

Interventies bij overspanning en burn-out

Samenvatting

Terluin B. *Interventies bij overspanning en burn-out*. *Huisarts Wet* 2015;58(4):212-6.

Overspanning (*surmenage*) is een combinatie van spanningsklachten (*distress*), controleverlies en sociaal disfunctioneren. Burn-out is een vorm van overspanning waarbij moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan, en de klachten langer dan zes maanden geleden zijn begonnen. Diagnostische valkuilen zijn het missen van een depressieve of angststoornis, of van problematisch alcoholgebruik. Daarom is het aan te bevelen routinematig gebruik te maken van de Vierdimensionale Klachtenlijst en de Five Shot Test. Het herstelproces van overspanning kent drie fasen. In fase 1, de crisisfase, is vooral sprake van ontreding en veel spanningsklachten bij de patiënt. In fase 2, de probleemoplossingsfase, analyseert de patiënt de problemen en pakt hij deze stap voor stap aan. In fase 3, de toepassingsfase, pakt de patiënt geleidelijk aan zijn sociale rollen weer op. In fase 1 kan de huisarts uitleggen dat overspanning een normale, begrijpelijke reactie op te veel stress is en dat de patiënt met een actieve gestructureerde aanpak goed en vlot kan herstellen. De begeleiding door huisarts of POH-ggz moet de eigen kracht van de patiënt ondersteunen. De eerste adviezen richten zich op acceptatie van de overspanning en bewuste afwisseling van enerzijds rust, ontspanning en afleiding, en anderzijds het in kaart brengen en aanpakken van de problemen. Schrijfpoddrachten kunnen vanaf het eerste consult worden gebruikt om gebeurtenissen op een rijtje te zetten, het inzicht in gevoelens te vergroten en gebeurtenissen te verwerken. Wanneer de patiënt een overzicht van de problemen heeft gemaakt, kan hij deze onder begeleiding stap voor stap oplossen. De huisarts of POH-ggz moet de patiënt soms stimuleren moeilijke keuzes te maken. Werkhervatting is een speciaal aandachtspunt, omdat verzuim dat langer dan drie maanden duurt de kans op terugkeer naar het werk aanzienlijk reduceert. Voor een tijdige werkherhervatting is het vaak nodig om werkproblemen op te lossen en het werk tijdelijk aan te passen. Samenwerking met de bedrijfsarts is daarvoor onontbeerlijk. Gedurende het ziekteverzuimtraject heeft de bedrijfsarts een adviserende en ondersteunende rol. Bij een goede aanpak van overspanning moet er binnen drie tot vier weken verbetering te zien zijn. Wanneer dan nog geen enkele verbetering is opgetreden, is verwijzing naar een psycholoog nodig. Bij burn-out moet de patiënt altijd een verwijzing naar een psycholoog krijgen.

INLEIDING

Overspanning wordt gekenmerkt door specifieke klachten, zoals futloosheid, gespannenheid, piekeren, prikkelbaarheid en slaapproblemen, en sociaal disfunctioneren.^{1,2} De klachten zijn het gevolg van te veel stress, vaak een combinatie van overbelasting door te veel verplichtingen, problemen op diverse gebieden en levensgebeurtenissen.^{3,4} Wanneer de patiënt moeite heeft met het hanteren van de stress, ontstaat er spanning (*distress*), die de patiënt stimuleert om de stress aan te pakken.⁵ Wanneer dit niet lukt en de patiënt zijn greep op de situatie verliest, kan hij gedemoraliseerd raken.⁶ De patiënt weet niet meer wat hij moet doen en kan niet anders dan problematische sociale rollen (waaronder vaak de arbeidsrol) laten vallen. Mensen die overspannen zijn, gaan praktisch allemaal in de eerste maanden naar hun huisarts.⁷ Lichamelijke spanningsklachten en zich letterlijk ziek voelen van de stress zijn belangrijke redenen om de huisarts te consulteren.

