaat en de werkgever een plan van aanpak op moet gaan stellen. Die verplichting geldt na acht weken verzuim. In de vernieuwde Arbowet heeft iedere werknemer het recht de bedrijfsarts via een open spreekuur te bezoeken [arbeidsomstandighedenspreekuur]. Dit geldt ook voor de werknemer die nog niet verzuimt of geen gezondheidsklachten heeft en is ook van toepassing voor tijdelijke krachten, stagiaires en zelfstandigen zonder personeel [zzp'ers] die op de locatie van de werkgever aan het werk zijn. In het algemeen hebben zzp'ers die niet op een locatie van de opdrachtgever werken geen reguliere bedrijfsarts. De primaire arbeidsgelateerde zorg voor zelfstandigen en vrijwilligers ligt bij de huisarts en praktijkondersteuner ggz. Zij kunnen adviseren om advies in te winnen bij een bedrijfsarts, omdat deze meer kennis heeft over de mogelijke relatie tussen arbeid en gezondheidsklachten. Een aantal arbeidsongeschiktheidsverzekeraars voor zzp'ers voorziet in een betaalde mogelijkheid hiervoor.

werkverzuim. Psychische problematiek is verantwoordelijk voor circa 30% van de verzuimgevallen. De verzuimduur bij overspanning is doorgaans lang: gemiddeld circa elf weken met een grote spreiding.¹⁰

De kans op een langduriger herstelproces is verhoogd bij een leeftijd hoger dan 50 jaar, een langere klachtduur op het moment van het eerste contact met de zorgverlener en als er uitval is op meerdere domeinen (privé, werk).

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De (waarschijnlijkheids)diagnosen overspanning en burn-out zijn doorgaans in het eerste contact al snel duidelijk. Vaak vermoedt de patiënt de diagnose zelf.

Een deel komt alleen met somatische klachten. Wees alert op de aanwezigheid van psychische (co)morbiditeit zoals een depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis of problematisch alcohol- en drugsgebruik.

Signalen

Denk ook bij de volgende klachten aan overspanning:

- aanhoudende moeheid of wisselende lichamelijke klachten zonder voldoende somatische verklaring
- aanhoudende specifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, piekeren, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, slaapproblemen, problematisch alcohol- of drugsgebruik

Anamnese

Klachtexploratie

Exploreer bij een vermoeden van overspanning de klachten. Naast een algemene exploratie kan het acroniem SCEGS helpen om na te gaan of alle omstandigheden of gebeurtenissen (bevorderend of beschermend voor het ontstaan van overspanning) zijn verkend.¹¹ SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies. Gebruik bij migranten bij voorkeur een andere volgorde: SGSCE. Begin met de minst bedreigende vragen: bij hen de somatische dimensie. Als laatste komen meningen en gevoelens aan bod.

Vraag naar:

- oorzaak/aanleiding en duur van de klacht(en)
- moeheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren (waarover?), gejaagd gevoel, concentratieproblemen, gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid
- somberheid of angst: welke klacht was er eerder (angst, somberheid of spanningsklachten), suïcidale gedachten/plannen
- beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren en werkverzuim
- onderhoudende factoren, zoals huisvestings- en financiële problemen, en gebruik van alcohol en drugs
- coping: wat heeft de patiënt zelf gedaan om de klachten te verminderen:¹²
 - actief oplossen
 - verdoving zoeken (meer drinken, roken, eten of in warm bad)
 - vermijden (doen alsof er geen probleem is)
 - sociale steun zoeken
 - passief zijn (machteloos, problemen op de loop laten gaan, niets ondernemen)
 - expressie van emoties (spanningen afreageren)
 - geruststellende gedachten ('het komt goed', 'na regen komt zonneschijn')
- eerdere vergelijkbare klachten en behandelingen

Overweeg gebruik te maken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL, www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/download/4dkl_voor_nhg_2014.pdf of www.4dsq.eu voor vertalingen) als:

- er een vermoeden is van een angststoornis, depressie of SOLK. De lijst inventariseert angst-, depressieve en spanningsklachten (*distress*) en somatisatie (veel lichamelijke klachten). Bij overspanning scoren met name de spanningsklachten hoog. Als andere subschalen hoog scoren, is dit aanleiding te beoordelen of er sprake is van de aanwezigheid van een depressie, angststoornis of SOLK (zie de desbetreffende NHG-Standaarden);

- de patiënt moeite heeft om de klachten te verwoorden. Aan de hand van de lijst kunnen aspecten van de klachten worden besproken. Bied zo nodig, bij onvoldoende vaardigheden, aan om deze samen in te vullen.¹³

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Niet geïndiceerd.

Evaluatie en gezamenlijke probleemdefinitie

Formuleer voor zover mogelijk in dit stadium samen met de patiënt de (voorlopige) probleemdefinitie: een samenvatting van de klachten, beïnvloedende factoren, gevolgen en de gewenste verandering.

Ga na of aanleiding en klachtenpatroon zijn samen te vatten onder de noemer *Overspanning* (P78):

- spanningsklachten;
- controleverlies: niet meer kunnen hanteren van stressoren; de grip verliezen;
- disfunctioneren: significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren;
- de spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Burn-out (Z29.01)

Overspanning waarbij:

- de klachten minstens zes maanden aanwezig zijn;
- gevoelens van moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan.

Houd differentieeldiagnostisch rekening met (eventueel gelijktijdige aanwezigheid van):

- depressie: somberheid en interesseverlies staan op de voorgrond (zie NHG-Standaard Depressie);
- angststoornis: ongewoon heftige of langdurige angst staat op de voorgrond (zie NHG-Standaard Angst);
- problematisch alcoholgebruik (zie NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik) of gebruik van drugs;
- persoonlijkheidsproblematiek.

RICHTLIJNEN BELEID

De behandeling is gericht op het herstel van de balans tussen draaglast en draagkracht. Daarbij is het stimuleren van de patiënt tot een actieve probleemoplossende houding noodzakelijk.

- Ga zoveel mogelijk uit van de zelfredzaamheid van de patiënt.
- Moedig de patiënt aan acties te ondernemen om de stress en de gevolgen ervan te verminderen, passend bij de door de patiënt gewenste verandering.
- Adviseer de werkende patiënt die reeds verzuimt eventueel een beperkte periode rust.
- Adviseer de werkende patiënt die niet verzuimt (gedeeltelijk) te blijven participeren.

Geef altijd voorlichting en wijs op het belang van het (be)houden van dagstructuur. De overige behandeling is afhankelijk van het beloop en moet passen bij de fase van herstel waarin de patiënt zit [tabel].¹⁴

Overweeg het gebruik van principes van motiverende gespreksvoering bij de patiënt die moeilijk te motiveren is gedrag te veranderen dat bijdraagt aan het ontstaan van de overspanning.¹⁵ Pas de behandeling aan bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, aangezien sommige interventies een beroep doen op het abstractievermogen van een patiënt of omdat er gebruikgemaakt wordt van schriftelijke en digitale hulpbronnen (zie hiervoor www.huisarts-migrant.nl).

Voorlichting

Algemeen

- Overspanning en burn-out zijn het gevolg van overbelasting door stressgevoende omstandigheden of gebeurtenissen waardoor iemand niet meer in staat is stress te hanteren, met als gevolg controleverlies en onvermogen nog normaal te functioneren (in noot metaforen en modellen die de uitleg kunnen ondersteunen).¹⁶
- Lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn van een reactie op de overbelasting.
- Overspanning komt regelmatig voor en is doorgaans van voorbijgaande aard.

Herstelproces

- Het volledige herstelproces bij overspanning duurt vaak enkele maanden en kan worden ingedeeld in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.
- Het herstel duurt bij burn-out doorgaans langer.
- De crisisfase duurt meestal enkele weken. In die fase is het zaak te werken aan rust en ontspanning en te komen tot acceptatie van de overspanning en onderliggende oorzaken. Na een ingrijpende gebeurtenis is men vaak behoorlijk ontregeld. Voor sommige mensen kan een beperkte periode rust goed zijn, maar meestal is (gedeeltelijk) blijven participeren beter voor het gevoel van controle en het herstel van functioneren. Rust

zorgt bij burn-out vaak voor een tijdelijke verslechtering.

- In de probleem- en oplossingsfase, als de patiënt voldoende tot rust is gekomen, wordt de problematiek in kaart gebracht en kan er nagedacht worden over oplossingen. Daarna, in de toepassingsfase, werkt de patiënt aan het weer oppakken van sociale rollen en herstel van functioneren.

