

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 PDH-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 intervenueer 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 blijvend 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 [arbeidsomstandighedensprekuur]. 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 stressgevend 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 tussentappen 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 verwijs 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 verwijs 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.