In deze nascholing bespreek ik wat de huisarts en de POH-ggz voor hun overspannen patiënten kunnen doen. De nadruk zal daarbij liggen op activerende interventies. Er is een beperkte directe wetenschappelijke onderbouwing voor deze aanpak,^{8,9} die in belangrijke mate steunt op praktijkervaring en gezond verstand.¹⁰⁻¹⁴ Zowel de huisarts als de POH-ggz kan de beschreven interventies uitvoeren, waarbij ze een taakverdeling kunnen afspreken. De ziekmelding bij overspanning heeft een element van probleemvermijding in zich, waardoor

De kern

- Overspanning (*surmenage*) is het gevolg van te veel stress en een tekortschietende stresshantering (controleverlies). Kenmerken van overspanning zijn spanningsklachten (*distress*) en sociaal disfunctioneren.
- Burn-out is een vorm van overspanning waarbij moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan en de klachten meer dan een half jaar geleden zijn begonnen.
- Het herstel van overspanning/burn-out verloopt in drie fasen. In de crisisfase moet de patiënt weer greep krijgen op zijn stress. In de probleemoplossingsfase gaat de patiënt aan de slag om de problemen stapsgewijs aan te pakken. In de toepassingsfase past de patiënt de gekozen oplossingen toe en pakt hij zijn sociale rollen weer op.
- De begeleiding van overspanning/burn-out door de huisarts of POH-ggz gaat uit van de eigen kracht van de patiënt. Daarbij past het afspreken van huiswerk, bijvoorbeeld in de vorm van schrijfpoddrachten.
- Langdurig ziekteverzuim moet worden voorkomen vanwege het risico van verlies van het werk. Samenwerking met de bedrijfsarts/arboarts kan helpen om een tijdige (gedeeltelijke) werkherhervatting te realiseren.

Definitie van overspanning

Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria:

- Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/herrie kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- 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 kan het niet meer aan en heeft het gevoel de greep te verliezen.
- Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- De spanningsklachten (distress), het controleverlies en het sociaal disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

de patiënt de problemen (tijdelijk) minder zwaar voelt. Dat kan er evenwel toe leiden dat de patiënt ook de behandeling door de huisarts of POH-ggz gaat vermijden, wat tot langdurig ziekteverzuim en uiteindelijk baanverlies kan leiden. Een op de vijf overspannen patiënten blijft een heel jaar of langer ziek thuis.^{15,16}

DIAGNOSTIEK

De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Overspanning en Burn-out en de gelijknamige LESA definiëren overspanning als een combinatie van spanningsklachten (*distress*), controleverlies en sociaal disfunctioneren [kader].^{9,17} Huisartsen duiden overspanning vaak aan met het Franse leenwoord *surmenage* (ICPC-code P78). De MDR en LESA zien burn-out als een vorm van overspanning waarbij aan twee aanvullende criteria is voldaan: a) de klachten zijn langer dan zes maanden geleden begonnen en b) moeheids- en uitputtingsklachten staan sterk op de voorgrond. Deze kenmerken wijzen mogelijk op een minder effectieve stijl van stresshantering, respectievelijk op een neiging tot somatiseren. Het verschil tussen burn-out en 'gewone' overspanning is dus graduueel. Volgens de MDR en LESA is burn-out niet noodzakelijkerwijs werkgerelateerd. De oorzaken zijn in beide gevallen divers en betreffen zelden alleen het werk. Dit verschilt niet tussen burn-out en overspanning. De behandeling van burn-out is in principe dezelfde als die van overspanning, maar vergt meer tijd en deskundigheid. Daarom adviseren de MDR en LESA verwijzing naar een psycholoog.