Behandeling

- De behandeling is gericht op het hervinden van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht, waarbij de draagkracht wordt vergroot (zoals sociale steun, (fysieke) ontspanning) en de draaglast soms (tijdelijk) moet worden beperkt (timemanagement).

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijs naar de informatie over overspanning en burn-out op www.thuisarts.nl.

Niet-medicamenteuze behandeling

Vul de weg naar herstel zo concreet mogelijk in; schets het doel en de tussentapen met een zo concreet mogelijk begeleidingsplan. Dit zorgt bij de patiënt voor een gevoel van beheersbaarheid. Deel het herstelproces dat de patiënt moet doorlopen daartoe in fasen in [tabel]. Dit geeft een structuur waarin de 'taken' die de patiënt per fase moet vervullen, worden geëxpliciteerd. In de loop van de begeleiding kan dit steeds verder worden concreetiseerd.

Tabel

Overzicht van interventies gerangschikt naar fase van herstel

Fase	Hersteltaken	Doel	Behandeling en begeleiding	Stagnatie
Crisis [gemiddeld 3 weken]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acceptatie ■ Rust en ontspanning ■ Dagstructuur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Begrip en inzicht ■ Zicht bieden op herstel ■ Voorkomen [volledige] uitval van rollen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Voorlichting ■ Dagstructuur en activiteitenplanning ■ Praatadviezen ■ Piekeropdrachten ■ Ontspanningsoefeningen 	<p>Heroverweeg de uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Probleemoriëntatie aanvullen? ■ Diagnose wijzigen? ■ Interventies aanpassen? <p>Keuze uit</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Doorloop opnieuw de fase [+ bijbehorende taken] ■ Interventies ter aanvulling in de huisartsenpraktijk [bijlage] ■ Overleg met bedrijfsarts ■ Verwijzing voor psychologische behandeling
Probleem en oplossing [gemiddeld 3-6 weken]	In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Probleem- en stressorenlijst ■ Fysieke activiteit ■ Mindfulness 	
Toepassing [gemiddeld 6 weken]	Oriëntatie op toepassen van oplossingsstrategieën	Oppakken van alle rollen en taken Herstel van functioneren		

Crisisfase (gemiddeld 3 weken)

Hersteltaken: acceptatie, rust en ontspanning en dagstructurering.

- Adviseer regelmatig afwisselend activerende en ontspannende activiteiten om problemen te relativeren en klachten te verminderen.
- Adviseer behoud van of het aanbrengen van structuur in dagelijkse activiteiten: voldoende nachtrust, op vaste tijden naar bed gaan, opstaan en gezonde maaltijden en geen alcohol en drugs.

De volgende adviezen kunnen aanvullend behulpzaam zijn:

- **Praatadviezen**
Adviseer patiënten die te kennen geven de problemen alleen te verwerken, met mensen in hun omgeving te praten.¹⁷ Praten levert vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor patiënten die sterk op één aspect gefocust zijn.
- **Schrijf- en piekeropdrachten**
Voor patiënten die gemotiveerd zijn te schrijven:
 - Adviseer patiënten bij wie piekeren op de voorgrond staat gedachten en gevoelens te noteren, omdat dit mogelijk bijdraagt aan het verwerken van stresserende gebeurtenissen en gevoelens.
 - Adviseer op te schrijven wat bij hem bovenkomt of waar hij over piekert.
 - Vraag bij het vervolgconsult naar het ‘huiswerk’ om na te gaan of de patiënt er baat bij heeft.
 - Lees zo mogelijk steekproefsgewijs enkele passages om een indruk te krijgen van de problematiek van de patiënt.
 - Wijs patiënten op websites die hierbij behulpzaam kunnen zijn.

Voor patiënten die niet kunnen lezen of schrijven of niet gemotiveerd zijn te schrijven:

- Adviseer om alleen op een bepaalde en gelimiteerde periode van de dag (bijvoorbeeld een of twee keer een half uur per dag) te piekeren om te voorkomen dat het piekeren ongestructureerd over de hele dag plaatsvindt.

- **Ontspanningsoefeningen**
Bespreek dat ontspanningsoefeningen kunnen helpen om spanningsklachten te verminderen.¹⁸ Geef aan dat de voor- en nadelen van deze behandeling onzeker zijn en bespreek de interesse en motivatie van de patiënt.

Wijs gemotiveerde patiënten op websites en apps met oefeningen en tips hoe om te gaan met spanningsklachten (www.huisarts-emh.nl of www.thuisarts.nl).

Probleem- en oplossingsfase (gemiddeld 3-6 weken)

Hersteltaken: in kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen.

Problemen

- Bespreek welke problemen een rol spelen, hoe beïnvloedbaar ze zijn en wat er moet gebeuren/veranderen.
- Start met het oriënteren op de (copings)problemen die hebben geleid tot de overspanning (bijvoorbeeld geen ‘nee’ kunnen zeggen, anderen willen plezieren).
- Moedig de patiënt met een sterk catastroferende stijl van denken (‘Dat kan ik nooit; als ze dat van me vragen raak ik overspannen’) aan een positievere interne dialoog te voeren (‘Waarom zou ik dat niet kunnen? Het heeft me altijd wel veel moeite gekost, maar ik heb het nooit echt af laten weten; ‘Als het niet zou lukken, wat zou er dan in het ergste geval gebeuren?’).

Oplossingen

- Bespreek welke oplossingen denkbaar zijn, hoe wenselijk en realistisch ze zijn en hoe deze (geleidelijk) kunnen worden toegepast in de dagelijkse activiteiten (werk, thuis, sociaal).
- Bespreek de aanpak in vergelijkbare moeilijke situaties waarbij de coping wel goed ging.
- Help bij het benoemen en bewust worden van persoonlijke kracht en energiebronnen. Bespreek de dingen die wel goed gaan in het leven van de patiënt.
- Help positief te herinterpreteren (heretiketteren): benadruk positieve

eigenschappen die onbedoeld aan de klachten hebben bijgedragen, zoals verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen en mantelzorg geven.

- Stimuleer de werkende patiënt de problematiek te bespreken met de werkgever en bedrijfsarts. Informeer de patiënt over zijn wettelijke recht op (vroeg) contact met en advies van de bedrijfsarts. Vermeld dat een bedrijfsarts geheimhouding kent en uitsluitend arbeids(on)mogelijkheden en werkadviezen mag terugkoppelen aan de werkgever en niet de diagnose of inhoud van de klachten. De bedrijfsarts onderzoekt welke rol werk speelt bij de klachten en hoe (aanpassing in) werk kan bijdragen aan herstel. Langdurig verzuim (langer dan drie maanden) vermindert de kans op succesvolle werkhervatting en vergroot de kans op verlies van werk.
- Motiveer de patiënt met een arbeidsconflict om dit op de werkplek op te lossen. Dring er bij de patiënt op aan om zo snel mogelijk contact op te nemen met de bedrijfsarts. Overleg met de bedrijfsarts als het conflict na interventie een ongewenste ontwikkeling heeft, mits de patiënt daarvoor toestemming geeft.

Aanvullende adviezen

- **Problemen/stressoren- en oplossingslijst**
Motiveer en begeleid de patiënt die na de crisisfase een diffuus gevoel heeft van ‘er niet meer tegenop kunnen’ tot het opstellen van een gestructureerde lijst van concrete probleemsituaties met daarbij horende oplossingsrichtingen. Dit kan de patiënt helpen meer inzicht in zijn problematiek te krijgen en kan het gevoel van beheersbaarheid en controle vergroten.¹⁹

Fysieke activiteit

- Bespreek dat fysieke activiteit kan bijdragen aan vermindering van de klachten en sowieso bijdraagt aan een betere conditie. Houd rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid,

maar ook met de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

Mindfulness

- Bespreek dat mindfulness kan helpen om spanningsklachten te verminderen. Geef aan dat de voor- en nadelen van deze behandeling onzeker zijn en bespreek de interesse en motivatie van de patiënt.²⁰

Toepassingsfase (gemiddeld 6 weken)

Hersteltaken: toepassen van oplossingen en oppakken van rollen en taken.

- Stimuleer de patiënt de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe te passen en zijn functioneren in de diverse rollen te hernemen (thuis, werk, sociaal).
- Start met het toepassen van eenvoudige oplossingen, omdat het slagen hiervan tot positieve ervaringen leidt.

Voorkom langdurig werkverzuim; (gedeeltelijk) participeren bevordert het gevoel van controle en het herstel van functioneren.

