

Aanpassingsstoornis (incl. overspanning en burn-out)

1. Visie op zorg: gezondheid als perspectief

1.1. Inleiding

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van op hen betrokken beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naasten op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief zijn en het minst belastend. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

1.2. Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigenregie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Machteld Huber. Proefschrift 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food', december 2014.

Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat primair om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naaste(n) en hun draagkracht om de meest passende weg te vinden richting herstel.

1.3. Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft de aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) één van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

1.4. Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit onlenen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels. Bijvoorbeeld als werkhypothese of als zoekterm.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beeloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

1.5. Eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstelgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zijn leven zo veel als mogelijk naar eigen inzicht te laten inrichten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik en transparantie.

Bron: Gepast gebruik en transparantie, Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie (Platform GGz, 2015).

Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen als zij zelf keuzes kunnen maken.

1.6. Samenwerken aan zorg en herstel

De stand van de wetenschap dwingt tot nederigheid. Over het functioneren van de menselijke psyche is nog veel onbekend. Daarom hebben we alle kennis nodig vanuit de wetenschap, de praktijk en de eigen ervaring om stappen vooruit te zetten en de nodige kwaliteitsverbeteringen in de GGZ te kunnen realiseren.

Daarnaast is het van groot belang dat een brede groep GGZ-professionals de nu ontwikkelde zorgstandaarden gaat gebruiken, zowel in de huisartsenzorg als in de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en de hoog specialistische GGZ. Alle betrokkenen moeten zich hierbij realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij het bepalen van de doelen, de interventies, het tempo en de frequentie. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naasten en hulpverleners te bepalen of en hoe dit aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (die gelden voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om hiervan op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

Natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de GGZ te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar ook voor patiënten en hun naasten.

naasten.: Patiënten- en familieorganisaties in het Landelijk Platform GGz hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

Voor hen zijn patiëntenversies beschikbaar.

2. Inleiding

2.1. Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

2.1.1. Zorgstandaard

Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde stoornis. De standaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde stoornis minimaal moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandeltraject.

2.1.2. Generieke module

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevant zijn voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke psychische stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen.

2.1.3. Richtlijn

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg. Het is veelal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en een afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Verschillende (be)handelingen binnen eenzelfde situatie worden vermindert.

2.1.4. De verhouding van zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen

Richtlijnen zijn de basis voor de inhoud van een zorgstandaard. Een zorgstandaard gebruikt de inhoud van de richtlijnen en formuleert daar aanbevelingen uit. Op gebieden die niet in de richtlijnen staan beschreven, heeft de werkgroep van de zorgstandaard op basis van literatuuronderzoek, ervaring en consensus een aanbeveling geformuleerd. De generieke modules bevatten stoornis- overstijgende aanbevelingen die waar mogelijk worden gebruikt in een zorgstandaard.

2.2. Patiënt- en familieparticipatie

2.2.1. Methodiek

Tijdens de ontwikkeling van de zorgstandaard is het patiëntperspectief op meerdere manieren en verschillende tijdstippen onderzocht en in de zorgstandaard verwerkt. Bij aanvang van het ontwikkelingstraject is er een focusgroep georganiseerd waarin knelpunten onder patiënten zijn opgespoord. Er kwamen slechts twee patiënten. Tijdens het opstellen van de zorgstandaard hadden vertegenwoordigers van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid zitting in de werkgroep.

2.2.2. Samenvatting van de uitkomsten van de focusgroep

Hieronder staan de belangrijkste conclusies vanuit de focusgroep per thema:

- Vroegsignalering: de werkgever kan wel een belangrijke rol bij spelen bij de (vroeg)signalering (verwerkt in Vroege onderkenning).
- Persoonlijk: het is moeilijk om zelf te erkennen dat er een probleem is. Vaak komt het besef pas bij veel klachten en/of na een incident (verwerkt in Psycho-educatie).
- Persoonlijk: de adviezen worden aan het begin van de behandeling niet altijd goed ontvangen, de patiënt is er nog niet klaar voor (verwerkt in Psycho-educatie).
- Thuis: de zorgverlener moet minimaal een keer informeren naar de omgeving, de thuissituatie of het gezin, bij voorkeur aan het begin van de behandeling (verwerkt in Diagnostiek).
- Omgeving: er is soms onbegrip van de omgeving voor de ziekte van de patiënt. Als de patiënt zijn omgeving informeert, open is over zijn ziekte en afspraken maakt met mensen in zijn omgeving, ontstaat er begrip en kunnen deze mensen mee werken aan de behandeling (verwerkt in Zelfmanagement).
- Maatschappelijk: de rol van de werkgever is heel belangrijk. De werkgever kan oorzaak zijn van de klachten, maar kan ook een signalerende functie hebben of meehelpen aan het herstel (verwerkt in Vroege onderkenning en Zelfmanagement).
- Zorg: graag één aanspreekpunt voor alle problemen zodat patiënten niet continue hun verhaal hoeven te vertellen (verwerkt als coördinerend behandelaar / regiebehandelaar).
- Zorg: als de behandeling niet aanslaat, moet de zorgverlener doorverwijzen. Zorg op maat is erg belangrijk voor het slagen van de behandeling. Het is belangrijk om doelen te stellen, daarnaar toe te werken en daar de tijd voor te nemen (verwerkt in Monitoring en Behandeling en begeleiding).
- Zorg: de rol van de arbodienst is soms niet duidelijk, voor wie zijn ze er, voor de patiënt of voor de werkgever? (Dit is verwerkt in Herstel, participatie & re-integratie en is onderdeel van de generieke module Arbeid als medicijn).
- Zorg: er is nu geen mogelijkheid voor een second opinion bij een bedrijfsarts, behalve als de patiënt dat zelf betaalt. (Dit is onderdeel van de generieke module Arbeid als medicijn).

2.2.3. Verwerking van de uitkomsten van de focusgroep en het patiëntperspectief in de zorgstandaard

Alle onderdelen van de zorgstandaard zijn besproken in de werkgroep waarbij de vertegenwoordigers van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid commentaar konden geven, wat leidde tot aanpassingen. Voorafgaand aan de commentaarroude is nagegaan of de conclusies uit de focusgroep correct zijn verwerkt in de zorgstandaard. In deze zorgstandaard zijn tevens documenten van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid gebruikt. Dit is dan vermeld.

2.3. Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

Bij de totstandkoming van deze zorgstandaard is gebruik gemaakt van of wordt verwezen naar de volgende generieke modules, richtlijnen en zorgstandaarden:

- generieke module Arbeid als medicijn
- generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk
- generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ
- generieke module Herstelondersteuning
- Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz
- generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- generieke module Psychotherapie
- generieke module Zelfmanagement
- MDR: één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals.
- Richtlijn Aanpassingsstoornissen bij mensen met kanker
- zorgstandaard Angststoornissen
- zorgstandaard Depressieve stoornissen
- zorgstandaard Trauma en stressorgerelateerde stoornissen

2.4. Uitgangspunten

De zorgstandaard is gebaseerd op de volgende kwaliteitsinstrumenten:

- MDR: één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals.
- LESA: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out.
- Coronel Instituut: Update van de kennis over overspanning en burn-out: diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief. Rapport van het Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid. Dit rapport is een aanvulling op de MDR.
- Leerboek psychiatrie.
- DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen.
- Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen.
- Richtlijn Aanpassingsstoornissen bij mensen met kanker.

Gebruikte kwaliteitsinstrumenten staan afgekort vermeld als bron in de noten. Voor onderdelen waarvoor geen kwaliteitsinstrumenten beschikbaar waren, hebben we een literatuursearch gedaan en wetenschappelijk onderzoek gebruikt. De artikelen en eventuele uitwerkingen staan vermeld in de eindnoten. Waar geen wetenschappelijke literatuur voorhanden was, zijn de teksten gebaseerd op best practices en consensus in de werkgroep.

2.4.1. Werkwijze

Vorbereidingsfase

Het project startte met de inventarisatie van behoeften, ervaringen en knelpunten in de zorg voor patiënten met een aanpassingsstoornis, eerst bij patiënten zelf (focusgroep) en daarna bij organisaties die huisartsen (NHG, PsyHAG), praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (LV POH-GGZ), verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN), psychologen (NIP, NVP, LVVP), bedrijfsartsen (NVAB) en patiënten (Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid) vertegenwoordigen. De in het achtergronddocument genoemde verenigingen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de werkgroep. De werkgroep werd geleid door een onafhankelijk voorzitter, Jac van der Klink, hoogleraar psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid aan de Universiteit van Tilburg.

Ontwikkelingsfase

De zorgstandaard is door de werkgroep ontwikkeld op basis van de eerder genoemde kwaliteitsinstrumenten, aanvullende wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen met betrekking tot praktische haalbaarheid. Bij de ontwikkeling van de zorgstandaard is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de [MDR Overspanning en burn-out](#). Bij gebrek aan voldoende (epidemiologische) cijfers is er geen kosteneffectiviteitsanalyse verricht. De praktische haalbaarheid is bepaald door inbreng en expertise van de werkgroepleden en geverifieerd in een proefimplementatie. De proefimplementatie is uitgevoerd door de NVAB. Daarbij zijn de zorgverleners getraind aan de hand van deze zorgstandaard. Vervolgens hebben zij de opgedane kennis toegepast in de praktijk en hun ervaringen gerapporteerd aan de NVAB. Parallel daaraan was er een consultatiefase waarin het concept is voorgelegd aan de betrokken organisaties. De definitieve zorgstandaard is daarna geautoriseerd dan wel bestuurlijk goedgekeurd door alle partijen met vertegenwoordigers in de werkgroep om landelijk draagvlak te creëren voor de implementatie. Zie achtergronddocument [Betrokken organisaties](#) voor de volledige lijst.

Afrondingsfase

Na afronding volgt publicatie van de zorgstandaard op websites. Tevens is er patiëntenvoorlichting en -informatie op [Thuisarts](#). Deze

is gemaakt in overleg met Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Bovendien is een implementatieplan ontwikkeld. Tijdens de afrondingsfase wordt de procedure gestart om de zorgstandaard in het register van het Zorginstituut te laten opnemen. Ook is er een onderhoudsplan opgesteld.

2.4.2. Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2.5. Leeswijzer

Voor de leesbaarheid zijn de aandoeningen aanpassingsstoornissen en overspanning/burn-out gecombineerd en afgekort als A-OB, zie [Inleiding](#) voor een inhoudelijke motivatie. Met de term zorgverlener worden alle betrokken hulpverleners bedoeld zoals de huisarts, de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz, de bedrijfsarts, de psycholoog en de psychiater. Zo nodig wordt het soort zorgverlener expliciet benoemd. Soms zijn meerdere zorgverleners betrokken en is regie nodig, waarbij één behandelaar het aanspreekpunt is voor de patiënt en verantwoordelijk is voor de voortgang van de behandeling. Deze behandelaar kan de behandeling zelf uitvoeren of hem uitbesteden. Deze behandelaar wordt aangeduid met de term coördinerend behandelaar, of – wanneer de zorg in de GB GGZ of S GGZ wordt geleverd – als regiebehandelaar.

regiebehandelaar.: De coördinerend behandelaar of regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze zorgverlener per definitie ook de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar. Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Deze persoon is dan de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar.

De zorgstandaard bespreekt veelvuldig het thema werk, niet alleen als oorzaak van A-OB, maar ook als een onderdeel van de begeleiding/behandeling. Voor veel mensen in Nederland is werk een belangrijk onderdeel van hun leven. De netto arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking (15-65 jaar) in Nederland in het 2e kwartaal van 2016 is 74,8%.

De netto arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking (15-65 jaar) in Nederland in het 2e kwartaal van 2016 is 74,8%. Zie de website van CBS: Arbeidsparticipatie.
[Meer informatie](#)

Werk is de meest voorkomende stressor voor een A-OB. De hoge arbeidsparticipatie in Nederland gaat regelmatig gepaard met uitval van het werk. Daarom kiest de werkgroep ervoor werk vaker te benoemen en meer uit te werken.

De werkgroep onderkent echter dat werk zeker niet de enige mogelijke stressor is bij een A-OB en dat een A-OB ook zijn weerslag heeft in andere domeinen. Bijvoorbeeld ook intensieve mantelzorgtaken, relationele spanningen, verlies van een dierbare of een (levensbedreigende of chronische) somatische aandoening kunnen stressoren zijn die A-OB veroorzaken. A-OB komt dus ook bij niet-werkenden veelvuldig voor. Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om dit niet continu te herhalen en niet voor alle stressoren uit te werken. De informatie over werk kan ook worden gelezen als geldend voor bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, mantelzorg en huishoudelijk werk.

3. Specifieke omschrijving aanpassingsstoornis

3.1. Inleiding

3.1.1. Kenmerken en symptomen

Kenmerken en symptomen van aanpassingsstoornis, overspanning, burn-out worden nu besproken.

3.1.2. Aanpassingsstoornis

Een aanpassingsstoornis wordt in de DSM-5 gedefinieerd als emotionele en gedragsmatige symptomen die binnen drie maanden ontstaan als reactie op een aanwijsbare stressor.

Bron: American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5), p.411. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Hierbij moet het lijden ernstiger zijn dan op basis van de ernst en intensiteit van de stressor verwacht kan worden en moeten de symptomen leiden tot duidelijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.

De volledige beschrijving van de aandoening luidt:

- A. De ontwikkeling van emotionele of gedragsmatige symptomen als reactie op een of meer aanwijsbare stressoren die optreden binnen drie maanden na het begin van de stressor(en).
- B. Deze symptomen of gedragingen zijn klinisch significant, zoals blijkt uit een of beide van de volgende kenmerken:
- C. De stressorgerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere psychische stoornis en is niet slechts een exacerbatie van een reeds bestaande psychische stoornis.
- D. De symptomen zijn geen uitingen van normale rouw.
- E. Zodra de stressor of de gevolgen daarvan zijn verdwenen, persisteren de symptomen niet langer dan nog eens zes maanden.