Hoewel overspannen patiënten zich vaak met lichamelijke klachten melden, is meestal snel duidelijk wat er aan de hand is. De typische overspannen patiënt heeft grote behoefte aan hulp van zijn huisarts omdat hij niet meer weet wat te doen. De belangrijkste diagnostische valkuilen zijn het missen van een depressieve of angststoornis, of van problematisch alcoholgebruik. Het routinematig gebruiken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en de Five Shot Test kan de huisarts hiervoor behoeden.^{18,19}

De diagnose overspanning (of burn-out) kan men volgens de MDR en LESA stellen naast die van een psychiatrische stoornis, zoals depressie. Kwetsbare patiënten kunnen door

de stress van een overspanning direct of op termijn een psychiatrische stoornis ontwikkelen. In dergelijke gevallen is het zaak om beide problemen, de overspanning en de stoornis, te behandelen.

DE BEHANDELING: DRIE FASEN

In een typisch geval van overspanning verloopt het herstelproces in drie fasen, waarin de patiënt verschillende taken moet volbrengen.¹³ De MDR spreekt dan ook van het 'fasen-takenmodel'.⁹ Fase 1, de *crisisfase*, kenmerkt zich door ontredering en veel spanningsklachten. De patiënt is niet zelden overvallen door de overspanning. In deze fase moet de patiënt tot rust zien te komen, de overspanning leren accepteren en gaan begrijpen, en alle stressfactoren op een rijtje zetten. In fase 2, de *probleemoplossingsfase*, dient de patiënt de problemen een voor een te onderzoeken en oplossingen te bedenken. In de derde fase, de *toepassingsfase*, gaat de patiënt de gekozen oplossingen toepassen en de sociale rollen die hij had laten vallen, geleidelijk weer oppakken. Diverse interventies kunnen het herstel van overspanning in de verschillende fasen ondersteunen [tabel].

Abstract

Terluin B. Interventions for nervous breakdown and burnout. Huisarts Wet 2015;58(4):212-6. Nervous breakdown is characterized by distress, loss of control, and social dysfunctioning. Burnout is a type of nervous breakdown with symptoms of fatigue and exhaustion lasting more than 6 months. Potential diagnostic pitfalls are failure to recognize depression, anxiety disorder, or problem drinking. For this reason, routine use of the Four Dimensional Symptom Questionnaire and the Five Shot Test is recommended. The recovery process encompasses three stages. In stage 1, the crisis stage, the patient is demoralized and very distressed. In stage 2, the problem-solving stage, the patient starts to analyse and deal with their problems, step-by-step. In stage 3, the application stage, the patient gradually resumes social roles and activities. In stage 1, the general practitioner should explain that nervous breakdown is a normal, understandable reaction to too much stress and that the patient can make a good and rapid recovery by following an active and structured approach. The advice and guidance given by the GP or the mental health practice nurse should bolster the patient's fortitude. In the first instance, the patient should be encouraged to accept that he/she has had a nervous breakdown and to alternate periods of rest, relaxation, and other activities on the one hand, with assessing and tackling the problems on the other. From the first consultation onwards, writing assignments can be used to map past events, to increase understanding of emotions and to assist the processing of events. Once the patient has made an overview of these problems, he/she should be helped to resolve them, one by one. The patient may need to be stimulated to make difficult choices. Return-to-work deserves special attention as sick leave longer than 3 months strongly reduces the likelihood of work resumption. For a timely return to work, it is often necessary to solve work-related problems and to temporarily adjust the type of work and workload. For this, collaboration with the occupational physician is indispensable. This health professional has an advisory and supportive role during the whole sick leave trajectory. If the right approach is used, some improvement should be seen within 3-4 weeks. If no improvement is seen by this time, referral to a psychologist is indicated. Burnout is always a reason for referral to a psychologist.