Medicamenteuze behandeling

Medicatie is niet geïndiceerd. Tijdens de crisisfase kunnen kortdurend (maximaal twee weken) symptomatische middelen worden voorgeschreven om ernstige slaapproblemen of functionele lichamelijke klachten, pijn en maag-darmklachten, te bestrijden (zie NHG-Standaarden Slaapproblemen en slaapmiddelen en SOLK). Het bezwaar van medicatie is dat de patiënt voor verbetering gaat vertrouwen op geneesmiddelen in plaats van op zijn eigen kracht en acties en bovendien is er het risico op langdurig onnodig gebruik.

Controles

- Nodig de patiënt en indien toestemming van de patiënt ook zijn naaste uit voor controle op het spreekuur.
- Controleer de patiënt met relatief korte intervallen om de voortgang (en eventuele stagnatie) van het proces te monitoren. In de crisisfase

vindt de eerste controle na een tot twee weken plaats. Daarna volgen controles om de minimaal drie tot vier weken totdat u samen vaststelt dat de patiënt voldoende is hersteld.

- Bepaal het interval tussen de controles aan de hand van de ernst van de klachten, de lijdensdruk, het disfunctioneren en de wens van de patiënt.

Beoordeel de voortgang van het herstelproces door hier bij elk consult specifiek naar te vragen. Stel daarbij vast in welke fase de patiënt zich bevindt en of er vooruitgang is geboekt in het hanteren van de problematiek en het zicht krijgen op oplossingen. Stagnatie wordt het beste zichtbaar door de situatie van de patiënt bij opeenvolgende controles met elkaar te vergelijken. Bij burn-out verloopt het herstelproces doorgaans trager dan bij overspanning.

- Kan de patiënt zich niet ontspannen en overziet hij zijn problemen niet (crisisfase)?
- Krijgt de patiënt al zicht op oplossingen (probleem- en oplossingsfase)?
- Slaagt de patiënt erin de oplossingen toe te passen en is er (deels) herstel van functioneren (toepassingsfase)?

Bij geen voortgang in het herstelproces na drie tot zes weken (afhankelijk van fase):

- Vraag de patiënt hoe hij hierover denkt: zijn er stressoren niet aan bod gekomen, spelen er nieuwe dingen? Zo ja, doorloop de fasen opnieuw.
- Zijn somatische oorzaken voldoende uitgesloten?
- Is er sprake van een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie of angststoornis?
- Overleg met de bedrijfsarts om diagnose en beleid af te stemmen en te achterhalen of er werkgerelateerde factoren zijn die de situatie in stand houden.
- Start, afhankelijk van het disfunctioneren en de lijdensdruk, een aanvullende interventie in de huisartsenpraktijk [**bijlage**] of verwijst naar de ggz (zie *Verwijzing*).

VERWIJZING

- Overweeg een verwijzing naar het sociale wijkteam, algemeen maatschappelijk werk, Centrum Jeugd en Gezin (vaak onderdelen van een sociaal wijkteam), bedrijfsmaatschappelijk werk (bij werkgerelateerde problemen) of andere welzijnsorganisaties bij vragen op het gebied van welzijn en jeugdzorg en bij complexe, met elkaar verweven problemen, zoals sociaal-materiële problemen, bijvoorbeeld huisvesting en financiën, ontbreken van dagbesteding, eenzaamheid, relatie- en opvoedingsproblemen.
- Overleg en stem af met de bedrijfsarts, wanneer werkgerelateerde factoren het herstel(proces) en/of de werkhervatting belemmeren.
- Consulteer of verwijst naar ggz of verslavingszorg bij:
 - stagnatie in het herstelproces zonder heldere verklaring waarbij:
 - interventies om deze op te heffen geen effect hebben;
 - de stagnatie langer dan drie tot zes weken duurt;
 - er ernstig disfunctioneren en lijdensdruk bestaat.
 - (vermoeden van) psychiatrische (co)morbiditeit zoals suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornis, stoornis in het gebruik van middelen.

Verwijzing naar de ggz vanwege overspanning of burn-out wordt niet vergoed vanuit het basispakket.

© 2018 Nederlands Huisartsen Genootschap

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

Zie voor het document Totstandkoming en methoden de webversie van deze standaard op www.nhg.org.

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.nhg.org, rubriek NHG-Standaarden.

INBRENG VAN DE PATIËNT

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal berekend afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

DELEGEREN VAN TAKEN

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd, en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijken. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

Bijlage Voorbeelden van interventie bij stagnatie

Meerdere interventies kunnen tijdens stagnatie in alle fasen een ondersteunende rol spelen: begeleide zelfhulp en psychologische behandelprincipes en deeltechnieken in een kortdurende behandeling in de huisartsenpraktijk. De keuze voor het soort behandeling hangt af van de voorkeur van de patiënt, de deskundigheid en affiniteit van de huisarts en praktijkondersteuner ggz en de aard en complexiteit van de problematiek. De interventies richten zich op privé- en werkgerelateerde problemen. Werkgerelateerde doelen zijn bijvoorbeeld timemanagement, aanpakken van rolonduidelijkheid, omgaan met conflicten, met leidinggevende aanpakken van werkdruk en het omgaan met baanonzekerheid.

BEGELEIDE ZELFHULP

Geef de patiënt zelfhulp ter overweging als hij hiervoor gemotiveerd is en zelfstandig een programma kan doorlopen. Vul zelfhulp bij voorkeur aan met begeleiding of behandeling door de huisarts en praktijkondersteuner ggz.²¹ Er zijn vele e-mental healthprogramma's. Voor meer informatie: www.huisarts-emh.nl. Andere voorbeelden van kortdurende behandelingen, met onderling veel overeenkomsten, die uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk:

PROBLEM SOLVING TREATMENT (PST)²²

PST is een korte psychologische behandeling gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie. Een type van zes sessies is speciaal ontwikkeld voor gebruik in de huisartsenpraktijk. PST versterkt de eigen vaardigheden en copingstrategieën van de patiënt met

als doel klachten te verminderen die samenhangen met onopgeloste problemen in het dagelijks leven. De patiënt leert in een systematische aanpak om actuele maar ook toekomstige problemen effectiever aan te pakken. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op leren om zelf actief met de problemen aan de slag te gaan. Psychische klachten verminderen vaak als een patiënt meer controle ervaart doordat hij grip krijgt op de problemen.

KOP-MODEL

Het KOP-model onderscheidt de feitelijke klachten (K), omstandigheden (O) en persoonskenmerken (P) of draagkracht of coping van de patiënt en is ook geschikt voor het verbeteren van de copingvaardigheden van de patiënt. De hypothese is dat de klachten het gevolg zijn van (belastende) omstandigheden en (bij de hantering daarvan) tekortschietende coping of persoonskenmerken. Op basis van de gezamenlijke probleemdefinitie worden behandeldoelen en interventies gekozen. Interventies kunnen op elk van de drie elementen uit het model gericht zijn. Interventies gericht op 'K' zijn rechtstreeks op klachtenreductie gericht, bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen. Voorbeelden van een interventie gericht op de 'O' is dagstructurering of slaaphygiëne. Interventies gericht op 'P' worden ontleend aan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapeutische of oplossingsgerichte therapie. Het KOP-model is een instrument om psychische klachten snel te exploreren, te ordenen en systematisch aan te pakken.

OPLOSSINGSGERICHTE GESPREKKEN

De behandeling richt zich niet zozeer op de problemen als wel op het oplossen hiervan. Er wordt via een positieve benadering gewerkt aan de oplossing. De patiënt wordt aangemoedigd om zich te concentreren op de denkbeeldige situatie dat het probleem is opgelost. De focus ligt op het heden en de toekomst. De aandacht ligt niet op het probleem of de klacht, maar op de sterke kanten van de patiënt. De patiënt is de expert en de oplossing past in zijn referentiekader. De patiënt wordt uitgenodigd zijn doel te formuleren en zijn 'uitzonderingen' op het probleem te vinden: situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel te verwachten is. Dit geeft vaak aanknopingspunten voor een oplossing en daardoor wordt het mogelijk verder te bouwen op de sterke kanten van de patiënt.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPEUTISCHE TECHNIEKEN

Problematisch gedrag en negatieve emoties worden in kaart gebracht en vervolgens wordt onderzocht welke gedachten ze in stand houden. Dit behelst bijvoorbeeld impliciete leefregels en opvattingen van patiënten die samenhangen met voortdurende overinvestering in het werk: 'het werk moet af', 'ik mag geen fouten maken', 'ik ben de enige die dit goed kan doen.'