Rouw

De diagnose aanpassingsstoornis kan bij rouw worden toegekend wanneer de intensiteit, de kwaliteit of de nawerking van het verdriet na de dood van een geliefd persoon groter is dan wat normaal verwacht mag worden, rekening houdend met culturele, religieuze of bij de leeftijd passende normen. De verwerking van het verlies stagneert en gaat samen met lijdensdruk en disfunctioneren op één of meer gebieden. Een meer specifieke verzameling van met rouw samenhangende symptomen heet persisterende complexe rouwstoornis.

Chronische of levensbedreigende aandoening

Ook een chronische of levensbedreigende somatische aandoening is een belangrijke stressor die aanleiding kan geven tot het ontwikkelen van een aanpassingsstoornis. Dit geldt met name voor oncologische aandoeningen. Zie voor aanvullende informatie de [richtlijn Aanpassingsstoornissen](#) bij patiënten met kanker.

Bron: Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie. (2016). Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker.

Het krijgen van een chronische of levensbedreigende somatische aandoening leidt doorgaans tot diverse fysieke en psychologische stressoren. Het karakter van de aandoening geeft vaak 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 maar kan ook berusten op ziektegedrag zonder sombere stemming, 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. Ook na het afronden van een behandeltraject kunnen patiënten klachten ontwikkelen.

Geringe bekendheid en gebrekkige bruikbaarheid in de praktijk

Het begrip aanpassingsstoornis geniet in de Nederlandse huisartsenpraktijk evenals in de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) weinig bekendheid en wordt daar, anders dan in de GB GGZ en S GGZ, amper gebruikt.

Het begrip aanpassingsstoornis geniet in de Nederlandse huisartsenpraktijk evenals in de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) weinig bekendheid en wordt daar, anders dan in de GB GGZ en S GGZ, amper gebruikt.: Weinig bekendheid begrip aanpassingsstoornissen in de 1e lijn. Dit is gebaseerd op de ervaringen van de werkgroep.

Dit maakt de implementatie van deze zorgstandaard in de huisartsenpraktijk en BGZ lastig. Een probleem is onder andere het criterium lijdensdruk. Deze moet bij een aanpassingsstoornis ernstiger zijn dan op grond van de ernst van de stressor verwacht mag worden. Dit is in de huisartsenpraktijk slechts bij een minderheid van de patiënten aan de orde. Een ander probleem betreft het feit dat de diagnose op de keper beschouwd alleen achteraf gesteld kan worden, omdat de klachten binnen zes maanden na het wegvallen van de stressor verdwenen moeten zijn. Inhoudelijk komt de beschrijving van aanpassingsstoornis in de DSM-5 grotendeels overeen met die van overspanning (ook wel 'surmenage' genoemd) en burn-out, begrippen die in Nederland en met name in de huisartsenpraktijk veel meer gangbaar zijn. Vandaar dat ook die hier nader omschreven worden.

3.1.3. Overspanning

Voor overspanning moet worden voldaan aan alle vier onderstaande criteria.

Voor overspanning moet worden voldaan aan alle vier onderstaande criteria.: Zie de Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals.

[Meer informatie](#)

Bron: NVAB, NHG, LVE. (2011a). Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak overspanning en burn-out.

A. Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:

B. 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 grip te verliezen.

C. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

D. De distress, het controleverlies en het disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Toelichting op de definitie 'overspanning'

Criterium A eist dat er een minimale hoeveelheid distress (onaangename spanning) aanwezig is. In veel gevallen zullen meer dan drie symptomen aanwezig zijn. 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 en langer moet aanhouden dan een korte tijd een beetje minder goed functioneren. Criterium D eist dat de distress, 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. De psychiatrische stoornis kan op zichzelf een spanningsbron vormen die leidt tot distress, controleverlies en disfunctioneren (volgens criteria A, B en C). Wanneer de diagnose overspanning gesteld wordt naast een psychiatrische stoornis, dan moet ook de overspanning bij de behandeling aandacht krijgen. De stressoren gaan niet weg door de behandeling van de psychiatrische stoornis, tenzij die de voornaamste stressor is. Het omgekeerde komt ook voor, een overspanning kan een psychiatrische stoornis luxeren. Ook dan moeten beide behandeld worden.

3.1.4. Burn-out

Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.

Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.: Zie de Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals.

[Meer informatie](#)

A. Er is sprake van overspanning.

B. De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.

C. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Toelichting op de definitie van burn-out

Criterium A positioneert burn-out als een vorm van overspanning, terwijl criteria B en C aansluiten bij de gangbare beeldvorming omtrent 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 betrokkene. 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 een minder effectieve copingstijl en een neiging tot somatiseren specifieke aandacht in de behandeling behoeven. Werkgerelateerdheid is zeker geen noodzakelijk kenmerk van burn-out. Het kan ook bijvoorbeeld bij intensieve mantelzorgtaken of (chronische) somatische aandoeningen voorkomen.

3.1.5. Overeenkomsten, verschillen en gebruik van aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out

Er zijn meerdere overeenkomsten tussen de begrippen aanpassingsstoornis, overspanning en burn-out. Het gaat om patiënten met lijdensdruk en verminderd functioneren op een relevant levensgebied door één of meerdere stressoren, waardoor de patiënten controleverlies ervaren. Daarbij ontbreken bij de begrippen overspanning en burn-out de eerder genoemde praktische bezwaren die de bruikbaarheid van het begrip aanpassingsstoornis in de eerste lijn beperken: oninvoelbaarheid is geen criterium en de diagnoses kunnen gesteld worden terwijl de symptomen nog actueel zijn.

3.1.6. Gemeenschappelijk mechanisme aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out

Door de grote overeenkomsten tussen aanpassingsstoornissen en overspanning/burn-out lijkt het onderliggende mechanisme overeen te komen. Het ontstaan van A-OB begint met 'stress'.

Het ontstaan van A-OB begint met 'stress': Mechanisme aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out: De zorgstandaard gaat uit van het mechanisme beschreven door Terluin.

Bron: Terluin, 2005.

Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die gepercipieerd worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht. Voorbeelden van stressoren zijn: een echtscheiding, ernstige ziekte (ook van partner/kind), rouw, problemen op het werk, het verlies van werk, veeleisende opvoedtaken of intensieve mantelzorg. Problemen door stressoren met een sterk gewelddadig karakter hebben conform de DSM-5 een eigen diagnose en vallen om die reden buiten het bestek van de zorgstandaard. Zie hiervoor de zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

Geconfronteerd met één of meer stressoren moet de persoon in kwestie deze hanteren (coping) om zijn psychosociale evenwicht te bewaren of te herstellen. Een gevoel van onaangename spanning (distress of draaglast) ontstaat 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 te druk, ondervindt problemen of tegenslagen, of krijgt te maken met ingrijpende veranderingen. Als de stresshantering echter tekort schiet om het evenwicht te herstellen (falende coping) en de persoon niet meer weet wat te doen, verliest hij controle. De betrokkene is de grip op de situatie kwijt. De distress neemt flink toe en dit uit zich in dat de patiënt 'het opgeeft'. 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. Er is dan sprake van A-OB: een combinatie van distress, controleverlies en sociaal disfunctioneren.

3.1.7. Somatisatie

In een situatie van A-OB kunnen lichamelijke spanningsklachten het beeld verder inkleuren. Bij daarvoor gevoelige personen kan dan een proces van somatisatie ontstaan. Somatisatie houdt in dat de distress en de daarmee samenhangende lichamelijke klachten elkaar en zichzelf versterkende factoren worden door preoccupatie met lichamelijke klachten. Aandacht van de omgeving, inclusief de zorgsector, kan dit proces verder versterken.

3.1.8. Verwerking in de zorgstandaard

Deze zorgstandaard behandelt het hele spectrum van de moeite die mensen kunnen hebben bij het omgaan met een stressor zoals dat zich in de praktijk voordoet. De zorgstandaard bespreekt het normale beloop, het verstoorde beloop, stagnerende factoren voor herstel, risicofactoren voor een ernstig verstoord beloop, bevorderende factoren voor herstel en de behandeling volgens het fasen-taken model. Zie voor een toelichting van dit model [Behandelingen](#).

Doelgroep, uitgangspunt en scope zorgstandaard

De zorgstandaard richt zich op patiënten die lijdensdruk ervaren en minder functioneren op relevante levensgebieden door een

verstoring van de balans van de draaglast en de draagkracht als gevolg van één of meer stressoren. Alle drie de genoemde aandoeningen betreffen deze groep patiënten. Daarom bespreken we de drie de genoemde aandoeningen in deze zorgstandaard als één aandoening. Het accent ligt op het mechanisme en de klachten en niet zo zeer op de classificatie. De diagnoses aanpassingsstoornissen en overspannen/burn-out zijn dus niet het uitgangspunt maar de termen kunnen wel door de zorgverleners worden gebruikt in de communicatie met de patiënt – om te verduidelijken dat het om een reactie op stress gaat en niet om bijvoorbeeld een depressie of een angststoornis – en voor nadere invulling van de behandeling.

3.1.9. Prevalentie

In de algemene populatie ligt de prevalentie van een aanpassingsstoornis tussen de 0,3 en 2%.

In de algemene populatie ligt de prevalentie van een aanpassingsstoornis tussen de 0,3 en 2%. Epidemiologie: Er is weinig onderzoek gedaan naar het voorkomen van aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out. De meeste gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen die werken met verwante symptomen zoals crisis en surmenage.

[Meer informatie](#)

Bij patiënten met psychische klachten in een huisartsenpraktijk is de prevalentie van een aanpassingsstoornis circa 11%. De ICPC-codes P02 (Crisis/voorbijgaande reactie) en P78 (Neurasthenie/surmenage) in de huisartsenpraktijk betreffen grotendeels de klachten van een overspanning/burn-out. In 2013 waren de incidentie en de prevalentie van P02 volgens de peilstations van het NIVEL respectievelijk 8,1 en 9,1 per 1000 patiënten. Van P78 waren de corresponderende getallen 7,0 en 12,3 per 1000 patiënten.

Van P78 waren de corresponderende getallen 7,0 en 12,3 per 1000 patiënten. Epidemiologie: Er is weinig onderzoek gedaan naar het voorkomen van aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out. De meeste gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen die werken met verwante symptomen zoals crisis en surmenage.

[Meer informatie](#)

De man-vrouw verhouding is voor beide codes 1:2.

In de GB GGZ heeft circa 9% van de aangemelde patiënten een aanpassingsstoornis. Bij somatische aandoeningen komt een aanpassingsstoornis regelmatig voor. Bij oncologische patiënten is de prevalentie circa 19% en in de palliatieve fase circa 15%. Bij patiënten die in het ziekenhuis zijn verwezen naar een psychiater en bij bezoekers van de eerste hulp ligt de prevalentie tussen de 12 en 17%. In de S GGZ is de prevalentie circa 11%.

Uit de [vragenlijst van de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden \(NEA\)](#) blijkt dat in 2011 en 2013 ongeveer 13% van de beroepsbevolking burn-out symptomen had.

Bron: Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid, AMC. (2015). Update van de kennis over overspanning en burn-out: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief.

Daarbij was het aandeel van mannen (13%) en vrouwen (12%) nagenoeg gelijk.

3.1.10. Risicogroepen en -factoren

Risicofactoren voor een A-OB:

Risicofactoren voor een A-OB: Risicofactoren aanpassingsstoornis: Risicofactoren op een aanpassingsstoornis zijn sporadisch onderzocht. De voorhanden onderzoeken zijn doorgaans klein en de populatie is doorgaans niet representatief voor de algemene populatie.

Door het gebrek aan goed opgezette onderzoeken zijn de mededelingen over risicofactoren in de zorgstandaard gebaseerd op expert opinions, aangedragen door de werkgroep.

Bron: NVAB, NHG, LVE. (2011b). MDR Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, p.54 .

- Voorgeschiedenis met veel stressoren.
- Kwetsbaarheid (bijvoorbeeld blijkend uit eerdere episode(s) met psychische klachten, recent hoge medische consumptie).
- Niet mee kunnen komen met de maatschappij (door toenemende complexiteit).

- Beperkt steunsysteem.
- Chronische belasting met stressoren leidend tot uitputting.
- Hoge leeftijd (> 50 jaar).
- Een verzuimhistorie van meer dan 100 verzuimdagen in de voorgaande twaalf maanden.
- Belemmerende en op angst gebaseerde overtuigingen die verhinderen dat rollen (werk, sociaal, gezin) weer worden opgepakt.
- Signalen van vermijding.
- Een passieve copingstijl.
- Niet vertrouwen op een spoedige terugkeer naar werk (meer dan drie maanden nodig denken te hebben) of verwachten niet terug te kunnen keren naar werk.
- Vermoeidheid staat sterk op de voorgrond.

3.1.11. Prognose en het beloop

In een prospectief Nederlands onderzoek (n=3376) was ongeveer de helft van de patiënten met een burn-out na 1 jaar hersteld.

In een prospectief Nederlands onderzoek (n=3376) was ongeveer de helft van de patiënten met een burn-out na 1 jaar hersteld.: Prognose burn-out: In een Nederlands prospectief onderzoek (n = 12.140, antwoordpercentage 45%, follow-up 4 jaar) is de prognose van burn-out en langdurige vermoeidheid onderzocht (Leone 2008). Bij aanvang van het onderzoek zijn er 3376 patiënten met een burn-out en/of langdurige vermoeidheid. Na een jaar was circa 50% van de patiënten met een burn-out hersteld.

Er zijn wel enkele factoren die het beloop negatief beïnvloeden. Voorspellers van langdurig werkuitval bij een A-OB zijn de aanwezigheid van comorbiditeit en fysiek zware arbeid.