Tabel Schema van fasen, taken en aandachtspunten bij het herstelproces van overspanning/burn-out

Fasen	Taken van de patiënt	Aandachtspunten voor de huisarts/POH-ggz
1. Crisisfase	Overspanning begrijpen en accepteren Tot rust komen In kaart brengen van problemen	Uitleggen: normale reactie Positieve verwachtingen over beloop geven NHG-brieven 4DKL, Five Shot Test Schrijfpoddrachten
2. Probleemoplossingsfase	Problemen prioriteren Problemen analyseren en oplossingen bedenken	Schrijfpoddrachten Oplossingen laten genereren Na 3-4 weken 4DKL herhalen Samenwerking met bedrijfsarts/arboarts
3. Toepassingsfase	Oplossingen toepassen Sociale rollen weer oppakken	Werkhervatting Samenwerking met bedrijfsarts/arboarts

Uitleg en informatie (fase 1)

Informatie moet de patiënt gedurende de crisisfase perspectief bieden op herstel. Snappen wat er aan de hand is en weten waar je aan toe bent vormen een krachtig medicijn tegen ontredde en demoralisatie.²⁰ Belangrijke elementen in de uitleg zijn:

- Overspanning is een normale, begrijpelijke reactie op te veel stress en komt veel voor. Iedereen kan overspannen raken. Er is voor iedereen een grens aan wat hij aan stress kan verdragen. De huisarts kan het draaglast-draagkrachtmodel schetsen aan de hand van een weegschaal-metafoor en eventueel positieve eigenschappen van de patiënt benadrukken die onbedoeld tot de overspanning hebben bijgedragen (bijvoorbeeld verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen, grote inzet).
- Bij een actieve gestructureerde aanpak (zie beneden) kan de patiënt goed en ook vrij vlot herstellen. De helft van alle overspannen patiënten functioneert binnen zes weken weer normaal, 75% binnen drie maanden. Praktisch iedereen kan binnen een half jaar weer normaal functioneren.²

De NHG-patiëntenvoorlichting op www.thuisarts.nl 'Ik ben overspannen' en 'Ik herstel van overspanning' kunnen de uitleg ondersteunen. Deze informatie kan ook worden geprint. Het is belangrijk om patiënten aan te raden deze informatie een paar keer door te lezen, omdat ze zich vaak slecht kunnen concentreren en moeite hebben om informatie te verwerken.

Eerste adviezen (fase 1)

De begeleiding van overspannen patiënten moet de eigen kracht ondersteunen en de zelfredzaamheid bevorderen. De patiënt wordt benaderd als probleemeigenaar. Dat wil niet zeggen dat de patiënt er alleen voor staat. Een groot aantal hulpverleners en instanties kan worden ingeschakeld om hulp te verlenen: bedrijfsarts, (bedrijfs)maatschappelijk werk, vakbond, advocaat, psycholoog, coach, schuldhelpverlening, en uiteraard de huisarts en POH-ggz. De belangrijkste adviezen zijn:

- Accepteer de overspanning. Acceptatie is een absoluut vereiste om de problematiek te kunnen oplossen. De huisarts kan de patiënt stimuleren zijn omgeving te vertellen dat hij overspannen is. Dat helpt bij de acceptatie.

- In het begin zijn rust en ontspanning belangrijk. De patiënt weet vaak het beste wat bij hem werkt om te ontspannen. Afleiding en actieve vormen van ontspanning (bijvoorbeeld wandelen of een klusje doen) zijn vaak beter uitvoerbaar dan passievere vormen, zoals ontspanningsoefeningen of gewoon rusten.
- Rust en ontspanning zijn niet voldoende voor herstel. De patiënt zal ook zijn stress moeten aanpakken. Dat kan alleen door ermee bezig te zijn. Dit dient over de dag bewust te worden afgewisseld met rust, ontspanning of afleiding.
- De patiënt moet de overspanning stapsgewijs aanpakken. De eerste stap bestaat uit het in kaart brengen van wat er aan stress speelt, waar het mis is gegaan. In een later stadium kan de patiënt naar oplossingen zoeken. In het begin moet de patiënt niet proberen meteen oplossingen te bedenken.
- Het is belangrijk om een vaste dagstructuur aan te houden, met ruimte voor noodzakelijke activiteiten, zoals verzorging van de kinderen, boodschappen doen, het huis opruimen en sociale contacten onderhouden.