Er wordt naar een passender manier van denken gezocht, waarna de patiënt probeert een geschikt gedragspatroon aan te leren. Hierbij wordt gebruikgemaakt van cognitieve uitdaagtechnieken, huiswerkopdrachten en gedragsexperimenten.

NOTEN

1 Zorgstandaard Aanpassingsstoornis en generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk

Het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband waarin patiënten en naasten, zorgprofessionals, -aanbieders en -verzekeraars streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt primair door het ontwikkelen, financieren en begeleiden van kwaliteitsstandaarden. Het netwerk zal per 1 januari 2019 worden ondergebracht in Alliantie kwaliteit in de ggz (Akwa). Zie: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/aanpassingsstoornis-incl-overspanning-en-burn-out en www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk.

2 Overspanning

De omschrijving van overspanning berust op afspraken die gemaakt zijn in het kader van de multidisciplinaire richtlijn over overspanning en burn-out [NVAB 2011]. Criterium A eist dat er een minimale hoeveelheid spanningsklachten (distress) aanwezig is. In veel gevallen zijn er meer dan drie symptomen aanwezig. Criterium B eist dat er sprake is van stressoren en dat de betrokkene controleverlies of machteloosheid ervaart in het pogen de stressoren te hanteren. De betrokkene weet niet (goed) meer wat te doen. Criterium C eist dat er sprake is van beroepsmatig en/of sociaal disfunctioneren dat duidelijk meer moet zijn dan een beetje minder goed functioneren. Criterium D eist dat de spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren niet uitsluitend het directe gevolg zijn van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een depressieve stoornis). In de praktijk kan de stressor aanvankelijk leiden tot een overspanning maar bij daarvoor gevoelige personen na korte of langere tijd een psychiatrische stoornis luxeren. Criterium D laat onverlet dat in aanwezigheid van een psychiatrische stoornis nog steeds de diagnose overspanning gesteld kan worden.

3 Burn-out

De omschrijving van burn-out is eveneens ontleend aan de multidisciplinaire richtlijn over overspanning en burn-out [NVAB 2011]. Criterium A positioneert burn-out als een vorm van overspanning, terwijl criteria B en C aansluiten bij de gangbare beeldvorming over burn-out: chronische klachten waarbij moeheid en uitputting op de voorgrond staan. De lange duur van de klachten (criterium B) kan wijzen op een minder effectieve copingstijl van de patiënt. Het benadrukken dat moeheid en uitputting op de voorgrond staan (criterium C) kan wijzen op een neiging tot somatiseren. Het benoemen van burn-out in plaats van overspanning heeft nut, omdat er voor een minder effectieve copingstijl en een neiging tot somatiseren specifieke aandacht in de behandeling nodig is. Werkgerelateerdheid is geen noodzakelijk kenmerk van burn-out. Burn-out kan ook optreden bij bijvoorbeeld intensieve mantelzorgtaken of (chronisch) somatische aandoeningen.

4 Aanpassingsstoornis

De volledige beschrijving van de diagnose aanpassingsstoornis in de DSM-5 luidt: 'emotionele of gedragsmatige symptomen als reactie op een of meer aanwijsbare stressoren die optreden binnen drie maanden na het begin van de stressor(en)'.

Deze symptomen of gedragingen zijn klinisch significant, zoals blijkt uit een of meer van de volgende kenmerken:

- Duidelijke lijdensdruk die niet in verhouding staat tot de ernst of intensiteit van de stressor, rekening houdend met de externe context en de culturele factoren die de ernst en presentatie van de symptomen kunnen beïnvloeden.
- Significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- De stressorgerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere psychische stoornis en is niet slechts een exacerbatie van een al bestaande psychische stoornis.
- De symptomen zijn geen uitingen van normale rouw.

Zodra de stressor of de gevolgen daarvan zijn verdwenen, persisteren de symptomen niet langer dan nog eens zes maanden [American Psychiatric Association 2014].

Het begrip aanpassingsstoornis wordt in de Nederlandse huisartsenpraktijk, anders dan in de ggz, nauwelijks gebruikt. Een beperking van dit begrip is dat de classificatie strikt genomen alleen achteraf kan worden gesteld, omdat de aandoening niet langer dan zes maanden mag aanhouden nadat de stressor is verdwenen. Bovendien roept de term bij veel patiënten negatieve associaties op, omdat het suggereert dat de patiënt zich niet kan aanpassen. Vanwege de beperkte bruikbaarheid en grote overlap met overspanning wordt gebruik van het begrip aanpassingsstoornis in de huisartsenpraktijk ontraden.

5 Epidemiologie overspanning en burn-out

Algemene populatie

Er is geen onderzoek naar het voorkomen van overspanning en burn-out in de algemene populatie. In het NEMESIS-onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische aandoeningen in de Nederlandse bevolking is dit niet onderzocht [De Graaf 2012].

Huisartsenpraktijk

De symptomen passend bij de codes P02 (Crisis/voorbijgaande reactie) en P78 (Neurasthenie/surmenage) komen waarschijnlijk deels overeen met die van overspanning en burn-out. In 2013 waren de incidentie en prevalentie voor P02 respectievelijk 8,1 en 9,1 per 1000 patiënten. Voor P78 waren deze respectievelijk 7,0 en 12,3 per 1000 patiënten. De man-vrouwverhouding is voor beide coderingen grofweg 1:2 [NIVEL 2015].

Geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen

Overspanning en burn-out worden in de geestelijke gezondheidszorg vaak gelabeld als aanpassingsstoornissen. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE, opgegaan in Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten)

verzamelde van 543 leden de diagnoses van de door hen behandelde patiënten (n = 73.500). In 2012 was de prevalentie van een aanpassingsstoornis 8,8%. Dit is veel lager dan in eerdere jaren; in 2010 was de prevalentie nog 23,0% (website LVE, geraadpleegd april 2015). De sterke daling wordt vermoedelijk veroorzaakt doordat de behandeling van een aanpassingsstoornis sinds 1 januari 2012 niet meer wordt vergoed in de ggz. Dat geldt overigens ook voor overspanning en burn-out.

In een meta-analyse (94 onderzoeken, n = 14.871) naar het voorkomen van aanpassingsstoornissen in een palliatieve en onco(hemato)logische setting was bij palliatieve patiënten de prevalentie 15,4% (95%-BI 10,1 tot 21,6%) [Mitchell 2011]. Bij onco(hemato)logische patiënten was de prevalentie 19,4% (95%-BI 14,5 tot 24,8%). Bij 17,1% van de met spoed verwezen patiënten naar een psychiatrisch crisisteam in een tweedelijns Belgisch ziekenhuis was er sprake van een aanpassingsstoornis [Bruffaerts 2004]. In een Europees onderzoek (n = 10.560) was bij 12,4% van de patiënten verwezen in het ziekenhuis naar een psychiater sprake van een aanpassingsstoornis of posttraumatische stressstoornis [Huysse 2001]. In een psychiatrische kliniek was de prevalentie (n = 164) van aanpassingsstoornissen bij ambulante, niet-psychotische patiënten 11% [Shear 2000].

Conclusie

Betrouwbare cijfers naar het voorkomen van overspanning en burn-out in de eerste lijn zijn niet voorhanden. Verwante diagnoses zoals crisis en surmenage worden in de huisartsenpraktijk veelvuldig gesteld; bij vrouwen globaal twee keer zo vaak als bij mannen. De verwante diagnose aanpassingsstoornis wordt in de ggz regelmatig gesteld. Aanpassingsstoornissen komen bij mensen met kanker en in de palliatieve fase vaak voor.

6 Risicofactoren

Genoemde risicofactoren zijn ontleend aan de multidisciplinaire richtlijn over overspanning en burn-out [NVAB 2011].

7 Risicogroepen

Werknemers met een migrantenachtergrond geven vaker dan autochtone werknemers aan last te hebben van burn-outklachten. Met name niet-westerse migranten kennen een hoog percentage burn-outklachten. In een vragenlijstonderzoek had 11% van de autochtone, 18% van de eerste generatie Westerse allochtone, 13% van de tweede generatie Westerse allochtone, 24% van de eerste generatie niet-Westerse allochtone en 15% van de tweede generatie niet-Westerse allochtone werknemers burn-outklachten [TNO 2013]. Hierbij moet worden aangetekend dat de gemelde klachten niet altijd overeen zullen komen met de definitie van burn-out in deze standaard.