Er zijn wel enkele factoren die het beloop negatief beïnvloeden. Voorspellers van langdurig werkuitval bij een A-OB zijn de aanwezigheid van comorbiditeit en fysiek zware arbeid.: In de rapporten over ziekteverzuim zijn verschillende termen gebruikt die onder A-OB vallen, zoals werkstress, werkdruk en psychische klachten. Dit is niet geheel hetzelfde, maar ze vertonen wel veel overeenkomsten. Verschijnselen van werkstress zijn bijvoorbeeld ernstige vermoeidheid, gespannenheid of nervositeit.

De steun van collega's draagt bij aan het herstel. Van andere factoren is dat minder duidelijk. Minder uitputting, meer variabiliteit in taken op het werk en een minder omvangrijke werkweek dragen bij aan tot een verbetering van A-OB. Van andere factoren is dat minder duidelijk.

3.1.12. Werkgerelateerde uitkomsten

Het risico op langdurige ziekte/verzuim is verhoogd bij:

Het risico op langdurige ziekte/verzuim is verhoogd bij.: Prognostische factoren werkgerelateerde uitkomsten: De 3 factoren in de hoofdstuktekst zijn gebaseerd op ervaringen van de werkgroep.

- Een leeftijd > 50 jaar.
- Een langere duur van klachten op het moment van het eerste contact met de zorgverlener.
- Uitval op meerdere levensgebieden.

Een bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) heeft geen effect op het voorkomen van herhaaldelijk ziekteverzuim en op de snelheid van terugkeer naar werk.

Een bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) heeft geen effect op het voorkomen van herhaaldelijk ziekteverzuim en op de snelheid van terugkeer naar werk.: Werkgerelateerde uitkomsten: De tekst voor deze noot komt uit Coronel Instituut: Update van de kennis over overspanning en burn-out: diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief, p. 21.

[Meer informatie](#)

Bron: Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid, 2015.

Een hogere leeftijd (elk jaar ouder of boven de 25) vergroot het risico op langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid. De invloed van het aantal verzuimdagen voorafgaand aan de start van het onderzoek, geslacht, opleidingsniveau, het hebben van comorbiditeit en

meer vermoeidheidsklachten is onduidelijk.

3.1.13. Behandelingen

Activerende aanpak

Vanwege het vergelijkbare onderliggende mechanisme komen de begeleiding en behandeling van een aanpassingsstoornis overeen met die van overspanning/burn-out. De zorgstandaard gaat uit van een activerende aanpak: de behandeling en begeleiding is activerend, versterkt het probleemoplossend vermogen, is oplossingsgericht en gericht op het herstel van functioneren.

De zorgstandaard gaat uit van een activerende aanpak: de behandeling en begeleiding is activerend, versterkt het probleemoplossend vermogen, is oplossingsgericht en gericht op het herstel van functioneren.: Uitgangspunt begeleiding en behandeling: Het uitgangspunt en de uitwerking van de begeleiding en behandeling is gebaseerd op al bestaande richtlijnen van de NVAB, de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (nu LVVP) en de Landelijke Eerstelijnsafspraken van de NVAB en het NHG.

[Meer informatie](#)

De elementen die de patiënt de meeste energie geven en het herstel van functioneren bevorderen vormen het startpunt van de begeleiding. Omdat de omgeving rond de patiënt of werknemer processen doormaakt die complementair zijn aan die van de patiënt zelf, richt de aanpak zich zowel op het individu als op de omgeving met als focus de randvoorwaarden voor herstel. Deze aanpak beoogt een chronisch beloop te voorkomen in het overgrote deel van de gevallen. Daarbij wordt participatie in de maatschappij (gezin, werk, mantelzorg, vrijwilligerswerk etcetera) gebruikt als een herstelbevorderende factor, een belangrijke sociale ondersteuningsstructuur en plaats van handeling.

Daarbij wordt participatie in de maatschappij (gezin, werk, mantelzorg, vrijwilligerswerk etcetera) gebruikt als een herstelbevorderende factor, een belangrijke sociale ondersteuningsstructuur en plaats van handeling.: Comorbiditeit aanpassingsstoornis, overspanning en burn-out: De comorbiditeit is gebaseerd op een review.

Bron: Gur, 2005.

Stagering

In het beloop van A-OB kunnen volgens het fasen-takenmodel drie fasen worden onderscheiden: de crisisfase, de probleem- en oplossingsfase en de toepassingsfase. De zorgverlener begeleidt en/of behandelt de patiënt aan de hand van deze drie fasen. Het is geen star maar een dynamisch model. De fasen verlopen in het algemeen opeenvolgend, maar kunnen elkaar ook overlappen. Een fase kan bovendien kort zijn. Bij meerdere problemen kan de fase per probleem verschillen.

In de crisisfase is de patiënt de greep op zijn functioneren kwijt en voelt hij zich ontredderd.

In de crisisfase is de patiënt de greep op zijn functioneren kwijt en voelt hij zich ontredderd. : Uitgangspunt begeleiding en behandeling: Het uitgangspunt en de uitwerking van de begeleiding en behandeling is gebaseerd op al bestaande richtlijnen van de NVAB, de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (nu LVVP) en de Landelijke Eerstelijnsafspraken van de NVAB en het NHG.

[Meer informatie](#)

Hij ervaart dit als een crisis. Inzicht en acceptatie zijn de eerste randvoorwaarden voor herstel. Van daaruit ontstaat perspectief op herstel en kan de patiënt tot rust komen. In deze fase is het deelnemen aan het arbeidsproces, sociale rollen en/of het uitvoeren van privé-activiteiten vaak niet goed mogelijk.

In de probleem- en oplossingsfase is de eerste hersteltaak het oriënteren op de (copings)problemen die hebben geleid tot A-OB (in plaats van op de klachten die er het gevolg van zijn). De patiënt herwint controle door structuur te brengen in de problematiek. Daarbij stelt hij zich de volgende vragen: welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze en wat moet er gebeuren? Vervolgens richt hij zich op oplossingen. Hij bedenkt welke oplossingen denkbaar zijn en hoe wenselijk en realistisch deze zijn.

In de toepassingsfase is de taak oplossingen toe te passen en daarmee de controle op de situatie te herwinnen. Deze taken kan men ondersteunen met opdrachten, zoals het maken van opbouwschema's. In dit proces bouwt de patiënt zijn controle weer op en versterkt zijn coping, wat ook preventief werkt tegen terugval.

Wanneer de zorgverlener de patiënt volgens dit model consequent en activerend begeleidt, kan de patiënt meestal binnen drie maanden weer grip op zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) participeren in zijn sociale rollen.

3.1.14. Veel voorkomende comorbiditeit

Bij A-OB is de comorbiditeit vooral:

Bij A-OB is de comorbiditeit vooral:: Comorbiditeit aanpassingsstoornis, overspanning en burn-out: De comorbiditeit is gebaseerd op een review van Gur, 2005.

- Persoonlijkheidsproblematiek.
- Angstklachten of -stoornis.
- Depressie(ve klachten).
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis.
- Chronische somatische aandoeningen, specifiek oncologische aandoeningen.
- Stoornis in het gebruik van middelen.

3.1.15. Gevolgen van de aandoening

Persoonlijke gevolgen

De persoonlijke gevolgen bestaan voornamelijk uit relatieproblemen, gezins- of familieproblemen, verlies van werk en werkloosheid, ziekteverzuim, schoolverzuim en vermindering van sociale contacten.

De persoonlijke gevolgen bestaan voornamelijk uit relatieproblemen, gezins- of familieproblemen, verlies van werk en werkloosheid, ziekteverzuim, schoolverzuim en vermindering van sociale contacten.: Werkuitval: In de rapporten over ziekteverzuim zijn verschillende termen gebruikt die onder A-OB vallen, zoals werkstress, werkdruk en psychische klachten. Dit is niet geheel hetzelfde, maar ze vertonen wel veel overeenkomsten.

[Meer informatie](#)

De kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven: Kwaliteit van bestaan:
De hoofdstuk is gebaseerd op ervaringen van de werkgroep.

bij een aanpassingsstoornis, overspanning en burn-out is verminderd. Vooral verlies van werk vermindert de kwaliteit van leven sterk. Gevoelens van falen en/of mislukken komen veelvuldig voor, zeker als de aandoening leidt tot werkloosheid of echtscheiding.

Maatschappelijke gevolgen

In 2012 was de gemiddelde verzuimduur door psychische klachten, overspannenheid of burn-out circa 56 dagen.

In 2012 was de gemiddelde verzuimduur door psychische klachten, overspannenheid of burn-out circa 56 dagen. :
Werkuitval:

In de rapporten over ziekteverzuim zijn verschillende termen gebruikt die onder A-OB vallen, zoals werkstress, werkdruk en psychische klachten. Dit is niet geheel hetzelfde, maar ze vertonen wel veel overeenkomsten.

[Meer informatie](#)

Van het ziekteverzuim wordt bijna 30% door werkstress veroorzaakt. Dit leidt ook tot verzaking van mantelzorg en zorg voor het gezin. In 2012 waren de kosten voor werkgevers als gevolg van verzuim door werkstress 1,84 miljard euro.

3.2. Doelstelling

Deze zorgstandaard Aanpassingsstoornissen inclusief overspanning/burn-out geeft de maatstaf voor de minimaal vereiste kwaliteit van zorg bij mensen met (risico op of symptomen van) A-OB, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. De patiënt staat centraal in de zorgstandaard. Dit betekent dat de gang van de patiënt door het zorgproces leidend is.

De zorgstandaard geeft aanbevelingen voor de patiënt en de zorgprofessionals, waarbij voldoende ruimte voor flexibiliteit en een individuele, persoonsgerichte benadering aanwezig is. Ook biedt de zorgstandaard handvatten voor gezamenlijke besluitvorming en individualisering (personalised care) ten aanzien van de begeleiding en behandeling.

De zorgstandaard geeft per fase van het ziekteproces aan welke zorg geboden wordt, wat de indicatiestelling is, en hoe de zorg en organisatie hiervan wordt vormgegeven. Tevens wordt de bijbehorende verantwoordingsinformatie beschreven.

3.3. Doelgroep

De zorgstandaard richt zich op patiënten die lijdensdruk ervaren en minder functioneren op relevante levensgebieden door een verstoring van de balans van draaglast en draagkracht door één of meer stressoren. De verstoring uit zich in klachten. In het begin zijn de klachten veelal aspecifiek en niet altijd direct herleidbaar tot een stressor; deze wordt soms pas na enige tijd duidelijk. De patiënt verliest de controle over het eigen functioneren en de interactie met anderen, wat hij ervaart als machteloosheid. De diagnose aanpassingsstoornis of overspanning/burn-out kan hierbij worden gebruikt om de klachten te classificeren en voor de patiënt te duiden. De criteria van deze aandoeningen staan beschreven in [Inleiding](#).

Patiënten met klachten door stressoren met een sterk traumatisch (gewelds)karakter horen niet bij de doelgroep van deze zorgstandaard, hiervoor wordt verwezen naar de zorgstandaard Trauma en stressorgerelateerde stoornissen.

Andere zorgstandaarden kunnen deze zorgstandaard gebruiken bij twijfel over de diagnose of bij onderliggende stressorgerelateerde problematiek.

4. Zorg rondom aanpassingsstoornis

4.1. Inleiding

Bij de begeleiding en behandeling van A-OB geldt het adagium 'zo veel als nodig is en zo weinig als mogelijk'. De behandeling is procescontingent (de vorderingen van het herstel in het proces zijn leidend en niet de tijdsduur), probleemgericht en gericht op vergroten van de zelfredzaamheid. Het herstelproces wordt onderverdeeld in verschillende fasen volgens het fasen-takenmodel. Dit model is in [Inleiding](#) beschreven.

Gedurende het herstelproces is activering van de patiënt en het werken aan herstel nodig (zie [Herstel](#)). De behandeling kan worden ondersteund door diverse psychologische en psychotherapeutische behandelingen. Bij de behandeling van A-OB kunnen zorgverleners uit meerdere disciplines (bedrijfsarts, huisarts, praktijkondersteuner-GGZ, psycholoog) betrokken zijn. Voor een geslaagde behandeling is dan samenhang in de keten van zorgverleners nodig. Bij verzuim van werk moet duidelijk zijn wie de werkhervatting begeleidt. Vaak is hiervoor afstemming met de bedrijfsarts noodzakelijk.

4.2. Vroege onderkenning en preventie

4.2.1. Vroege onderkenning

Veel patiënten komen bij de huisarts met aspecifieke of somatische klachten, die later blijken samen te hangen met psychische problematiek zoals A-OB.

Veel patiënten komen bij de huisarts met aspecifieke of somatische klachten, die later blijken samen te hangen met psychische problematiek zoals A-OB.: Vroege onderkenning is onder meer gebaseerd op de generieke module Psychische klachten in de huisartsartsenpraktijk.

[Meer informatie](#)

Denk bij de volgende klachten, symptomen en omstandigheden aan psychische problemen:

- Aanhoudende moeheid of wisselende lichamelijke klachten zonder oorzaak.
- Aanhoudende aspecifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, hoofdpijn, slaapproblemen, duizeligheid, buikpijn.
- Afspraken niet nakomen; acuut gezien willen worden; frequent naar de praktijk of huisartsenpost gaan.
- Weinig oogcontact, monotone spraak, trage of juist onrustige motoriek, snel geraakt zijn of emotioneel worden.
- Is 'anders dan anders'/niet pluisgevoel.
- Aanwijzingen voor overmatig alcohol- of drugsgebruik.
- Ingrijpende gebeurtenissen.

De risicofactoren

risicofactoren: Risicofactoren aanpassingsstoornis:

Risicofactoren op een aanpassingsstoornis zijn sporadisch onderzocht. De voorhanden onderzoeken zijn doorgaans klein en de populatie is doorgaans niet representatief voor de algemene populatie.