Schrijfpoddrachten (alle fasen)

Het opschrijven van gedachten en gevoelens is een probaat middel om stresserende gebeurtenissen op een rijtje te krijgen, om het bewustzijn van en inzicht in deze gebeurtenissen en gevoelens te vergroten, en om de gebeurtenissen te verwerken.²¹ Daarmee kan de patiënt al vanaf het eerste consult beginnen. De huisarts kan als 'huiswerk' afspreken dat de patiënt een of meer keren per dag gaat schrijven. Het schrijven gebeurt bij voorkeur op vaste tijden, maar niet te lang achter elkaar omdat spanning en emoties flink kunnen oplopen. Vijftien tot dertig minuten schrijven per keer is doorgaans haalbaar en voldoende. Na afloop van een schrijfsessie moet de patiënt iets ondernemen om de spanning weer te laten zakken, bijvoorbeeld fietsen, een spelletje met de kinderen doen, een boodschap doen, een vriend(in) bellen voor een praatje. Het is niet nodig om structuur aan het schrijven zelf op te leggen. De patiënt kan het beste opschrijven wat bij hem boven komt of waar hij de hele dag (en nacht) over piekert. Het is niet erg als de patiënt van de hak op de tak springt of in herhaling vervalt. De patiënt schrijft voor zichzelf. Door te schrijven groeit en rijpt het verhaal vanzelf in zijn hoofd. In principe



hoeft de huisarts het geschrevene niet te lezen, maar steekproefsgewijs lezen van enkele passages kan wel een goede indruk geven van de problematiek waar de patiënt mee worstelt en de manier waarop de patiënt daarover schrijft. Soms wil de patiënt dat de huisarts een passage leest omdat dat makkelijk is dan erover te vertellen. De huisarts moet bij het vervolgsconsult altijd op het 'huiswerk' terugkomen om te voorkomen dat de patiënt het afgesproken huiswerk als vrijblijvend gaat zien.

Problemen aanpakken (fasen 2 en 3)

Wanneer de patiënt enigszins tot rust is gekomen en door het nadenken, praten en schrijven voldoende overzicht over zijn situatie heeft gekregen, zou hij een lijstje moeten kunnen opstellen van problemen waar hij wat mee moet. Dit kunnen gebeurtenissen zijn die de patiënt nog moet verwerken, maar ook een teveel aan verplichtingen. De eerste stap betreft het kiezen van een probleem om als eerste aan te werken. Dat hoeft niet het belangrijkste probleem te zijn. Het kan juist helpen om te beginnen met een probleem waarvan de oplossing relatief makkelijk te realiseren is. Een klein succesje kan enorm motiverend werken. De volgende vraag is: wat wil de patiënt bereiken? Het doel moet wel realistisch zijn. Iets nastreven wat niet binnen de invloedssfeer van de patiënt ligt, leidt slechts tot frustraties.

De belangrijkste vraag die de patiënt moet beantwoorden bij het bespreken van mogelijke oplossingen is: 'Wat zijn mijn opties?' Het in kaart brengen van alle mogelijke opties is wellicht de belangrijkste probleemoplossende activiteit. De patiënt denkt na over de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. In dit stadium helpt het om met andere mensen te praten, met familie, vrienden of professionals. De patiënt moet worden aangemoedigd om zo nodig meer informatie te vergaren over zijn opties. De huisarts mag best meedenken,