Burn-outklachten bij migranten hangen voor een belangrijk deel samen met hun vaak minder gunstige arbeidsmarktpositie, zoals zware arbeidsomstandigheden, en hun sociaal-economische status. Ook spelen traumatische levensgebeurtenissen, taalbarrières, cultuurverschillen en discriminatie op het werk een rol. Het feit dat de tweede generatie, die een betere arbeidsmarktpositie heeft, al aanzienlijk gunstiger cijfers laat zien, onderstreept dat [Smulders 2013]. Mensen met een lage sociaal-economische status, thuiswerkers en alleenstaanden hebben een verhoogd risico op het krijgen van overspanning en burn-out [Ayalon 2008, Smulders 2013].

8 Aanpassingsstoornis bij kanker

Het krijgen van een chronische of levensbedreigende somatische aandoening leidt doorgaans tot diverse fysieke en psychische stressoren. Het soms levensbedreigende karakter van de aandoening geeft aanleiding tot existentiële vragen. De combinatie van psychische en lichamelijke stressoren maakt de omgang hiermee extra lastig. De aanpassingsstoornis bij een chronische of levensbedreigende somatische aandoening is deels te verklaren vanuit een psychische stressreactie. Het kan ook berusten op ziektegedrag waarbij de zieke zich terugtrekt uit zijn omgeving, meer slaapt, slechter eet, geen seksuele belangstelling heeft en niet op normale wijze

participeert in sociale interactie. Een dergelijk beeld is vaak niet gemakkelijk te onderscheiden van een depressie. Ook na het afronden van een behandeltraject kunnen patiënten klachten ontwikkelen. Zie voor aanvullende informatie de richtlijn Aanpassingsstoornissen bij patiënten met kanker [NVPO 2016].

9 Psychologisch pathofysiologisch model

Geconfronteerd met één of meer stressoren moet de persoon in kwestie de stressor(en) op de een of andere manier hanteren (coping) om zijn psychosociale evenwicht te bewaren of te herstellen. Spanningsklachten (distress) ontstaan als de persoon veel moeite heeft om de stressor(en) te hanteren en normaal te blijven functioneren. Tot zover is dit alles nog een betrekkelijk normale ervaring: iedereen heeft het weleens druk of krijgt te maken met problemen, tegenslagen of ingrijpende veranderingen. Als de stresshantering onvoldoende toereikend is om het evenwicht te herstellen (falende coping), verliest hij controle en kunnen de spanningsklachten flink toenemen tot het punt waarop hij de hoop op herstel en zingeving verliest en 'opgeeft' (demoralisatie). De persoon stopt dan met verdere pogingen om de stressor(en) het hoofd te bieden, laat belangrijke sociale rollen vallen, meldt zich ziek en trekt zich terug (vermijdende coping). Lichamelijke spanningsklachten kunnen een psychisch klachtenbeeld verder inkleuren of zelfs de boventoon gaan voeren. Bij daarvoor gevoelige personen kan dan een proces van somatisatie starten, waarbij de spanningsklachten en de daarmee samenhangende lichamelijke klachten elkaar versterken door de preoccupatie met lichamelijke klachten (zie NHG-Standaard SOLK voor diagnostiek en behandeling zodra somatisch onverklaarde lichamelijke klachten op de voorgrond staan).

10 Werkverzuim

Werknemers geven in de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden aan dat werkstress de belangrijkste oorzaak is van 29,3% van de werkgerelateerde verzuimgevallen; andere oorzaken waren bijvoorbeeld lichamenlijk zwaar

werk en eenzijdige werkzaamheden. De verzuimduur bij psychische klachten, overspannenheid en burn-out bedroeg gemiddeld 55,6 werkdagen (circa 11 weken) [TNO 2012].

11 SCEGS

SCEGS gaat uit van de drie dimensies van het biopsychosociale model en splitst deze uit in vijf bevragebare dimensies: de Somatische, de Psychologische (Cognities), de Emotionele, de Gedragmatige en de Sociale dimensie. Klachtexploratie volgens SCEGS is in principe bruikbaar bij elke aan de huisarts gepresenteerde klacht. De uitgebreidheid van het uitvragen van de vijf dimensies is afhankelijk van het soort klacht en de context. Bij migranten is het beter om de volgorde SGSCE aan te houden. Begin met de minst bedreigende vragen: de somatische klachten. Meningingen en gevoelens komen daarna aan bod (www.huisarts-migrant.nl, Onzichtbare pijn, Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migranten-achtergrond).

Somatische dimensie

Beoordeel of er sprake is van chronische somatische morbiditeit, pijn, medicatie en functionele beperkingen en of de gezondheidsproblemen optimaal worden behandeld.

Inventariseer in hoeverre een patiënt met een chronisch somatische aandoening problemen heeft met zelfmanagement, zowel in medisch opzicht (zoals opvolgen van leefstijl- en medicatieadviezen, zelfcontroles van bijvoorbeeld glucose, hanteerbaar maken van beperkingen) als emotioneel, alsook bij het vervullen van zijn/haar sociale rol(len), bijvoorbeeld als partner of ouder.

Cognitieve dimensie

Bespreek de ideeën en gedachten van de patiënt over de aanleiding, zoals stress dan wel overbelasting in de privé- en werksituatie en sociale situatie, bijvoorbeeld: eenzaamheid, verlieservaringen (relatiebreuk, overlijden), geweldervaringen (seksueel, familiaal, agressie tijdens werk, oorlog), andere negatieve ervaringen (kind met ziekte), culturele/religi-

euze factoren, migratie en/of levensfase (jonge moeder, oudere, mantelzorger), werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, baanonzekerheid, lage opleiding en financiële problemen/onzekerheid.

Emotionele dimensie

Bespreek de gevoelens die de patiënt heeft over de situatie, zoals verdriet, boosheid, schuld, schaamte en machteloosheid. Vraag waar de patiënt het meest last van heeft.

Gedragmatige dimensie

Beoordeel hoe de patiënt de situatie hanteert, passief of actief (het is van belang om te bepalen in welke mate iemand geactiveerd moet worden). Vraag hoe de patiënt omgaat met zijn klachten: wat doet hij als hij moe is, pijn heeft, et cetera.

Vraag of de patiënt zelf al acties ondernomen heeft (zoals extra ontspanning, meer lichaamsbeweging, bespreken en steun zoeken binnen het eigen systeem) en wat het effect hiervan was.

Sociale dimensie

Inventariseer welke steun de patiënt ondervindt van zijn omgeving, sport, steunsysteem (sociale contacten/betekenisvolle relaties, gezin/familie, vriendenkring, vereniging, kerkgenootschap), religie, zinvolle bezigheden, dagactiviteiten, (vast) werk.

12 Coping

De genoemde copingtechnieken zijn gebaseerd op de zeven subschalen van de Utrechtse Coping Lijst (UCL). De UCL inventariseert emotionele, cognitieve en gedragmatige coping bij problemen en onplezierige gebeurtenissen. Zowel bij chronische, slepende problemen als reagerend op levensgebeurtenissen worden copingstijlen, habituele reactiepatronen op ervaren stress, in kaart gebracht.

13 4DKL

Met de uitkomsten van deze door de patiënt zelf (thuis) of zo nodig samen met de patiënt in te vullen lijst kunnen de huisarts en patiënt beoordelen of en op welk vlak verdere diagnostiek en behandeling nodig zijn. Ook kan de

lijst gebruikt worden voor het volgen van de klachten in de loop van de tijd. De lijst bestaat uit 50 items, verdeeld in 4 dimensies (distress, depressie, angst, somatisatie), met vragen naar klachten in de afgelopen 7 dagen. De 50 items zijn verdeeld over 16 items voor distress, 6 voor depressie, 12 voor angst en 16 voor somatisatie. De vragen worden beantwoord met: 'nee' (0 punten), 'soms' (1 punt), 'regelmatig', 'vaak', 'heel vaak' of 'voortdurend' (allemaal 2 punten).

- De distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).
- De depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities.
- De angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst.
- De somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten.

De 4DKL is gratis en in verschillende talen beschikbaar voor niet-commerciële doeleinden (www.emgo.nl/research-tools/4dsq.asp).

Hoe hoger de somatisatie-, depressie- of angstscore, hoe groter de kans op het bestaan van respectievelijk somatisatie, een depressie of een angststoornis. De huisarts bespreekt de uitkomsten met de patiënt en maakt onderscheid tussen spannings-, angst-, depressieve en somatisatieklachten.

- Bij alleen spanningsklachten: hoge score op distress en lage op depressie en angst.
- Bij angst- of depressieve klachten: hoge score op distress, angst respectievelijk depressie. Hoe hoger de score op distress, hoe groter het subjectief lijden en hoe groter de kans op sociaal disfunctioneren.
- Bij somatisatieklachten: hoge score op somatisatie en meestal ook op distress.