Door het gebrek aan goed opgezette onderzoeken zijn de mededelingen over risicofactoren in de zorgstandaard gebaseerd op

expert opinions, aangedragen door de werkgroep.

voor het krijgen van een A-OB zijn:

Bron: NVAB, NHG, LVE. (2011B). MDR Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out.

- Voorgeschiedenis van een A-OB.
- Ernstige (chronische) somatische aandoeningen, zie ook de richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker.
- Niet mee kunnen komen met de maatschappij (door toenemende complexiteit).
- Voorgeschiedenis met veel stressoren.
- Beperkt steunsysteem.
- Chronische belasting met stressoren.
- Hogere leeftijd (> 50 jaar).
- Een verzuimhistorie van meer dan 100 verzuimdagen in voorgaande 12 maanden.
- Belemmerende en op angst gebaseerde overtuigingen die terugkeer naar rollen verhinderen (werk, sociaal, gezin).
- Signalen van vermijding.
- Een passieve copingstijl.
- Verwachten niet terug te kunnen keren naar werk of daar meer dan drie maanden voor nodig denken te hebben.
- Vermoeidheid staat sterk op de voorgrond.
- Regelmatig kortdurend verzuim.
- Signalen van collega's, leidinggevenden, huisgenoten en zorgverleners van mogelijke psychische klachten.

De vroege onderkenning vindt primair plaats in de huisartsenpraktijk of bij de bedrijfsarts met case-finding door gericht te vragen naar psychische klachten. De zorgverlener kan de klachten inventariseren met de 4DKL-vragenlijst. Het is niet bekend of vroege onderkenning effectief is in het voorkomen van A-OB.

4.2.2. Preventie

Er is geen duidelijkheid over het effect van preventieve maatregelen op het voorkomen van A-OB omdat het voorhanden onderzoek van lage kwaliteit is.

Hier meer informatie over Behandelingen ter voorkoming van een aanpassingsstoornis

Behandelingen ter voorkoming van een aanpassingsstoornis: Er is een literatuursearch uitgevoerd met als vraag: Zijn preventieve behandelingen gericht op het voorkomen van een aanpassingsstoornis effectief?

P : Volwassen patiënten met een risico op aanpassingsstoornis
I : Preventieve behandeling
C : Gebruikelijke zorg
O : Geen aanpassingsstoornis

[Meer informatie](#)

en Behandelingen ter voorkoming van een burn-out.

Behandelingen ter voorkoming van een burn-out.: Er is een literatuursearch uitgevoerd met als vraag: Zijn behandelingen gericht op het voorkomen van een burn-out effectief?

P : Volwassen patiënten met een risico op een burn-out
I : Preventieve behandeling
C : Gebruikelijke zorg
O : Geen burn-out

[Meer informatie](#)

4.3. Diagnostiek en monitoring

4.3.1. Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese aan de hand van de criteria (zie de gestelde criteria in [Inleiding](#)). Bij het eerste contact met een zorgverlener is de patiënt zich wellicht nog niet bewust van de onderliggende aard van zijn klachten. De zorgverlener moet zich hiervan bewust zijn en de patiënt inzicht geven in de klachten.

Anamnese

Bron: NVAB, NHG, LVE. MDR Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out (2011b). https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf.

De zorgverlener vraagt specifiek naar:

De zorgverlener vraagt specifiek naar:: Zie MDR, Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, p.37.
[Meer informatie](#)

- Moeheid.
- Slaapproblemen.
- Prikkelbaarheid.
- Niet tegen drukte/herrie kunnen.
- Emotionele labiliteit.
- Stemming.
- Piekeren.
- Zich gejaagd voelen.
- Concentratieproblemen.
- Machteloosheid/controleverlies.
- De context van de stressor en de klachten (duur, aard, beleving).
- Functioneren dan wel uitval op levensgebieden (werk, gezin, sociaal).
- Sociale steun.
- Suïcidale gedachten.
- Omgang met stressor (copingstijl).
- Context van de klachten.
- Thuissituatie (hoe het gezin de situatie ervaart).
- Voorgeschiedenis van psychische klachten.

Een hetero-anamnese kan een belangrijke bron van informatie zijn en is een onderdeel van de diagnostiek bij onduidelijkheid over de situatie. Hier wordt van afgezien als dit niet mogelijk is – bijvoorbeeld omdat de patiënt geen toestemming geeft of omdat de partner in een andere praktijk is ingeschreven – of als de anamnese voldoende informatief is. Bij suïcidale gedachten handelt de zorgverlener volgens de [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

De symptomen van A-OB vertonen veel overlap met de symptomen van een depressie en van een angststoornis. Die laatste twee aandoeningen moeten eerst uitgesloten worden voordat de diagnose A-OB kan worden gesteld. Voor de diagnostiek van deze twee aandoeningen wordt verwezen naar de [zorgstandaard Depressieve stoornissen](#) en de [zorgstandaard Angststoornissen](#).

Bij psychische klachten en aandoeningen is er meer risico op huiselijk geweld en kindermishandeling. Zorgverleners moeten hier alert op zijn. Sinds 2013 is de [KNMG-Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld](#) van kracht die zorgverleners verplicht moeten gebruiken bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Vragenlijsten

Vragenlijsten : Vragenlijst voor het opsporen van aanpassingsstoornis:

Er is een literatuurrecherche uitgevoerd met de vraag: Zijn diagnostische vragenlijsten effectief in het opsporen van een aanpassingsstoornis? Voor de beantwoording van deze zoekvraag zijn geen geschikte onderzoeken gevonden.

Vragenlijsten kunnen worden gebruikt als aanvulling en ter ondersteuning van de diagnose, het monitoren van het beloop of om de klachten inzichtelijk maken voor de patiënt (zie tabel overzicht vragenlijsten ter ondersteuning bij diagnostiek en onderzoek naar contextfactoren met aanduiding voor geschiktheid voor beroepsgroepen hieronder). De vragenlijsten zijn bijna allemaal zeer uitgebreid en meer geschikt om door de patiënt thuis te laten invullen dan tijdens een consult.

De vragenlijsten kunnen worden onderscheiden in twee groepen, zie tabel hieronder. De eerste groep is geschikt voor ondersteuning bij het vaststellen van de diagnose. Dit zijn de VierDimensionale KlachtenLijst (zie achtergronddocument [VierDimensionale KlachtenLijst \(4DKL\)](#)), Brief Symptom Inventory (BSI), overspanningsklachtenlijst (OK) en de aangepaste checklist van Van der Klink & Terluin (zie achtergronddocument [Checklist probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek](#)). Voor de huisartsenpraktijk en de bedrijfsartsen is de 4DKL het meest geschikt, omdat deze kan helpen om distress, angst, depressie en somatisatie te onderscheiden. In de GB GGZ en S GGZ kan de zorgverlener de 4DKL, BSI of de OK gebruiken. Er is in deze setting geen voorkeur voor één van deze vragenlijsten. De BSI en OK zijn complementair aan elkaar en kunnen naast elkaar worden gebruikt. De 4DKL kan als enige

vragenlijst worden gebruikt. Van de checklist kunnen alle zorgverleners gebruik maken. Deze ondersteunt de anamnese omdat alle relevante domeinen bevestigd worden.

De tweede groep vragenlijsten kan de bijdrage van contextfactoren verhelderen als daarover onvoldoende duidelijkheid bestaat. Dit betreft de Vragenlijst Arbeidsreïntegratie en de Checklist van Blonk et al.

Zorgverlener	Vragenlijsten voor diagnostiek	Vragenlijsten gericht op contextfactoren
Huisarts / praktijkondersteuner-GGZ / bedrijfsarts	4DKL	Vragenlijst ArbeidsReïntegratie Checklist van Blonk et al.
Psycholoog / psychiater	BSI en OK of 4DKL	Vragenlijst ArbeidsReïntegratie Checklist van Blonk et al.

Tabel: Overzicht vragenlijsten ter ondersteuning bij diagnostiek en onderzoek naar contextfactoren met aanduiding voor geschiktheid voor beroepsgroepen

Lichamelijk onderzoek

De zorgverlener verricht gericht lichamelijk onderzoek als daar aanleiding toe is.

4.3.2. Ernst van de aandoening onderscheiden

De ernst van de aandoening is te onderscheiden aan de hand van de volgende criteria:

- Lijdensdruk.
- Disfunctioneren.
- Suïcidale ideaties.
- Recidiverend karakter.
- Aanwezigheid psychische comorbiditeit.
- Stagnatie van herstel.
- Verergering van de klachten ondanks de behandeling.

De mate waarin deze criteria aanwezig zijn, hebben invloed op de keuzes tussen het soort en de intensiteit van een behandeling, wel of niet verwijzen naar een andere zorgverlener en het interval tussen de controles. Zie voor informatie over controles en het soort behandeling respectievelijk [Monitoring](#) en [Psychologische behandelingen en psychotherapie](#). Verwijzen kan ook op basis van de verwijscriteria in de landelijke samenwerkingsafspraken, zie [Zorgstandaard-afhankelijke aspecten](#).

4.3.3. Monitoring

Monitoring van de patiënt gebeurt onder verantwoordelijkheid van de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar. Het interval tussen de consulten wordt bepaald door de ernst van de klachten, de lijdensdruk, het disfunctioneren, het suïciderisico en de wens van de patiënt. Het interval is bij voorkeur niet langer dan vier weken. Bij werkenden zorgt de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar voor samenhang in de keten en voor afstemming met de bedrijfsarts over de werkhervatting. Is de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar niet de huisarts, dan kan hij ook de huisarts verzoeken de coördinatie van de zorg op zich te nemen.

De zorgverlener controleert de voortgang van het herstel (per domein) door hier bij elk consult specifiek naar te vragen en vast te stellen in welke fase van het fasen-taken model de patiënt zich bevindt. Normaliter kan de patiënt binnen drie maanden weer grip op zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) participeren in zijn sociale rollen.

De behandeling eindigt als het door de patiënt gewenste niveau van herstel bereikt is. Begeleiding door de bedrijfsarts eindigt als het werkverzuim voorbij is. De patiënt kan zich bij opnieuw opkomende klachten of vragen laagdrempelig weer melden bij de zorgverlener.

Stagnatie

Bij stagnatie of verergering van de klachten vraagt de zorgverlener hoe de patiënt hierover denkt, gaat de mogelijkheid van andere diagnoses na, beoordeelt opnieuw de onderliggende problematiek en kijkt naar mogelijke externe factoren. Er is ook sprake van stagnatie als het herstelproces in totaal langer dan drie maanden duurt. Stagnatie is een indicatie voor het uitbreiden of intensiveren van de behandeling. In overleg met de patiënt kan de zorgverlener de patiënt doorverwijzen op basis van de verwijscriteria in [Zorgstandaard-afhankelijke aspecten](#). De zorgverlener informeert regelmatig, in het bijzonder bij stagnatie, naar suïcidale gedachten. Als die er zijn handelt de zorgverlener volgens de [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Terugval

Bij een A-OB is er een risico op terugval na herstel. Het is aannemelijk dat de behandeling effectiever en korter is als deze start bij aanvang van klachten. Daarom adviseert de werkgroep om een half jaar na herstel met de patiënt een controleafspraak te maken. Bij aanwijzingen voor een recidief kan de behandeling dan snel starten. Het afspreken van een controlemoment verlaagt ook de drempel voor de patiënt om zich bij de zorgverlener te melden.

5. Individueel zorgplan en behandeling

5.1. Zelfmanagement

5.1.1. Zelfmanagement

Bij zelfmanagement en passende zorg staan de patiënt en zijn herstel centraal.

Bron: Landelijk Platform GGz. (2014). Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg.

Samen met de zorgverlener stelt de patiënt vast wat hij zelf kan en wil doen en waar (tijdelijk) aanvullende zorg en ondersteuning nodig zijn, om zo zelfstandig mogelijk, met zo weinig mogelijk hulp, het eigen leven op te pakken en in te vullen. De zorgverlener biedt (informatie over) praktische ondersteuning en versterkt zo het keuzeproces van de patiënt. Dit vereist een samenwerking tussen zorgverlener en patiënt die gericht is op het opbouwen van vertrouwen, meer zeggenschap bij de patiënt en minder zorgafhankelijkheid. De patiënt is leidend in de vormgeving van de samenwerking, de zorgverlener kan dit ondersteunen door vanuit zijn professionele kennis te helpen met inrichting van het herstelproces en zo nodig de kaders aan te geven van wat mogelijk is. Dit kan ook door de juiste vragen te stellen en door naar boven te halen wat al in iemand zit, al dan niet bewust.

Herstel is onlosmakelijk verbonden met de omgeving van een patiënt. Contact van patiënt met familie, partner en vrienden, maar ook lotgenoten, vrijwilligers en zelfstudie zijn dus van belang. Bij werkenden is contact blijven houden met het werk belangrijk.

Zorgverleners zijn op de hoogte van het (regionale) zelfzorgaanbod en adviseren hierover. Het gaat hierbij onder andere om herstelwerkgroepen, eHealth, 'blended' aanbod (digitaal en face-to-face aanbod gecombineerd) en websites waarop kennis en ervaringen worden uitgewisseld en gelijkgestemden elkaar kunnen treffen. De praktische toepassingen van zelfmanagement bij A-OB worden beschreven in [Eerste stap interventies](#). Zie voor meer informatie [MIND Landelijk Platform](#), zoekterm zelfmanagement en de [generieke module Zelfmanagement](#).

5.1.2. Individueel zorgplan

Een individueel zorgplan helpt iemand inzicht te krijgen in het ziekteproces, stimuleert zelfmanagement en legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de patiënt zelf. In dit plan wordt nadrukkelijk gebruik gemaakt van de zelfkennis van een patiënt. Het individuele zorgplan is een belangrijk hulpmiddel bij het maken, realiseren en evalueren van afspraken over de te leveren zorg en ondersteuning. Het is bij uitstek het middel voor de communicatie tussen de zorgverlener(s) en de patiënt en zijn omgeving.