maar de patiënt is probleemeigenaar en daarmee verantwoordelijk voor het oplossen of op zijn minst hanteerbaar maken van de problemen. Uiteindelijk blijven er meestal twee of drie opties over waaruit de patiënt zal moeten kiezen. Het is belangrijk om de patiënt duidelijk te maken dat de ideale oplossing er vaak niet bij zit. Dat wordt dus een lastige keuze tussen twee of drie 'kwaden'. Bij een moeilijke keuze kan een schrijfo opdracht behulpzaam zijn. De patiënt krijgt als huiswerk om per optie ten minste twintig voordelen en twintig nadelen op te schrijven. Dat geeft inzicht in alle mogelijke positieve en negatieve gevolgen van een bepaalde keuze. Na enige tijd voelt de patiënt doorgaans vanzelf aan wat voor hem de beste optie is. Hoewel rationele argumenten uitgebreid aan bod kunnen komen, moet een goede keuze vooral goed aanvoelen. Is de keuze eenmaal gemaakt, dan kan de patiënt nadenken over de noodzakelijke stappen om die optie te realiseren. Hierna kan worden afgesproken dat de patiënt de eerste stap zet. Het resultaat wordt bij een volgend consult besproken. Vervolgens komt de volgende stap in beeld of, als een probleem is opgelost, een volgend probleem.

Werkhervatting (fase 3)

Normaal doorwerken is meestal onmogelijk vanwege problemen op het werk en/of een gebrek aan energie (te traag tempo), prikkelbaarheid (risico op botsingen) en concentratieproblemen (risico op fouten). De Wet Verbetering Poortwachter stelt werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk beperken van het ziekteverzuim in omvang en duur. Daartoe moet de werkgever bereid zijn om de aard en omstandigheden van het werk en de werktijden (tijdelijk) aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De patiënt moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren, mits het binnen zijn vermogens ligt. Als het mogelijk is een gedeelte van het werk te blijven doen, kan de patiënt zich het beste niet

volledig ziek melden. In elk geval moet langdurig verzuim (langer dan drie maanden) worden voorkomen, omdat de kans op succesvolle werkhervatting snel kleiner wordt naarmate het verzuim langer duurt. Niet alleen ervaart de patiënt een steeds hogere drempel voor werkhervatting, ook bij de werkgever ontstaat een steeds hogere drempel voor re-integratie van de patiënt. De huisarts kan de patiënt vragen na te denken over de mogelijkheden om een deel van het werk te hervatten. Wat zou de patiënt weer kunnen gaan doen als hij de omstandigheden en het aantal uren werkhervatting zelf zou mogen bepalen? In principe zou iedere patiënt binnen zes weken weer een deel van zijn werk moeten kunnen hervatten.

Samenwerking met de bedrijfsarts/arboarts (alle fasen)

Een arboarts is een (basis)arts die bij een arbodienst werkt. Een bedrijfsarts is een medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Volgens de Arboret moeten werkgevers zich laten bijstaan door een bedrijfsarts of een gecertificeerde arbodienst voor onder meer de begeleiding van zieke werknemers. De bedrijfsarts/arboarts heeft daarbij een adviserende en ondersteunende rol. Het is goed om te weten dat de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts in de praktijk onder druk staat doordat hij door de werkgever betaald wordt en met andere bedrijfsartsen/arbodiensten moet concurreren op de markt voor bedrijfsgezondheidszorg. Daarbij komt dat de diensten die bedrijven bij bedrijfsartsen/arbodiensten inkoop, vaak minimaal zijn. Daardoor kunnen zieke werknemers vaak niet (tijdig) de begeleiding van de bedrijfsarts/arboarts krijgen die volgens hun eigen professionele richtlijn van toepassing is.²² Dit geeft nodeloos tijdverlies en vergroot de kans op langdurig ziekteverzuim. Wanneer de patiënt niet binnen drie weken een afspraak met een bedrijfsarts/arboarts kan krijgen, kan de huisarts overwegen te interveniëren, bijvoorbeeld door de werkgever dringend te adviseren op korte termijn een bedrijfsarts in te schakelen. Een werkgever kan zo'n advies om juridisch-maatschappelijke redenen moeilijk negeren. Wanneer het contact tussen de patiënt en diens werkgever niet optimaal is, heeft de bedrijfsarts/arboarts nogal eens de neiging om zich afzijdig te houden. Dat pakt doorgaans nadelig uit voor de patiënt. Het kan dan zeer de moeite lonen om de bedrijfsarts/arboarts te stimuleren een bemiddelende rol te gaan spelen. Direct telefonisch contact tussen huisarts en bedrijfsarts/arboarts (collega's!) werkt meestal beter dan communicatie via de bekende communicatieformulieren.