Testeigenschappen: in een cross-sectioneel onderzoek met gegevens uit 10 eerstelijns onderzoeken is de

criterium- en constructvaliditeit van de 4DKL onderzocht. Criteriumvaliditeit: de distress-schaal was geassocieerd met psychosociale problemen (*Area Under the Curve* (AUC) = 0,79), de depressie-schaal met een depressie (AUC 0,83), de angstschaal met een angststoornis (AUC 0,66) en de somatisatieschaal met het vermoeden van een huisarts op somatisatie (AUC 0,65). Constructvaliditeit: de schalen hadden onderlinge correlaties van 0,35 tot 0,71. Dertig tot veertig procent van de variantie van elke schaal was uniek voor deze schaal. De factoranalyse bevestigde de 4-factorenstructuur met een *comparative fit index* van 0,92 ($\geq 0,90$ = adequaat). Stressmaten (bijvoorbeeld levensgebeurtenissen, psychosociale problemen en werkstress) waren voornamelijk geassocieerd met de distress-schaal [Terluin 2006].

Conclusie

Aanvullend aan de anamnese kan de 4DKL de huisarts/poh-ggz helpen onderscheid te maken tussen spanningsklachten, depressie, angststoornis en somatisatie. Tevens kan de 4DKL gebruikt worden om aan de hand van de lijst aspecten van de klachten te bespreken. De 4DKL is gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk.

14 Herstel in fasen

Het overgrote deel van de mensen die overspannen zijn wordt spontaan beter, ook zonder speciale begeleiding. In eerste instantie is het beleid actief volgend om bij niet optredend of stagnerend herstel in te grijpen. Interventies worden ingezet om stagnaties op te heffen en het herstel te faciliteren. De onderdelen van de behandeling zijn gebaseerd op principes van cognitieve gedragstherapie, stress-inoculatietherapieën en een stapsgewijze activerende en tijdcontingente benadering. Het corrigeren van cognities en attributies om een meer herstelbevorderende visie op de problemen te verkrijgen, komt uit de cognitieve gedragstherapie. De – bewuste of onbewuste – overtuiging dat rust noodzakelijk is en werk dient te worden vermeden om

verdere schade aan de gezondheid te voorkomen belemmert het herstel. In de stress-inoculatietherapie leert de patiënt met behulp van copingtechnieken beter met stress om te gaan. Dit werkt volgens drie fasen, waarbij de patiënt achtereenvolgens educatie over stress (effecten) krijgt, gestimuleerd wordt vaardigheden te ontwikkelen om met stress om te gaan en gecoacht wordt bij de implementatie van deze vaardigheden in toenemend moeilijke (werk) omstandigheden. Bij de stapsgewijze activerende benadering worden fysieke en geestelijke activiteiten stap voor stap opgebouwd. Bij de tijdcontingente benadering wordt voor het bereiken van de doelen een tijdschema vastgelegd dat wordt gevolgd, ongeacht de wisselende klachten en omstandigheden. Ook in de arbeidsgeneeskunde wordt het herstelproces ingedeeld in fasen. Het benadrukt een activerende en procescontingente benadering. Men onderscheidt drie fasen:

1. **Crisisfase:** de patiënt is de greep op zijn functioneren kwijt en voelt zich ontredderd. Hij ervaart dit als een crisis. Inzicht en acceptatie zijn de eerste randvoorwaarden om rust en perspectief te krijgen. In deze fase is deelname aan het arbeidsproces en de uitvoering van privéactiviteiten vaak niet goed mogelijk. Deze fase kan een tot drie weken duren.
2. **Probleem- en oplossingsfase:** de patiënt oriënteert zich op problemen en oplossingen. Welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? (Gedeeltelijke) werkhervatting is doorgaans zinvol als de patiënt zicht heeft op concrete oplossingen voor tenminste een deel van zijn problemen. Deze fase kan drie tot zes weken duren.
3. **Toepassingsfase:** oplossingen worden toegepast en het functioneren wordt weer opgepakt. De patiënt past de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe en herneemt zo zijn functioneren in de diverse rollen. Deze fase kan drie tot zes weken duren.

Wanneer de behandelaar de patiënt met

behulp van deze fasering consequent en activerend benadert, kan de patiënt meestal binnen drie maanden weer grip op zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) participeren in zijn sociale rollen. De indeling in fasen is ook geschikt voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Voor een succesvol verloop is het essentieel dat de behandelaar in de begeleiding niet alleen het individu, maar ook diens omgeving betreft [NVAB 2011, Romeijnders 2005, Van der Klink 2009].

15 Motiverende gespreksvoering

De basisprincipes van motiverende gespreksvoering zijn: empathie tonen, ambivalentie vergroten, omgaan met weerstand en het zelfvertrouwen van de patiënt versterken. Motiverende gespreksvoering bouwt voort op het patiëntgericht adviseren en afstemmen (zie NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik). Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen [Rietmeijer 2014]. De aanbeveling is daarom om motiverende gespreksvoering te overwegen bij patiënten die moeilijk te motiveren zijn het gedrag dat bijdraagt aan het ontstaan van de overspanning te veranderen.

16 Verklaringsmodellen

Een rationale ter verklaring van het ontstaan van overspanning kan uitgaan van diverse metaforen/modellen, zoals:

De weegschaal



Draaglast

- Eisen/verplichtingen (werk, gezin, vrije tijd)
- Levensgebeurtenissen
- Problemen

Draagkracht

- Geestelijke sterkte
- Lichamelijke sterkte
- Sociale steun
- Regelmogelijkheden

Hiermee kan duidelijk gemaakt worden dat er een evenwicht moet zijn tussen draaglast en -kracht. Bij verstoring van dit evenwicht kan de oplossing uit de metafoor worden afgeleid: de draaglast moet – tijdelijk – beperkt worden (minder werken, minder verplichtingen, problemen oplossen, et cetera) of de draagkracht moet vergroot worden (meer sociale steun mobiliseren, beter time-management, ontspanning beter inplannen, betere fysieke conditie, et cetera).

Human function curve

Het ontstaan van overspanning kan ook inzichtelijk worden gemaakt met de *human function curve*. Deze curve van het menselijk functioneren [Nixon 1976] beschrijft het prestatievermogen als functie van de belasting (stress) die men ondervindt. Het linkerdeel van de curve laat zien dat wanneer mensen zwaarder worden belast, de prestatie navenant toeneemt. Maar er is een grens aan wat

mensen aankunnen. In de buurt van de top van de curve ontstaan spanningsklachten (distress), waaronder moeheid, als signaal om het rustiger aan te doen. Neemt de belasting toch verder toe, dan neemt de distress toe en het functioneren af. Uitputting ontstaat. Uiteindelijk treedt er een totale 'breakdown' op: een decompensatie van het psychosociaal functioneren. Het linkerdeel van de curve is het deel van het gezonde functioneren, liefst op enige afstand van de top, zodat men nog een zekere reserve bezit om onverwachte bijkomende stressoren het hoofd te kunnen bieden. In het rechterdeel is het functioneren niet meer gezond. Er bestaat al een chronische distress. Elke bijkomende stressor geeft direct meer distress en verslechtering van het functioneren. Decompensatie ligt voortdurend op de loer.

KOP-model

KOP staat voor: K (klacht) = O (omstandigheden) x P (persoonlijke stijl). Dit betekent dat klachten (K) het gevolg zijn van de combinatie van stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (O = draaglast), ondersteunende factoren (O+ = draagkracht) en de manier van reageren daarop, omschreven als 'het persoonlijk functioneren' (P) of de copingstijl. Klachten worden gezien als een gevolg van stressvolle levensgebeurtenissen en een op dat moment ontoereikende coping [Rijnders 2015].