Een zorgplan omvat:

- De aard van de problematiek.
- De behandeldoelen.
- Hoe de patiënt gaat werken aan zijn doelen.
- De taken voor de zorgverlener.
- De concrete taken voor de patiënt.
- Het verminderen van risicofactoren, bijvoorbeeld door te stoppen met alcohol- en drugsgebruik of roken, door spanningen in de omgeving te verminderen, door contact met naasten op te bouwen, door alleen in overleg te stoppen met medicatie.

Het zorgplan wordt samen met de patiënt opgesteld, idealiter al bij het onderzoeken van de problematiek en de diagnosestelling. Na vaststelling van de diagnose overlegt de zorgverlener met de patiënt welke doelen worden beoogd. Vervolgens bespreekt de zorgverlener met de patiënt de behandeling, de voor- en nadelen van alle mogelijkheden en eigen voorkeuren van de patiënt. Ook digitale informatie kan nuttig zijn om de alternatieven nog eens op een rijtje te zetten. Zie hiervoor [Thuisarts](#). Het zorgplan wordt vervolgens opgesteld op basis van het fasen-takenmodel. Per fase staat beschreven aan welke doelen gewerkt wordt en de manier waarop. De keuzes leiden tot een eerste zorgplan. De behandeling kan pas van start gaan wanneer de patiënt en de behandelaar het hier over eens zijn en de patiënt duidelijkheid heeft over wat hij kan verwachten van de zorgverlener. Het zorgplan wordt periodiek geëvalueerd op haalbaarheid en voortgang. Dit is een onderdeel van het monitoren, zie [Monitoring](#). Wanneer een patiënt niet zelf het contact kan onderhouden of de regie kan voeren, kan ook een patiëntvertegenwoordiger worden betrokken.

5.2. Behandeling en begeleiding

De kern van de A-OB is verlies van controle en daaronder liggende problemen met de coping.

Daarom ligt de kern van het herstel logischerwijs in herstel van deze controle en het geven van handvatten voor de coping. De behandeling en begeleiding zijn dan ook gericht op het versterken van de coping en waar mogelijk het verminderen van de stressor(en).

De behandeling en begeleiding vergen een evenwicht van ruimte bieden voor en stimuleren van natuurlijk herstel en ingrijpen bij stagnatie. Dit gebeurt door een procescontingente en activerende houding van de zorgverlener op basis van het fasen-takenmodel.

Dit gebeurt door een procescontingente en activerende houding van de zorgverlener op basis van het fasen-takenmodel.:

Zie het document *Bouwstenen Zelfmanagement en passende zorg* van LPGA.

[Meer informatie](#)

Bron: Landelijk Platform GGz. (2014). *Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg*.

Zie [Tabel: overzicht behandeling en begeleiding per fase](#). Het beloop wordt systematisch gevolgd en geëvalueerd door de zorgverlener op basis van het zorgplan. Bij stagnatie is een actievere rol van de zorgverlener nodig en worden behandelingen ingezet die zijn gericht op het vervullen van de hersteltaken. Herstel betekent dat de patiënt stappen maakt en keuzes durft te maken.

Binnen twee weken na het eerste contact start de zorgverlener met voorlichting, het geven van perspectief en een activerende en structurerende begeleiding. Dit staat beschreven in [Psycho-educatie](#) en [Eerste stap interventies](#). Bij psychosociale problematiek (zoals schulden) verwijst de zorgverlener naar de juiste instantie, zoals beschreven in [Psychosociale behandeling](#). Medicamenteuze behandeling voor klachtonderdrukking is alleen geïndiceerd ter overbrugging bij ernstige klachten en is kortdurend, maximaal twee weken. A-OB gaat regelmatig gepaard met lichamelijke klachten die het herstel kunnen belemmeren. Na het uitsluiten van een lichamelijke oorzaak kan behandeling door een (psychosomatische) fysiotherapeut de lichamelijke klachten verminderen. Bij onvoldoende of stagnerend herstel heroverweegt de zorgverlener de probleemoriëntatie, de diagnose en de keuzes in de behandeling en begeleiding. Vervolgens kiezen de patiënt en zorgverlener voor een andere of extra behandeling. Wanneer de zorgverlener dit niet zelf kan uitvoeren, is een verwijzing geïndiceerd.

Meer informatie is ook te vinden in de generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling generalistische basis ggz en in de generieke module Psychotherapie.

5.2.1. Tabel: Overzicht behandeling en begeleiding per fase

Fase	Hersteltaken	Doel	Behandeling en begeleiding	Stagnatie
Crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptatie • Rust en ontspanning • Structuur 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrip en inzicht • Zicht op herstel • Voorkomen (volledige) uitval van rollen 	Psycho-educatie <ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (mondeling en schriftelijk) • Rationale (weegschaal) • Praatadviezen • Perspectief geven Eerste stap interventies <ul style="list-style-type: none"> • Piekeropdrachten • Dagstructuur • Slaapstructuur • eHealth Sociale problematiek	Heroverweeg de uitgangspunten: <ul style="list-style-type: none"> • Probleem-oriëntatie aanvullen? • Diagnose wijzigen? • Interventies aanpassen? • Zorgplan aanpassen? Keuze uit <ul style="list-style-type: none"> • Doorloop opnieuw de fase (+ bijbehorende taken) • Psychologische behandeling
Probleem en oplossing	In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> • Probleem- en oplossingsinventarisatie • Schrijf- en registratieopdrachten • Fysieke activiteit 	
Toepassing	Oriëntatie op toepassingen	Oppakken van alle rollen en taken functioneringsherstel	Het dubbele schema	

5.2.2. Psycho-educatie

De behandeling start met psycho-educatie over de aandoening en de bijbehorende verschijnselen, het beloop, de behandelmogelijkheden en het risico op terugval. Psycho-educatie draagt bij aan het omgaan met de klachten door kennis en vaardigheden. De zorgverlener draagt zorg voor persoonsgerichte psycho-educatie door na te gaan wat de klachten betekenen voor de patiënt en rekening te houden met eventuele barrières. De zorgverlener kan hierbij gebruik maken van informatie op [Thuisarts](#) (zoekwoord overspanning) en wijzen op de mogelijkheden van lotgenotencontact.

De psycho-educatie sluit aan op de fasen die een patiënt doormaakt bij A-OB. In het begin bestaat het risico dat de voorlichting nog onvoldoende wordt ontvangen, de zorgverlener moet daar rekening mee houden. In deze crisisfase is de educatie gericht op uitleg, het

geven van perspectief en het geven van een rationale in de vorm van een metafoor (bijvoorbeeld weegschaal), zodat gewerkt kan worden aan acceptatie. Vervolgens wordt samen met de patiënt nagegaan herstellaken uitgevoerd moeten worden. In de probleem- en oplossingsfase bestaat de educatie uit uitleg over het verband tussen de onderliggende problemen en de klachten. In de toepassingsfase start de behandeling met werken aan de oplossing en het trainen van vaardigheden. In achtergronddocument [Psycho-educatie](#) staan per fase uitgewerkte voorbeelden van psycho-educatie.

Psycho-educatie kan in verschillende vormen worden gegeven: in voorlichtende gesprekken, als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement, als onderdeel van een cursus die individueel (zelfhulp cursus) of in groepsverband kan worden geboden en die ook voor de partner of de familieleden van patiënten toegankelijk is. Een goede uitleg van de behandel mogelijkheden stelt de patiënt in staat om actief mee te werken aan zijn herstel.

5.2.3. Eerste stap interventies

Eerste stap interventies zijn laagdrempelig en kunnen in overleg met de patiënt door elke zorgverlener worden gestart. Bij verwijzing naar een andere zorgverlener worden deze voortgezet en kan de behandeling erop aanhaken. De interventies zijn afhankelijk van de fase waarin het herstel van de patiënt verkeert. In achtergronddocument [Eerste stap interventies](#) staat per fase een opsomming van de mogelijkheden. Niet alle eerste stap interventies hoeven altijd te worden uitgevoerd. De keuze ervan wordt afgestemd op de behoefte van de patiënt.

5.2.4. Psychosociale behandeling

Verwijzing naar wijkteams, welzijnsorganisaties en maatschappelijke ondersteuning is aan de orde bij patiënten met sociaal-maatschappelijke problematiek. Een adequaat gemeentelijk aanbod op sociaal-maatschappelijk gebied voorkomt dat de zorgverlener hierop wordt aangesproken.

Telefonische hulpdiensten en patiëntenverenigingen kunnen van betekenis zijn voor de opvang van mensen met behoefte aan contact en/of acute vragen. Voorbeelden van telefonische hulpdiensten zijn [Korrelatie](#), [Sensoor](#), [113online](#) (hulp voor suïcide preventie) en [de Kindertelefoon](#). Geadviseerd wordt om patiënten in de praktijkinformatie attent te maken op telefonische hulpdiensten en lotgenotencontact. Voor patiënten met levensvragen en zingevingproblematiek kan verwijzing naar een geestelijk verzorger op zijn plaats zijn.

De zorgverlener overweegt een verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk (vaak onderdeel van wijkteams of buurtteams), bedrijfsmaatschappelijk werk (bij werkgerelateerde problemen) of welzijnsorganisaties (Centrum Jeugd en Gezin) bij vragen op gebied van welzijn en jeugdzorg en als aanvulling op de behandeling bij complexe, met elkaar verweven (materiële en immateriële) problemen, zoals:

- Sociaal-materiële problemen, zoals bij huisvesting en financiën.
- Ontbreken van dagbesteding.
- Eenzaamheid en relatieproblemen.
- Problemen met opvoeding.
- Problemen op het werk.

De zorgverlener blijft na verwijzing verantwoordelijk voor het geheel en monitort de voortgang van deze problematiek. Bij de samenwerking met en toeleiding naar de sociale wijkteams is het borgen van de privacy van de patiënten een belangrijk aandachtspunt.

5.2.5. Psychologische behandelingen en psychotherapie

Psychologische behandelingen en psychotherapie zijn geïndiceerd bij stagnatie in het herstel. Er is een verscheidenheid aan psychologische behandelingen en psychotherapieën

psychologische behandelingen en psychotherapieën: Psychologische en psychotherapeutische behandeling: De onderbouwing voor de psychologische en psychotherapeutische behandeling is gebaseerd op het rapport van het Coronel instituut. [Meer informatie](#)

die zijn gericht op herstel bij A-OB. Deze behandelingen lijken allemaal iets effectiever dan een afwachtend beleid. Geen enkele behandeling is duidelijk effectiever dan de andere. De keuze voor het soort psychologische behandeling en psychotherapie hangt af van de voorkeur van de patiënt, de deskundigheid en de affiniteit van de zorgverlener, de fase van herstel waarin de patiënt zich bevindt en de aard en complexiteit van de problematiek. Vaak zal niet een specifieke behandeling worden gebruikt maar elementen van meerdere behandelingen, afhankelijk van hoe het herstelproces vordert.

Meer informatie over de behandelingen staat in de generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling generalistische basis ggz en in de generieke module Psychotherapie.

5.2.6. Medicamenteuze behandeling

Er is geen bewijs voor de effectiviteit van antidepressiva bij A-OB.

Er is geen bewijs voor de effectiviteit van antidepressiva bij A-OB.: Medicamenteuze behandeling: De MDR, één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, heeft onderzocht welke medicamenteuze behandelingen effectief zijn (NVAB 2015). De uitgangsvraag is: Welke behandelingen zijn effectief bevonden bij overspanning, en kan er iets gezegd worden over prognostische factoren, indicaties en contra-indicaties voor deze behandelingen?

[Meer informatie](#)

In de (huisartsen)praktijk kunnen tijdens de eerste manifestatie van psychische klachten én bij ernstige slaapproblemen kortdurend benzodiazepines gebruikt worden voor slaapproblemen en spanningsklachten, en middelen om functionele lichamelijke klachten te bestrijden, zoals pijn en maagdarmlaaiingen. Het bezwaar tegen het gebruik van geneesmiddelen is dat de patiënt voor verbetering gaat vertrouwen op geneesmiddelen in plaats van op zijn eigen kracht en acties. Bij noodzaak voor symptoombestrijding worden geneesmiddelen slechts kortdurend (maximaal twee weken) toegepast.

5.2.7. Combinatiebehandeling

Er is bij A-OB geen bewijs voor de effectiviteit van de combinatie van psychologische behandeling en medicamenteuze behandeling. Combinatiebehandeling wordt derhalve niet aanbevolen, zie [Medicamenteuze behandeling](#).

5.2.8. Biologische behandeling

Er is bij A-OB geen bewijs voor de effectiviteit van biologische behandelingen

biologische behandelingen: Biologische behandelingen: Er is een literatuursearch uitgevoerd met de vraag: Zijn biologische behandelingen effectieve behandelingen van aanpassingsstoornissen, overspanning en burn-out? Er zijn geen geschikte onderzoeken gevonden over biologische behandeling van aanpassingsstoornissen en burn-out.

(zoals lichtbehandeling).

5.2.9. Vaktherapieën

Er is bij A-OB geen bewijs voor de effectiviteit van een vaktherapeutische behandeling

vaktherapeutische behandeling: Vaktherapeutische behandelingen bij aanpassingsstoornis: Er is een literatuursearch uitgevoerd met de vraag: Zijn vaktherapieën (zoals beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, dramatherapie en danstherapie) effectieve behandelingen van aanpassingsstoornissen?

[Meer informatie](#)

(zoals beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, dramatherapie en danstherapie).

In de praktijk blijkt dat patiënten vaktherapieën gebruiken als aanvulling op de behandeling, gericht op het verbeteren van de draagkracht. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken. Zie ook de [generieke module Vaktherapie](#).

5.2.10. Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Er is bij A-OB geen bewijs voor de effectiviteit van complementaire behandelingen zoals homeopathie, antroposofie, natuurgeneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeskunde.