Vervolgcontacten

Wanneer de geschetste aanpak van overspanning aanslaat, moet er binnen drie tot vier weken een duidelijke verbetering te zien zijn, die kan worden geobjectiveerd aan de hand van de 4DKL. Blijft verbetering op die termijn uit, dan is verbetering in de daaropvolgende vier weken praktisch uitgesloten als het beleid niet wordt aangepast. Om geen kostbare tijd te verliezen, adviseren de MDR en LESA in zo'n geval overleg met de bedrijfsarts en verwijzing naar een psycholoog die ervaring heeft met overspanning en burn-out.

CONCLUSIE

Overspanning en burn-out ontstaan wanneer de patiënt te veel stress ondervindt en die niet meer aan kan, met als gevolg sociaal disfunctioneren (in het bijzonder ziekteverzuim). Het grote gevaar bij patiënten met een betaalde baan is langdurig verzuim en verlies van werk. De huisarts en de POH-ggz verkeren in een uitstekende positie om het herstelproces, dat in drie herkenbare fasen verloopt, te ondersteunen. Ze kunnen daarbij diverse activerende interventies inzetten. Om tijdige werkhervatting te realiseren is samenwerking met de bedrijfsarts een belangrijk aandachtspunt. ■

LITERATUUR

- 1 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992;35:311-5.
- 2 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. *Huisarts Wet* 1986;29:261-4.
- 3 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
- 4 Terluin B, Winnubst JAM, Gill K. Kenmerken van patiënten met de diagnose 'psychische surmenage' in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:1785-9.
- 5 Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- 6 De Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Compr Psychiatry* 1982;23:353-63.
- 7 Houtman ILD, Schoemaker CG, Blatter BM. Psychische klachten, interventies en werkhervatting: de prognosestudie INVENT. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.
- 8 Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JLL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 2005;48:7-12.
- 9 Verschuren CM, Nauta AP, Bastiaanssen MHH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJPM, et al. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Utrecht: NVAB, 2011.
- 10 Fontana D. *Managing stress*. London: British Psychological Association, 1989.
- 11 Horowitz MJ. *Stress response syndromes*. Northvale: Jason Aronson, 1986.
- 12 Kates N, Craven M. *Managing mental health problems. A practical guide for primary care*. Seattle: Hogrefe & Huber, 1998.
- 13 Van der Klink JLL, Terluin B, Hoogduin CAL. Interventies gericht op het individu. In: Van der Klink JLL, Terluin B, redactie. *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 14 Terluin B, Van der Klink JLL, Schaufeli WB. Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout. In: Van der Klink JLL, Terluin B, redactie. *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 15 Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. De effectiviteit van een interventie door het maatschappelijk werk bij huisartspatiënten die overspannen zijn. Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. *Huisarts Wet* 2007;50:238-44.
- 16 Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Rijmen F, Van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials* 2007;2:e26.
- 17 Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Herziening 2011. *Huisarts Wet* 2011;54:11-6.
- 18 Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.
- 19 Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher PJ, Njoo K, Boomsma LJ. NHC-Standaard Problematisch alcoholgebruik (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2005;48:284-5.
- 20 Eriksen HR, Murison R, Pensgaard AM, Ursin H. Cognitive activation theory of stress (CATS): from fish brains to the Olympics. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:933-8.
- 21 Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. *J Clin Psychol* 1999;55:1243-54.
- 22 Van der Klink JLL, Aulsems CCM, Beijderwellen BD, Blonk RWB, Bruinvels DJ, Dogger J, et al. *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Richtlijn*. Utrecht: NVAB, 2007.