17 Praatadviezen, piekeropdrachten

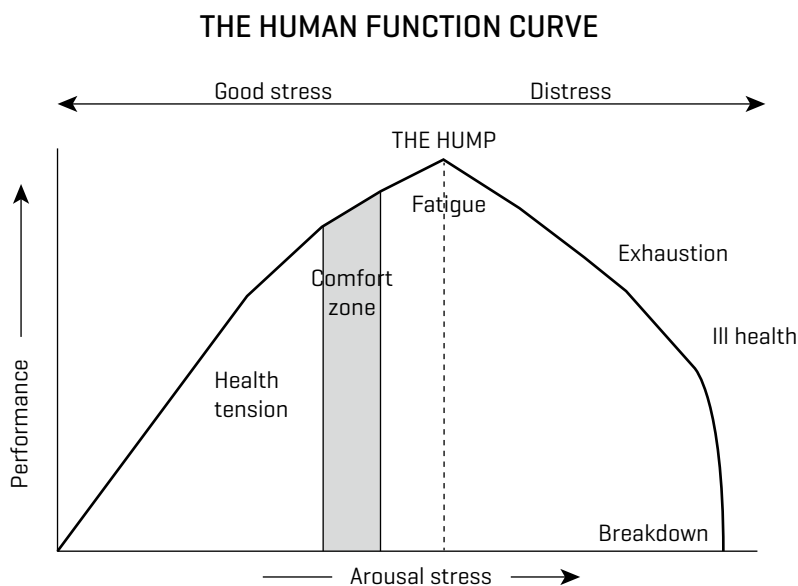
De onderdelen van de behandeling van overspanning zijn gebaseerd op principes van cognitieve gedragstherapie, stress-inoculatietherapieën en een stapsgewijze activerende- en tijdcontingente benadering. Praten met anderen levert reacties, (h)erkenning en nieuwe gezichtspunten op en draagt zo bij aan inzicht en acceptatie. Het structureren van piekeren draagt bij aan inzicht en rust [NVAB 2011].

18 Ontspanningsoefeningen

Er bestaan verschillende typen ontspanningsoefeningen of -technieken. De bekendste is de progressieve spierontspanningstraining van Jacobson. Bij deze training leert de patiënt iedere spiergroep eerst aanspannen en daarna ontspannen en daarmee het verschil tussen spanning en ontspanning beter aanvoelen. Andere technieken zijn: autogene training, biofeedback, yoga en meditatie. De effectiviteit van ontspanningsoefeningen bij mensen met overspanningsklachten is niet in gerandomiseerd onderzoek onderzocht. Wel is er onderzoek verricht onder mensen met uiteenlopende psychische problematiek waaruit blijkt dat ze effectief zijn ter vermindering van angstklachten [Manzoni 2008]. Toch acht de werkgroep het op basis van de klinische ervaring en terugrapportage van patiënten gerechtvaardigd om met de patiënt het mogelijke nut van ontspanningsoefeningen te bespreken.

19 Problemen-/stressorenlijst

Vaak heeft een cumulatie van stressoren in het werk en/of andere levensgebieden geleid tot een min of meer diffuus gevoel er niet meer tegenop te kunnen. Vaak onderkent de patiënt dan niet langer enkele benoembare stressbronnen, maar ervaart hij de hele situatie als bedreigend en spanning oproepend. Dit kan vermijdingsgedrag tot gevolg hebben en een aanpak van de stressbronnen bemoeilijken. De opdracht een lijst van stressoren op te stellen, kan de patiënt helpen meer inzicht en grip op zijn problematiek te verkrijgen. De lijst moet concrete (probleem)situaties bevatten en dus geen algemeenheden als 'mijn werk',



‘mijn moeder’ of ‘de sfeer’. Vaak roept dit weerstand op, omdat patiënten ervaren dat hun stress te alomvattend is. Motiveer de patiënt om de lijst te maken, omdat dit vaak al helpt om structuur te krijgen en problemen te onderscheiden met hun eigen oplossingsrichting. Help patiënten die moeilijk op gang komen door wat voorbeelden te geven of een beginstructuur. Vraag ‘Wat is precies úw probleem?’ of ‘Wat zit u het meeste dwars?’. Vraag daarna per probleem aan te geven op welke termijn het zich zou lenen voor aanpak: onmiddellijke actie, latere actie of dat de stressbron niet beïnvloedbaar is en zich of moet aanpassen of het probleem moet negeren. Altijd blijkt dat ten minste een aantal problemen zich leent voor aanpak op de korte of wat langere termijn. Dit geeft, ook al is er nog geen feitelijke actie ondernomen, een gevoel van beheersbaarheid. Vrijwel iedereen blijkt te kunnen leven met één of een paar omschreven situaties die als niet-beïnvloedbaar moeten worden aangemerkt [Fontana 1989].

20 Mindfulness

Achtergrond

Mindfulness bestaat uit twee componenten.

- Zelfregulatie van de aandacht
De aandacht is gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment.
- Een nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt
Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.

Het onderliggende basisprincipe is dat het ervaren van het huidige moment, open en zonder oordeel, de effecten van stress aanpakt die vaak voortkomen uit een negatieve aandacht op de toekomst of het verleden. Het doel is bewuster te worden van lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens.

In de hedendaagse praktijk is mind-

fulnessmeditatie het kernelement van verschillende soorten therapie. Mindfulness-based stressreductie (MBSR) is een gestructureerd groepsprogramma van acht tot tien sessies, waarvan mindfulness, meditatievaardigheden, yoga-oefeningen en psycho-educatie deel uitmaken. Bij aandachtsgerichte cognitieve therapie of mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) is mindfulness geïntegreerd in cognitieve therapie.

Uitgangsvraag

Is mindfulness (I), ten opzichte van specifieke of specifieke controles (C), aan te bevelen bij patiënten met overspanning/burn-out (P) ter vermindering van angst, depressie, stress/distress en kwaliteit van leven (O)?

Resultaten

Beschrijving onderzoeken

In een systematisch literatuuronderzoek werden 47 RCT's (n = 3320) geïncludeerd [Goyal 2014]. Een voorwaarde voor inclusie was de aanwezigheid van een controlegroep, waarbij de geleverde tijd en aandacht voor de patiënt vergelijkbaar was met de interventiegroep. De controlegroepen werden geclassificeerd in niet-specifieke actieve en specifieke actieve controlegroep wordt een therapie, zoals beweging en massage, toegepast. Vijftien RCT's onderzochten patiënten met een psychische aandoening, vijf RCT's rokers en alcoholgebruikers, vijf RCT's patiënten met chronische pijn en zestien RCT's patiënten met allerlei lichamelijke aandoeningen.

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van bewijs was matig voor de uitkomstmaten angst, depressie en pijn. De kwaliteit van bewijs was laag voor de uitkomstmaten stress/distress en mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Er is sprake van indirect bewijs, omdat het onderzoek patiënten met verschillende aandoeningen bevatte.

Effectiviteit

Angst: er was bewijs van lage kwaliteit (afgevaardigd in vergelijking met de review vanwege zowel het bestaan van

risk of bias en onnauwkeurigheid van de effectschatting) van mindfulness meditatieprogramma's, vergeleken met niet-specifieke actieve controlepatiënten, voor een positief effect (7 RCT's; n = 647): ES 0,38; 95%-BI 0,12 tot 0,64 na 8 weken en ES 0,22; 95%-BI 0,02 tot 0,43 na 3 tot 6 maanden.

Depressie: er was bewijs van lage kwaliteit van mindfulness meditatieprogramma's, vergeleken met niet-specifieke actieve controlepatiënten, voor een positief effect (8 RCT's; n = 806): ES 0,30; 95%-BI 0,00 tot 0,59 na 8 weken en ES 0,23; 95%-BI 0,05 tot 0,42 na 3 tot 6 maanden. Er was bewijs van lage kwaliteit voor een verbetering van stress/distress en mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Er was bewijs van lage kwaliteit of geen bewijs dat meditatieprogramma's (waaronder mindfulness) beter waren dan specifieke actieve controle-interventies.

Bijwerkingen

Er werden geen bijwerkingen gevonden in de negen RCT's die ze beschreven.

Conclusie

Er zijn aanwijzingen voor positieve effecten van mindfulness ten opzichte van specifieke en specifieke controles bij mensen met angst, depressie en stressklachten.

Van bewijs naar aanbeveling

De werkgroep is van mening dat mindfulness kan worden ingezet ter reductie van stress bij mensen met overspanning en burn-out.

Aanbeveling

Breng mindfulness onder de aandacht van mensen met overspanning en burn-out als methode om stressklachten te reduceren.

21 Psychologische zelfhulpinterventies: effectiviteit

Achtergrond

Zelfhulp kan op verschillende manieren worden toegepast, soms via boeken, maar meestal via internet (e-mental health).

- Onbegeleide zelfhulp waarbij mensen

informatie, opdrachten en oefeningen krijgen om zelfstandig aan de klachten te werken.

- Begeleide zelfhulp waarbij de patiënt zelfstandig een cursus doorloopt, maar daarbij begeleiding krijgt van de huisarts/poh-ggz. De begeleiding kan bijvoorbeeld online of telefonisch plaatsvinden en omvat feedback op de opdrachten, zo nodig verhelderende informatie en motivatie om door te gaan. De huisarts/poh-ggz beantwoordt ook vragen van de patiënt en bespreekt de voortgang. De huisarts/poh-ggz gaat in principe niet in op de inhoud van de cursus.
- Gemengde ('blended') hulp waarbij consulten en online begeleiding worden gecombineerd. Patiënten kunnen informatie en oefeningen die zij hebben gekregen in de sessies met de behandelaar nalezen en daarnaast kunnen zij sommige onderdelen van de therapie zelfstandig uitvoeren. In het volgende consult wordt nagegaan in hoeverre dit is gelukt.