In de praktijk blijkt dat patiënten complementaire of aanvullende behandelwijzen

complementaire of aanvullende behandelwijzen: Complementaire behandelingen: Zijn complementaire en aanvullende behandelwijzen (zoals homeopathie, antroposofie, natuurgeneeswijzen, acupunctuur, manuele geneeskunde) effectieve

behandelingen van aanpassingsstoornissen?

Een onderzoek van Sato wordt benoemd in het Coronel rapport, voor mogelijk bewijs voor de effectiviteit van acupunctuur (Sato Kurebayashi, 2014). De onderzoekspopulatie in dit Braziliaanse onderzoek waren verpleegkundigen met stressklachten en voldeden niet aan de criteria van A-OB. Er zijn verder geen geschikte onderzoeken gevonden die deze vraag kunnen beantwoorden

gebruiken als aanvulling op reguliere behandelwijzen om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken.

6. Herstel, participatie en re-integratie

6.1. Herstel

De definitie van herstel is het hervinden van een persoonlijke balans na ervaringen van (heftige) psychische onbalans. De patiënt groeit over de gevolgen van een A-OB heen en ontdekt daarbij (verloren gewaande) mogelijkheden voor een vervullend leven met of zonder de psychische kwetsbaarheid. Dit houdt in dat het herstel van A-OB meer is dan alleen het verminderen of weggaan van de klachten. Herstel betekent ook weer participatie in de maatschappij en het oppakken van activiteiten.

Het herstelproces bij A-OB is verdeeld in de drie fasen van het fasen-takenmodel. Herstel verloopt meestal chronologisch door deze drie fasen. Deze paragraaf geeft aan welke mogelijkheden er per fase zijn om herstel te bevorderen. Zie de [generieke module Herstelondersteuning](#) voor meer en uitgebreidere mogelijkheden. Participatie en re-integratie zijn een onderdeel van herstel en staan beschreven in [Participatie](#) en [Re-integratie](#). Interventies gericht op het herstel komen overeen met de behandelingen per fase genoemd in [Behandeling en begeleiding](#).

6.1.1. 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 het deelnemen aan het arbeidsproces en het uitvoeren van privé-activiteiten vaak niet goed mogelijk. Afhankelijk van een hogere mate van regelmogelijkheden binnen het eigen werk en/of het vangnet in de privésfeer is dit beter en/of sneller weer op te pakken. In de crisisfase heeft de patiënt primair als taak de controle te hervinden om cognitief en emotioneel tot rust te komen. Dit kan door de patiënt te laten doen wat hij nog wel kan en niet meer te richten op wat hij niet kan. Van daaruit ontstaat perspectief op herstel.

6.1.2. Probleem- en oplossingsfase

De patiënt gaat zich oriënteren op problemen en oplossingen. Welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? In de probleem- en oplossingsfase is de eerste hersteltaak het oriënteren op de (copings)problemen die hebben geleid tot A-OB (in plaats van op de klachten die er het gevolg van zijn). Vervolgens moet er een oriëntatie op oplossingen ontstaan: welke oplossingen zijn denkbaar, hoe wenselijk zijn ze, hoe realistisch zijn ze en hoe kunnen deze (geleidelijk) worden toegepast in de dagelijkse activiteiten (in het werk, in de privésfeer, etcetera).

6.1.3. 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. Er is sprake van functieherstel.

6.2. Participatie

Het oppakken van sociale, maatschappelijke en werkrollen is onderdeel van het herstelproces en draagt bij aan de eigen kracht van patiënten, zoals ook beschreven in [Herstel](#). Alleen in de context waarin zij spelen kunnen problemen tegemoet worden getreden en eventueel worden opgelost. Het is belangrijk zicht te krijgen op de wensen en behoeften van een patiënt als het gaat om praktische ondersteuning. De zorgverlener ondersteunt participatie bij alle patiënten met A-OB door:

- Na te gaan welke wensen en mogelijkheden de patiënt heeft en welke ondersteuning hij nodig heeft om ze te realiseren.
- De patiënten te helpen bij het oppakken van zijn verschillende rollen.
- Werkverzuim tegen te gaan of de patiënt terug naar werk te begeleiden. Zie Re-integratie en de generieke module Arbeid als medicijn voor meer informatie.
- Het wegnemen van barrières om deel te nemen aan de maatschappij, bijvoorbeeld door te helpen bij het inschakelen van thuiszorg of andere ondersteunde organisaties.

6.3. Re-integratie

Re-integratie betekent weer deelnemen en gaan functioneren in de maatschappelijke rollen. Patiënten met A-OB verliezen controle over hun eigen functioneren en over de interactie met anderen. Voor het herstel van de controle en van het functioneren is reactivering nodig. Herstel van het functioneren gebeurt het beste in de situatie/omgeving waar dat specifieke functioneren nodig is. Re-integratie, bijvoorbeeld in het werk, de sociale rollen of de rol in het gezin, is daarom een voorwaarde voor herstel van het functioneren en daarmee van genezing. Het re-activatieproces moet goed gedoseerd en begeleid worden. Re-integratie (oppakken van functioneringsaspecten) vindt doorgaans plaats in de probleem- en oplossingsfase en in de toepassingsfase; soms al in de crisisfase. Bij werk is overleg tussen de zorgverlener en de bedrijfsarts van belang. Zij moeten afstemmen welke werksituatie nodig is voor welk functioneringsherstel, waarbij die werksituatie ook past bij de fase van controleherstel waarin de patiënt zich bevindt. Zie de [generieke module Arbeid als medicijn](#) voor meer informatie.

Bij iedere patiënt beoordeelt de zorgverlener hoe de psychische klachten de invulling van zijn diverse rollen beïnvloeden (en vice versa). De zorgverlener stimuleert maatschappelijke en passende participatie van de patiënt.

De zorgverlener stimuleert maatschappelijke en passende participatie van de patiënt. : Zie Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk.

[Meer informatie](#)

Als een patiënt sociale rollen heeft laten vallen, kijkt de zorgverlener samen met de patiënt hoe hij die rollen stap voor stap weer kan oppakken. Als één van de sociale rollen meespeelde in het ontstaan van de klachten (bijvoorbeeld het verlenen van mantelzorg) bespreekt de zorgverlener met de patiënt welke aanpassingen of alternatieven gewenst en mogelijk zijn. Terugkeer in een of meer omgevingen is een inspannend proces voor de patiënt; het is zeker ook spannend als het gepaard gaat met een verandering van coping. Het toepassen van de nieuwe geleerde coping kan alleen in werkelijke situaties gebeuren. Terugkeer in omgevingen en oppakken van rollen zijn heilzaam.

7. Generieke modules

7.1. Generieke modules

[Generieke module Arbeid als medicijn](#)

Arbeid is bij A-OB de voornaamste stressor, maar is ook vaak de behandeling. Deze module geeft specifieke informatie over de inzet van arbeid als behandeling.

[Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#)

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk vertonen regelmatig overlap met A-OB, zowel voor het onderliggend mechanisme als voor de behandeling. Deze module geeft meer specifieke informatie voor de huisarts/praktijkondersteuner-GGZ.

[Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#)

Bij een A-OB is er een risico op suïcide. Deze module geeft handvatten voor het handelen van de zorgverlener bij suïciderisico.

Generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ

Bij behandeling van A-OB in de GB GGZ kan de zorgverlener deze module gebruiken voor uitgebreide en gedetailleerde informatie over diagnostiek en een specifieke behandeling.

[Generieke module Herstelondersteuning](#)

Herstel is een belangrijk doel bij de behandeling van A-OB. Deze module geeft een uitgebreide beschrijving van alle mogelijkheden om het herstel te bevorderen.

[Generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ](#)

Samenwerking in de zorgketen is van groot belang bij de behandeling van A-OB. Meestal zijn meerdere zorgverleners betrokken bij de behandeling. Deze module is de basis voor samenwerking tussen alle echelons in de GGZ. De module bevat verwijzindicaties naar de echelons, en beschrijft wanneer en op welke wijze overleg en afstemming tussen de verschillende zorgverleners plaatsvindt en aan welke voorwaarden de rapportage tussen de verschillende echelons moet voldoen.

[Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)

Steun van de familie bevordert het herstel bij A-OB. De module geeft concrete aanbevelingen aan zorgverleners voor het behouden of vergroten van de veerkracht van familieleden en mantelzorgers en de wijze waarop zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de genezing of het herstel van de patiënt. Daarnaast bevat de module aanwijzingen voor de organisatie van samenwerking met

familieleden en mantelzorgers en hun ondersteuning binnen de geldende (wettelijke) randvoorwaarden.

Generieke module Psychotherapie

Bij stagnatie in het herstel van A-OB is psychotherapie geïndiceerd. Deze module geeft de patiënten en hun naasten inzicht in de inhoud en organisatie van psychotherapeutische zorg, waardoor zij beter in staat zijn keuzes te maken, regie te voeren en te komen tot gezamenlijke besluitvorming.

[Generieke module Zelfmanagement](#)

Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van het herstel bij A-OB. De module geeft concrete aanbevelingen aan zorgverleners en daarnaast aanwijzingen voor de inhoud en de organisatie van het proces tot bevordering van zelfmanagement van patiënten. De module bevat informatie over zelfmanagement en tools plus werkwijzen en methoden om hier samen met patiënten in de GGZ aan te werken.

MDR één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out

Deze multidisciplinaire richtlijn is de basis van deze zorgstandaard.

Richtlijn Aanpassingsstoornissen bij mensen met kanker

De richtlijn aanpassingsstoornissen bij kanker sluit aan bij de zorgstandaard Aanpassingsstoornis.

[Zorgstandaard Angststoornissen](#)

Angststoornissen en aanpassingsstoornissen hebben veel overeenkomende symptomen. De zorgstandaard Angststoornis kan worden gebruikt om een angststoornis te onderscheiden van een aanpassingsstoornis.

[Zorgstandaard Depressieve stoornissen](#)

Depressie en aanpassingsstoornissen hebben veel overeenkomende symptomen. De zorgstandaard Depressie kan worden gebruikt om een depressie te onderscheiden van een aanpassingsstoornis.

Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Problemen door stressoren met een sterk gewelddadig karakter hebben conform de DSM een eigen diagnose en vallen om die reden buiten het bestek van deze zorgstandaard. Zie hiervoor de zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

8. Organisatie van zorg

8.1. Zorgstandaard afhankelijke aspecten

Bij de begeleiding en behandeling van A-OB is een samenwerkende zorgketen een stimulerende factor voor herstel. Samenwerken betekent: bij (terug)verwijzen heldere schriftelijke communicatie met daarbij alle diagnostiek; geen herhaling van diagnostiek of behandeling; en tijdig mondeling overleg bij stagnatie of verslechtering. Hiervoor is nodig dat zorgverleners weten wat de competenties zijn van de andere zorgverleners en wat ieders rol is bij de begeleiding en behandeling.

Als de zorg binnen één echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar. Wanneer zorgverleners samenwerken is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar.

behandelaar / regiebehandelaar.: Coördinerend behandelaar / regiebehandelaar: De coördinerend behandelaar of regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze zorgverlener per definitie ook de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar. Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Deze persoon is dan de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar.

Per casus moet derhalve bepaald worden wie de coördinerend behandelaar / regiebehandelaar is. De regiebehandelaar kan per situatie verschillen. Ook hierbij is de keuze van de patiënt doorslaggevend.

De coördinerend behandelaar / regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de integraliteit van het behandelproces. Hij is het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en zijn naasten. Bij verwijzing naar de GB GGZ of S GGZ gaat de regiefunctie over naar de zorgverlener in dat echelon. De verantwoordelijkheden en taken van de regiebehandelaar in de GB GGZ en

S GGZ staan beschreven in een kwaliteitsstatuut dat iedere aanbieder van geneeskundige GGZ (GB GGZ en S GGZ) openbaar moet maken.

8.1.1. Huisarts en bedrijfsarts

De rollen verschillen per soort zorgverlener. De huisarts of de bedrijfsarts is meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Hij weegt de lijdensdruk en de ernst van de klachten en besluit samen met de patiënt waar de behandeling uit zal bestaan en wie hem zal uitvoeren. De huisarts kan samen met de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) een behandeling starten. Vaak zal de POH-GGZ de taak van de huisarts overnemen en hierbij idealiter ook een coördinerende rol hebben en procesbewaker zijn. De huisarts kan ook verwijzen naar de bedrijfsarts, de GB GGZ of de S GGZ. De huisarts laat de patiënt zelf contact opnemen met de bedrijfsarts.

De bedrijfsarts begeleidt de werkhervatting en maakt hierover afspraken met de behandelend zorgverlener. Als de patiënt vanwege de aard van de problematiek meer begeleiding of behandeling nodig heeft, kan de bedrijfsarts verwijzen naar de huisartsenpraktijk, de GB GGZ of de S GGZ. De zorgverlener in de GB GGZ of S GGZ zal vaak een psychologische of psychotherapeutische behandeling starten en neemt na verwijzing de rol van regiebehandelaar over.

8.1.2. GB GGZ

De verwijfsredenen zijn gebaseerd op [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#). Reden voor verwijzing naar de GB GGZ zijn:

- Psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 1. Matige tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
 2. (Somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die niet met de behandeling van A-OB interfereren OF;
 3. Een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem.
- Uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening of bedrijfszorg (indicatief na twee maanden).
- Een stoornis in het gebruik van middelen met weinig disfunctioneren en lijdensdruk en/of gestart op jonge leeftijd.
- Stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld A-OB in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

8.1.3. S GGZ

Reden voor verwijzing naar de S GGZ zijn:

- Psychische problematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 1. Ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
 2. Recidiverende ernstige problematiek OF;
 3. (Somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling A-OB interfereren OF;
 4. Complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF;
 5. Hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling.
- Ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie.
- Uitblijven van verbetering bij de behandeling in de GB GGZ (indicatief drie tot vier maanden).
- Uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening of bedrijfszorg (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in de GB GGZ niet geschikt maakt.
- Instabiele chronische problematiek.
- Bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

8.1.4. Competenties

De zorgverlener beschikt over de competenties zoals beschreven in het competentieprofiel van de desbetreffende beroepsgroep. Bij A-OB zijn enkele specifieke competenties van belang. De betrokken zorgverleners moeten beschikken over voldoende kennis van de aandoeningen A-OB, over gepaste diagnostiek bij A-OB en over voldoende vaardigheden bij het uitvoeren van een behandeling. Voldoende kennis is op de hoogte zijn van het te verwachten beloop en de mogelijke ernstige complicaties. De zorgverlener bouwt een effectieve behandelrelatie op met zijn patiënt. De zorgverlener draagt bij aan een effectieve interdisciplinaire samenwerking voor

de begeleiding en behandeling van A-OB. De zorgverlener kent de grenzen van zijn eigen competentie en handelt daarbinnen.

8.2. Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

Bij (terug)verwijzing staan de diagnose, de achtergrond, de interventie, het effect en de verdere afspraken met de patiënt vermeld. De gewenste termijn van terugrapportage is binnen twee weken na afsluiting van de behandeling. De zorgverleners gaan na verwijzing verder waar de vorige zorgverlener is gestopt en voorkomen zo veel mogelijk herhaling van diagnostiek en behandeling. Bij recidiverende klachten kan de patiënt weer laagdrempelig in zorg komen.

8.2.1. Rol bedrijfsarts

De bedrijfsarts heeft een bijzondere rol bij de behandeling en begeleiding van een patiënt. Hij heeft een behandelrelatie met de patiënt en zijn opdrachtgever is de werkgever van de patiënt. Dit geeft soms onduidelijkheid bij de patiënt over wat de bedrijfsarts aan medische informatie door mag geven aan de werkgever. Bij aanvang van de behandeling moet duidelijk zijn dat de bedrijfsarts alleen informatie over de inzetbaarheid voor het werk doorgeeft.

8.3. Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en het bevorderen van de kwaliteit vereisen een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke unieke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), wat met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, zorgverleners en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

8.3.1. Kwaliteitsstatuut

Sinds 1 januari 2017 is het 'model kwaliteitsstatuut ggz' van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut kan ook toegepast worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-GGZ, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de GGZ de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zo veel mogelijk worden gestimuleerd en dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt en zijn naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot zijn individuele behandelproces.
- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk.
- Stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het model kwaliteitsstatuut ggz. Dit kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op deze zorgstandaard.

8.4. Verantwoordingsinformatie

In deze zorgstandaard worden de gegevens (data) benoemd die elektronisch worden vastgelegd. Ten minste is vastgelegd in het elektronisch dossier:

- Aard en duur van de klachten.
- Hulpvraag.
- Onderliggende problemen
- Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit.
- Behandeldoel(en) zoals afgesproken met de patiënt
- Soort behandeling(en).
- Uitkomst.
- Aanwezigheid kinderen, conform Psychosociale behandeling

- Verdere afspraken met de patiënt.

8.5. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Door het ontbreken van voldoende betrouwbare kwantitatieve gegevens (incidentie en kosten-effectiviteitsonderzoeken naar A-OB) is er geen budget impact analyse of kosteneffectiviteitsanalyse mogelijk.

In plaats daarvan is er een geschatte bandbreedte van de kosten van de behandeling van één patiënt gemaakt. De kosten zijn gebaseerd op de tarieven van de NZA per 1 januari 2017. Voor behandeling in de GB GGZ en S GGZ geldt een eigen risico. De behandeling van A-OB in de GB GGZ of S GGZ wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Bij werkgerelateerde A-OB vergoedt de werkgever soms de behandeling. De behandeling in de huisartsenpraktijk (huisarts en/of POH-GGZ, totaal negen consulten) kost gemiddeld 168,66 euro. Een behandeling in de GB GGZ (totaal tien consulten) kost gemiddeld 980 euro.

8.5.1. Maatschappelijke kosten

In 2012 was de gemiddelde verzuimduur door psychische klachten, overspannenheid of burn-out ruim 56 dagen. Ruim 30% van het ziekteverzuim komt door werkstress.

Ruim 30% van het ziekteverzuim komt door werkstress.: Werkuitval: In de rapporten over ziekteverzuim zijn verschillende termen gebruikt die onder A-OB vallen, zoals werkstress, werkdruk en psychische klachten. Dit is niet geheel hetzelfde, maar ze vertonen wel veel overeenkomsten.

Zie het document nationale enquête arbeidsomstandigheden 2012 van TNO.

[Meer informatie](#)

Bron: NZA.nl, bekeken op 7 juli 2016.

In 2012 waren de kosten voor werkgevers als gevolg van verzuim door werkstress 1,84 miljard euro. Verder is er sprake van verminderde participatie in de maatschappij, zoals minder mantelzorg of minder vrijwilligerswerk. De kosten hiervan zijn niet bekend.

8.6. Financiering

8.6.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

8.6.2. Specifiek

Zorg die wordt geleverd voor personen met een aanpassingsstoornis wordt op verschillende wijzen bekostigd. De zorg die de huisarts en de praktijkondersteuner-GGZ leveren, wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Zorg door de bedrijfsarts wordt betaald door de werkgever. De behandeling voor aanpassingsstoornissen (met of zonder verwijzing) in de GB GGZ en S GGZ wordt niet vergoed vanuit de Zvw. In enkele gevallen kan de werkgever deze zorg vergoeden namens de patiënt.

9. Kwaliteitsindicatoren

9.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing

zijn op alle ggz standaarden.

10. Achtergronddocumenten

10.1. KNMG Meldcode

De situatie waarin de patiënt verkeert, kan een risico zijn voor de gezinsleden en in het bijzonder kinderen. Dit geldt bijvoorbeeld als ouders met (ernstige) psychische problemen hun sociale rol als ouder niet kunnen volhouden. Deze 'oudersignalen' kan een zorgverlener alleen oppakken als hij weet dat zijn volwassen patiënt kinderen heeft die van hem afhankelijk zijn. Daarom bepaalt het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling dat een meldcode een 'kindcheck' moet bevatten bij bepaalde volwassen patiënten. Het is de professionele inschatting van de zorgverlener om te besluiten in welke gevallen een kindcheck noodzakelijk is. De KNMG Meldcode is daarom aangepast en de kindcheck is toegevoegd aan het stappenplan:

- Vraag of de patiënt kinderen heeft die (gedeeltelijk) van de patiënt afhankelijk zijn.
- Zo ja, leg het aantal en de leeftijd van deze kinderen vast in het dossier van de patiënt. Beschrijf wie de zorg draagt voor de kinderen (alleen, samen met een partner of met anderen).
- Vraag naar het functioneren als ouder en eventuele moeilijkheden door de psychische klachten.
- Noteer (indien mogelijk) in het dossier van het kind dat het een ouder heeft met psychische problematiek (KOPP).
- Doorloop de KNMG Meldcode bij twijfel over de veiligheid van de kinderen.

Deze meldcode kent vijf stappen:

Stap 1: Breng de signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling in kaart

Noteer hierbij:

- Alle uitkomsten van onderzoek.
- De inhoud van overleg met anderen.
- Of voor gegevensverstrekking toestemming is gevraagd of verkregen.
- De ondernomen stappen.

Was het vermoeden onterecht? Vermeld dat dan ook.

Wees feitelijk en onderscheid eigen bevindingen van meningen van anderen.

Stap 2: Vraag advies

Vraag advies aan Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (vooreenveiligthuis.nl, 0800 – 2000, gratis en 24/7 bereikbaar) en bij voorkeur ook aan een collega. De arts presenteert de casus daarbij anoniem.

Vraag aan Veilig Thuis:

- Of er sprake kan zijn van kindermishandeling.
- Hoe u meer duidelijkheid kunt krijgen.
- Hoe u het vermoeden met het kind en/of de ouders kunt bespreken.
- Welke hulp het risico kan afwenden.
- Hoe de taken en verantwoordelijkheden zijn te verdelen.
- Of een melding nodig is.

Als de melding anoniem gebeurt, is het advies geen doorbreking van het beroepsgeheim.

Stap 3: Een gesprek met de cliënt

Laat een gesprek alleen achterwege als dat om één van de volgende redenen niet mogelijk is:

- Voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin.
- Omdat u het kind en/of de ouder(s) dan uit het oog zult verliezen.
- Voor uw eigen veiligheid.

Besluit u het vermoeden niet te bespreken, zoek dan waar mogelijk naar een ander moment om de ouders en/of het kind alsnog in te lichten over uw vermoedens en over een eventueel gedane melding.

Stap 4: Zo nodig: overleg met betrokken professionals

- Overleg met 'niet-rechtstreeks betrokkenen' mag in principe alleen met toestemming van het kind en/of de ouders. U kunt echter besluiten om zonder toestemming met hen te overleggen als dat nodig is om uw vermoeden te verifiëren of hulp af te stemmen.

Bedoeld zijn professionals als de jeugdarts, huisarts, behandelend specialist, gezinsvoogd, leerkracht of leidster. Niet bedoeld zijn de

woningbouwvereniging, de leerplichtambtenaar, de gemeentelijke kredietbank en de politie. Ook kunt u een melding doen bij de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) als dat nodig is om een vermoeden van kindermishandeling te verifiëren of om hulp onderling af te stemmen.

Stap 5a: Monitoring

- Blijft uw vermoeden bestaan na het overleg (stap 3 en 4), maar bent u overtuigd dat het risico voor het kind voldoende kan worden afgewend door vrijwillige hulp? Dan kunt u besluiten (nog) niet te melden en spant u zich in om noodzakelijke hulp te verlenen of elders in gang te zetten.
- U monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of u zorgt dat een ander dit doet. Blijkt of lijkt het risico niet langer af te wenden, meld dan alsnog bij Veilig Thuis en neem daarbij de voorwaarden van stap 5b in acht.
- Weeg de risico's. Soms kan hulp die nog afwenden. Verwijs in dat geval de ouders en/of het kind en check of de hulp voldoende effect heeft. Blijf alert op nieuwe signalen.
- U regelt vrijwillige hulp als u overtuigd bent dat daarmee het risico voor het kind voldoende afgewend kan worden.
- Bij een reële kans op schade voor het kind die niet (meer) met hulpverlening is af te wenden, doet u een melding bij Veilig Thuis.

Stap 5b: Melding bij Veilig Thuis

- Blijft uw vermoeden bestaan of is het bevestigd, en is er een reële kans op schade voor het kind die niet (meer) met hulpverlening is af te wenden? Doe dan zo spoedig mogelijk een melding bij Veilig Thuis.
- Informeer het kind en/of de ouders van tevoren, tenzij dit niet mogelijk is:
- vanwege de veiligheid van het kind of andere kinderen uit het gezin;
- omdat u het kind en/of de ouder(s) dan uit het oog zult verliezen;
- voor uw eigen veiligheid.
- Zet uw melding ook door als het kind en/of de ouders na het informeren bezwaar maken.
- Onderbouw uw melding zo feitelijk mogelijk. Vermeld het als informatie van anderen afkomstig is. Als u mondeling informatie heeft verstrekt, is aan te raden Veilig Thuis een schriftelijke weergave ter goedkeuring te vragen. Vraag ook welke stappen u zelf nog kunt zetten.

Melding na oudersignalen en kindcheck

Bij een melding vanwege oudersignalen doet de zorgverlener geen uitspraak over de feitelijke situatie waarin de kinderen zich bevinden. De zorgverlener kent hen immers niet en heeft hen doorgaans nooit gezien. De zorgverlener kan wel melden dat de lichamelijke of geestelijke conditie van de volwassen patiënt mogelijk een risico vormt voor de veiligheid of voor de ontwikkeling van de kinderen en dat daarom nader onderzoek van Veilig Thuis noodzakelijk is naar de feitelijke situatie waarin de kinderen zich bevinden.

Zie voor meer informatie: de Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak (LESA) Kindermishandeling op nhg.org, zoekterm kindermishandeling.

10.2. VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

Gratis te downloaden op: nhg.org, zoekwoord 4DKL.

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij) hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee. Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord

Hebt u de afgelopen week last van:	nee	soms	Regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. pijnlijke spieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. flauw vallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. pijn in de nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. pijn in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. overmatige transpiratie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. een opgeblazen gevoel in de buik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. benauwdheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u de afgelopen week last van:	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
13. pijn in de buik of maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. tintelingen in de vingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. pijn in de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. neerslachtigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. zomaar plotseling schrikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. piekeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. onrustig slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. onbestemde angstgevoelens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. lusteloosheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. beven in gezelschap van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. angst- of paniek-aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voelt u zich de afgelopen week:	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
25. gespannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. snel geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. angstig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u de afgelopen week het gevoel:	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
28. dat alles zinloos is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. dat u tot niets meer kunt komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. dat het leven niet de moeite waard is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dat u 't niet meer aan kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dat u er niet meer tegenop kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dat u nergens meer zin in hebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u de afgelopen week:	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
38. moeite met helder denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. moeite om in slaap te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. angst om alleen het huis uit te gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent u de afgelopen week:	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
41. snel emotioneel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoren

Elke vraag van de 4DKL levert 0, 1 of 2 punten op:

- 0 punten voor een klacht die afwezig is,
- 1 punt voor een klacht die 'soms' aanwezig is en

- 2 punten voor een klacht die 'regelmatig' of vaker aanwezig is.