Uitgangsvraag

Is psychologische zelfhulp (I) aan te bevelen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met overspanning/burn-out (P)?

Cruciale uitkomstmaten

Een meta-analyse naar de effectiviteit van zelfhulpinterventies bij mensen met een depressie, depressieve symptomen of psychosociale problemen (bijvoorbeeld stress) vormt de basis voor de beantwoording van de uitgangsvraag [Gellatly 2007].

Resultaten

Beschrijving onderzoeken

De meta-analyse includeerde 34 RCT's (n = niet beschreven) met 39 vergelijkingen waarin een zelfhulpinterventie werd vergeleken met een controlegroep (zoals wachtlijst en gebruikelijke zorg) in verschillende settingen (niet-klinisch en klinisch of beide). Twee vergelijkingen betroffen populaties met stress en 9 met patiënten 'at risk' voor een depressie (bijvoorbeeld zwangere vrouwen) [Gellatly 2007].

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs was zeer laag. Er was afwaardering vanwege kans op vertekening (slechts bij 36% van de vergelijkingen werd een adequate toewijzingsprocedure beschreven), inconsistentie (gezien de grote heterogeniteit), onnauwkeurigheid, indirect bewijs (vanwege de verschillende settingen) en publicatiebias.

Effectiviteit

De onderzoeken toonden gezamenlijk een matig effect van zelfhulp op de primaire uitkomstmaat depressieve symptomen (gemeten via vragenlijsten) (effectgrootte 0,43; 95%-BI 0,30 tot 0,57 met een grote heterogeniteit). Wanneer de analyse beperkt bleef tot begeleide zelfhulp werd het effect groter (effectgrootte 0,80; 95%-BI 0,58 tot 1,01 met ook een grote heterogeniteit). In de multivariate analyse bleek begeleiding (versus geen begeleiding) de enige significante moderator voor de effectgrootte van de behandeling.

Er is één onderzoek gevonden naar de effectiviteit van psychologische zelfhulpinterventies bij patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk. In deze Nederlandse RCT werd het effect van bibliotherapie (gebaseerd op cognitieve gedragstherapie) bij patiënten (n = 170) van 75 jaar en ouder met depressieve en/of angstklachten onderzocht. Dit was onderdeel van een groter onderzoek naar een stepped-care interventie in de huisartsenpraktijk; de ouderen werden actief uitgenodigd voor deelname. Er bleek geen verschil in de effecten tussen bibliotherapie en gebruikelijke zorg door de huisarts [Joling 2011].

Conclusie

Er zijn aanwijzingen voor positieve effecten van psychologische zelfhulp ten opzichte van wachtlijstconditie of gebruikelijke zorg bij patiënten met overspanning/burn-out. Onderzoeken naar de effecten van zelfhulp voor patiënten die bij de huisarts komen zijn schaars en onderzoeken van een andere populatie in een andere setting zijn van lage kwaliteit. Het effect van begeleide zelfhulp is groter dan van

onbegeleide zelfhulp. De uitval is dan eveneens kleiner.

Van bewijs naar aanbeveling

Er is nog geen algemeen geaccepteerd 'keurmerk' voor e-mental health in de huisartsenpraktijk. Het Online Hulpstempel van het Trimbos-instituut kan hiervoor gebruikt worden. Dit keurmerk kijkt naar onderbouwing, gebruiksgemak en andere aspecten van een e-healthprogramma. De ontwikkelingen volgen elkaar in een hoog tempo op. De werkgroep is van mening dat psychologische zelfhulp de zelfredzaamheid en regie van de patiënt kan bevorderen mits dit is afgestemd op patiëntvoorkeuren en -mogelijkheden.

Aanbeveling

Overweeg zelfhulp als de patiënt hiervoor gemotiveerd is en in staat is zelfstandig een programma te doorlopen. Bij voorkeur wordt zelfhulp aangevuld met begeleiding door de huisarts en/of poh-ggz.

22 Problem Solving Treatment (PST): effectiviteit

Uitgangsvraag

Is problem solving treatment (I) aan te bevelen ter vermindering van symptomen (welke?) (O) bij patiënten met overspanning/burn-out (P)?

Cruciale uitkomstmaten

Een systematisch literatuuronderzoek naar kortdurende psychologische behandelingen bij angst- en/of depressieproblematiek, specifieke psychische klachten of distress diende als uitgangspunt voor de beantwoording van de uitgangsvraag [Cape 2010].

Resultaten

Beschrijving onderzoeken

In een meta-analyse van kortdurende (2 tot 10 afspraken) psychologische behandelingen in de eerste lijn werd PST (12 RCT's) vergeleken met 'gebruikelijke zorg' bij patiënten (n = 1567) met depressieve en gemengde angst-depressieproblematiek (waaronder ongespecificeerde klachten en distress) [Cape 2010].

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van bewijs was (zeer) laag. Er was afwaardering vanwege kans op vertekening (in een groot deel van de onderzoeken is de randomisatieprocedure niet helder en is geen ‘intention-to-treat’-analyse toegepast), inconsistentie (vanwege de matige heterogeniteit), indirect bewijs (de onderzochte populatie heeft ook depressieve en angststoornissen).

Effectiviteit

De meta-analyse toonde een gering effect op de verschillende psychische klachten (gemeten met vragenlijsten) (effectgrootte -0,21; 95%-BI -0,37 tot -0,05) [Cape 2010].

Conclusie

Het is onzeker of er positieve effecten zijn van PST vergeleken met gebruikelijke zorg bij patiënten met overspanning/burn-out.

Van bewijs naar aanbeveling

Bij patiënten met psychosociale problemen kan PST zinvol zijn, omdat het een therapie is die het zelfmanagement en de coping van de patiënt verbetert. De werkgroep is daarnaast van mening dat het een transparante en concrete methodiek is, die goed in de huisartsenpraktijk past.

Aanbeveling

Overweeg PST bij patiënten met overspanning/burn-out.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
- Ayalon L. Subjective socioeconomic status as a predictor of long-term care staff burnout and positive caregiving experiences. *Int Psychogeriatr* 2008;20:521-37.
- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:146-53.
- Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010;8:38.
- De Graaf R, Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie nemesi-2. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- Fontana D. Professional life stress scale. Adapted from *Managing Stress*. Leicester: The British Psychological Society and Routledge Ltd, 1989.
- Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2007;37:1217-28.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174:357-68.
- Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
- Joling KJ, Van Hout HP, Van't Veer-Tazelaar PJ, Van der Horst HE, Cuijpers P, Van de Ven PM, et al. How effective is bibliotherapy for very old adults with subthreshold depression? A randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:256-65.
- Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:41.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74.
- NVPO. Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker (2016). https://www.kanker.nl/uploads/file_element/content/16101/Richtlijn_aanpassingsstoornis_bij_patiënten_met_kanker_februari_2016.pdf.
- NIVEL. Nivel zorgregistraties eerste lijn (2015). <http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijin>.
- Nixon PG. The human function curve. With special reference to cardiovascular disorders: part I. *Practitioner* 1976;217:765-70.
- NVAB, LVE, NHG. Één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011.
- Rietmeijer CBT. Motiverende gespreksvoering. *Huisarts Wet* 2014;57:202-5.
- Rijnders P, Heene E. Handboek kop-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2015.
- Romeijnders A, Terluin B. Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (2005). https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/achtergronden_bij_de_les_overspanning_0.pdf.
- Shear MK, Greeno C, Kang J, Ludewig D, Frank E, Swartz HA, et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581-7.
- Smulders P, Houtman I, Rijssen J, Mol M. Burnout: trends, internationale verschillen, determinanten en effecten. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 2013;29:258-78. <http://publications.tno.nl/publication/34614955/ezc9H6/smolders-2013-burnout.pdf>.
- Terluin B, Van Marwijk HW, Ader HJ, De Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006;6:34.
- TNO. Nationale enquête arbeidsomstandigheden (2012). http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_Id=53.
- TNO, CBS. Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2013. Methodologie en globale resultaten. http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_Id=77.
- Van der Klink JJ, Terluin B. Aanpassingsstoornissen. In: Hengeveld MW, Van Balkom AJLM (red.). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2009.