Scoringsformulier voor de 4DKL

17		18		1	
19		21		2	
20		23		3	
22		24		4	
25		27		5	
26		40		6	
29		42		7	
31		43		8	
32		44		9	
36		45		10	
37		49		11	
38		50		12	
39				13	
41				14	
47				15	
48				16	

Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
----------	-----------	-------	-------------

Interpretatie en bespreking van de 4DKL-scores:

Elke 4DKL-schaal heeft twee afkappunten, die de scores verdelen in 'laag', 'matig verhoogd' of 'sterk verhoogd'. De tabel hieronder geeft een overzicht van de afkappunten en hun betekenis per schaal. Lage scores behoeven geen speciale aandacht; het gaat dan doorgaans om normale spanningen waarbij het functioneren van de patiënt niet in het geding is. Matig verhoogde scores zijn een signaal dat er iets aan de hand kan zijn. Het is aan te raden om dit signaal met de patiënt te bespreken en eventueel een vervolgschade af te spreken. Bij een sterk verhoogde score is altijd actie nodig. De huisarts legt in dat geval uit wat de 4DKL-schalen in het algemeen meten en gaat vervolgens samen met de patiënt op zoek naar de individuele betekenis van zijn scores. Doel is te komen tot een gedeelde 'diagnose' en een gemeenschappelijk plan van aanpak. De patiënt doet daarbij het meeste werk, omdat hij de probleemeigenaar is. De 'diagnose' en het plan van aanpak hoeven niet per se binnen één consult afgerond te zijn. De patiënt heeft vaak tijd nodig om de informatie tot zich te nemen, vragen te stellen of de klachten met anderen te bespreken. Het heeft geen zin een diagnose te stellen waar de patiënt zich niet in kan vinden; dat leidt immers niet tot een vruchtbare behandeling

Schaal	Laag	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Distress	0-10: normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20: verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32: ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim); stressreductie is aangewezen
Depressie	0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5: mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12: relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
Angst	0-7: waarschijnlijk geen angststoornis	8-12: mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	13-24: relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
Somatisatie	0-10: relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20: mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32: grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

Tabel: Interpretatie 4DKL scores

De 4DKL is auteursrechtelijk beschermd. Het copyright berust bij Dr. B. Terluin. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Voor commercieel gebruik is een licentieovereenkomst nodig. Meer informatie, vertalingen en literatuurreferenties zijn te vinden op Emgo:researchtools.

10.3. Checklist probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek

De vragenlijst is bedoeld als ondersteuning bij de anamnese. Het is een overzicht van alle mogelijke vragen. Het is niet de bedoeling om te gaan scoren op de aanwezigheid en ernst van symptomen.

Deel 1 Spanningsklachten beoordelen

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

A. 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.

B. 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 grip te verliezen.

C. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

D. De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Er is sprake van *burn-out* als tevens voldaan is aan onderstaande criteria E t/m G:

E. Er is sprake van overspanning.

F. De klachten bestaan langer dan 6 maanden.

G. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Deel 2 Depressie beoordelen

Eerst twee screenende vragen (kernsymptomen):

- Bent u somber, depressief, bedrukt qua stemming?
- Bent u alle interesse of plezier kwijt in (bijna) alle activiteiten die u doet?

Indien ja op een screenende vraag: twee vervolgvragen (symptomen)

- Leidt dit tot belangrijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of tot duidelijk lijden? Doet u dingen niet meer of anders? Bent u er erg ongelukkig onder?
- Bestaat het al ten minste twee weken (iedere dag en bijna de hele dag)? Of bent u het plezier kwijt in (bijna) alle activiteiten die u doet?

Indien ja op beide vervolgvragen: zeven aanvullende vragen (symptomen):

- Gewicht/eetlust veranderd
- Slaapstoornissen
- Agitatie of remming
- Moeheid/verlies van energie
- Besluiteloosheid/ concentratieproblemen
- Gevoelens van schuld of niets waard te zijn
- Terugkerende gedachten aan de dood

Indien in totaal (inclusief de twee kernsymptomen) minimaal vijf symptomen aanwezig zijn: dan is een depressieve stoornis zeer waarschijnlijk aanwezig.

Raadpleeg de DSM-5 om te komen tot een definitieve classificatie.

Deel 3 Angst beoordelen

Eerst drie screenende vragen:

- Bent u vaak angstig, bang?
- Bent u vaak overmatig bezorgd?
- Maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, u zich trilliger voelt en/of benauwd?

Indien ja op een screenende vraag dan drie vervolgvragen:

- Leiden de symptomen tot belangrijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of tot duidelijk lijden? Doet u dingen niet meer of anders? Bent u er erg ongelukkig onder?
- Bestaat er vermijdingsgedrag?

- Zijn er dwanggedachten?

Indien ja op een vervolgvraag: overweeg dat een angststoornis zeer waarschijnlijk aanwezig is. Raadpleeg de DSM-5 om te komen tot een definitieve classificatie.

Deel 4 Functioneren en controle beoordelen

Welke rollen of taken heeft de patiënt laten vallen?

- Werkrol
- Vrijwilligersrol
- Sociale rollen
- Gezinsrollen

Vragen:

Welke rollen of taken vult de patiënt nog wel in?

- Wat gaat er nog wel goed?
- Dagstructuur (opstaan, activiteiten, maaltijden)
- Waarom gaat dat nog goed?
- Zelfverzorging (douchen, scheren, opmaken)
- Ontspanning
- Gezinstaken en -rollen (kinderen verzorgen, helpen met huiswerk, boodschappen, huishoudelijke taken, klusjes)

Voorgeschiedenis van (dis)functioneren

- Gingen er al langer dingen niet goed of minder goed?
- Hoelang bestaan de klachten al?
- Is er de afgelopen weken/maanden/jaren frequent ad hoc verlof opgenomen, was er kortdurend frequent verzuim?

Betrek het antwoord op deze vragen in uw probleemdiagnose

Deel 5 Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen, zoals werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving) waarbinnen die factoren spelen (algemene checklist)

- (Cumulatie van) stressoren/problemen
- Levensgebeurtenissen
- Conflicten
- Cumulatie van eisen
- Gebrek aan regelmogelijkheden
- Gebrek aan sociale steun
- Ongewenst gedrag
- Praktische consequenties/concrete belemmeringen naar het werk toe van bijvoorbeeld verlieservaringen

Mogelijke uitwerking:

Categorie met voorbeeldvragen

Algemeen: oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen) waarbinnen die factoren spelen (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving)

Eisen

Regelruimte

Sociale steun

Deel 6 Belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt (algemene checklist)

- Eerdere decompensatie
- Frequent verzuim

Indien één van bovenstaande items of beide aanwezig zijn, doorvragen:

- Niveau van ervaren controle
- Ambitieniveau
- Copingrepertoire
- Ziektegedrag en op herstel gerichte activiteiten
- Rationaliteit van gedachten
- Persoonlijke aspecten
- Persoonlijke voorgeschiedenis en huidige carrière- en levensfase

- Familiaire aspecten

Mogelijke uitwerking

Categorie met voorbeeldvragen

Algemeen indicatief: belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt)

- o Heeft u wel eens eerder een periode van psychische klachten (overspanning, depressie) doorgemaakt?
- o Heeft u de afgelopen twee, drie jaar veel problemen ondervonden?
- o Bent u de afgelopen periode (al eerder) ziek geweest van de problemen?
- o Bent u wel eens van baan veranderd vanwege problemen?
- o Wie of wat zou uw probleem(/problemen) kunnen oplossen?

Appraisal

- o Denkt u dat de manier waarop u tegen de situatie/problemen aankijkt een rol speelt?
- o Vindt u een onverwachte storing in uw werk meestal leuk of volgt u liever ongestoord uw planning?
- o Kunt u, onder tijdsdruk, weleens denken '80% is ook goed genoeg' of moet het voor u altijd 100% zijn?

Coping

Deel 7 Probleemoplossend vermogen van de omgeving(ssystemen) (algemene checklist)

- Hoog ziekteverzuim van de afdeling /organisatie
- Groot verloop

Indien één van bovenstaande items of beide aanwezig, doorvragen:

- Is (blijft) reïntegratie doelstelling
- Daadwerkelijke steun daarbij
- Regelmogelijkheden daarbij

Mogelijke uitwerking

Categorie met voorbeeldvragen

Indicatief:

Algemeen: probleemoplossend vermogen van de omgeving

Deel 8 visie van de patiënt en van de omgeving (algemene checklist)

Visie op

- Oorzaken
- Oplossingen
- Wijze van omgaan met probleem
- Motivatie
- Verwachting van de begeleiding

Mogelijke uitwerking

Categorie met voorbeeldvragen

Visie van de patiënt

Visie van de omgeving

10.4. Psycho-educatie

Crisisfase

Voorlichting

Bron: NVAB richtlijn psychische problemen, p. 32.

Inzicht in wat er is gebeurd is, is de basis voor het verdere herstelproces. Eerst moet men begrijpen wat er aan de hand is voordat men de situatie kan accepteren, wat weer de basis is om ermee aan de slag te gaan. Begrip is daarmee de eerste, cognitieve stap in het proces van weer greep krijgen. Niet voor niets vormt 'grip' de kern van het woord begrijpen. Patiënten zoeken, vanuit de behoefte aan houvast, in de eerste fase dan ook een verklaring voor hun toestand. Dat betekent dat ze ontvankelijk zijn voor een goede uitleg. Als die niet wordt gegeven, zal men op zoek blijven met het risico uit te komen bij een slechte, improductieve verklaring. Improductief is iedere verklaring die niet bijdraagt aan het herstel. Zo kan de patiënt uitkomen bij de op zich logische verklaring dat de moeheid en eventueel andere lichamelijke klachten voortkomen uit een lichamelijke oorzaak. Dit kan leiden tot de acceptatie dat men lichamenlijk ziek is, of in ieder geval 'iets heeft' en dat men in het medisch circuit zal moeten (laten) zoeken tot de oorzaak gevonden is. Iedere huisarts en bedrijfsarts kent dit fenomeen en weet dat het ertoe leidt dat de patiënt niet toekomt aan het in kaart brengen en oplossen van de problemen in het privéleven of op het werk.

Een goede uitleg kan in de vorm van een vraag en antwoord interactie met de patiënt waarin steeds wordt afgetast wat de patiënt zelf aan inzicht heeft en in hoeverre de arts dit kan aanvullen.

'U heeft me verteld waarom u hier bent gekomen, wat er allemaal is gebeurd en wat uw klachten zijn, wat denkt u zelf dat er met u aan de hand is?'

'Als ik uw verhaal zo hoor denk ik (inderdaad ook) dat u overspannen bent. Nu kunnen mensen heel verschillende ideeën bij zo'n term hebben; wat is voor u overspanning?'

'Het kan inderdaad te maken hebben met te veel hooi op je vork, zoveel dingen die moeten, vanuit je werk of thuis, dat je het niet meer voor elkaar krijgt en als er dan een aantal problemen bij komt, verlies je zelfs het overzicht en de greep. Herkent u dat?'

'De klachten die u aangaf passen inderdaad allemaal goed bij het beeld.'

'Belangrijk is dat u zich weer een beetje rustig gaat voelen en dat u dan geleidelijk die greep weer gaat opbouwen; hebt u zelf een idee hoe u dat zou kunnen doen?'

'U noemt nu meteen een aantal oplossingen, en het is heel goed dat u daar al mee bezig bent, maar vaak is het goed even een fase in te lassen waarin u alle problemen die hebben meegespeeld goed op een rijtje zet en vervolgens in kaart brengt op welke termijn, met welke prioriteit en hoe u die problemen gaat aanpakken, hoe kijkt u daar tegenaan?'

Uiteraard is de vorm die de arts kiest afhankelijk van de patiënt. Bij sommige patiënten is het beter de uitleg kort en bondig te geven en alleen aan het einde even te checken of de patiënt het heeft begrepen. Belangrijk is dat de patiënt een verklaring heeft of krijgt in de vorm van een (eventueel voorlopige of meest waarschijnlijke) diagnose, weet wat die inhoudt, hoe het meestal ontstaat, welke klachten daarbij kunnen horen en hoe het herstel er uitziet.

Het is bijna altijd aan te raden de mondelinge informatie te ondersteunen met bronnen die de patiënt thuis nog eens rustig kan nalezen. Voorlichting over overspanning is te vinden op [Thuisarts](#).

Rationale

Een rationale is een acceptabele verklaring voor het toestandsbeeld waarin de patiënt zich bevindt. Een goede verklaring van de klachten blijkt binnen de psychotherapie een belangrijk ingrediënt voor een positief resultaat. Bij voorkeur geeft die verklaring bovendien aanknopingspunten voor herstel. Verklaringen die dat niet doen (bijvoorbeeld 'een moeilijke jeugd') hebben weinig herstellpotentie.

Een rationale bij A-OB kan in het verlengde liggen van de voorlichting over stress en uitgaan van dezelfde metafoor: de weegschaal (figuur hieronder)

Draaglast

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

Draagkracht

- Geestelijke sterkte
- Lichamelijke sterkte
- Sociale steun
- Regelmogelijkheden



Figuur: De weegschaalmetafoor

Heel aanschouwelijk kan daarmee worden duidelijk gemaakt dat er een evenwicht moet zijn tussen draaglast en draagkracht. Bij verstoring van dit evenwicht kan de oplossing uit de metafoor worden afgeleid: of de draaglast moet – tijdelijk – beperkt (minder werken, minder verplichtingen, problemen oplossen, etcetera) of de draagkracht moet vergroot (meer sociale steun mobiliseren, beter timemanagement, ontspanning beter inplannen, betere fysieke conditie, etcetera). Een ander model leidt tot een andere rationale en daarmee tot een ander aangrijpingspunt. Bij mensen die met een sterk demoraliserende stijl van denken ('Dat kan ik nooit; als ze dat van me vragen raak ik overspannen') hun eigen draagkracht ondermijnen kan een transactioneel stressmodel, waarbij de nadruk op de eigen rol in het stressproces wordt gelegd, een functie hebben. De patiënt kan worden aangemoedigd een meer positieve interne dialoog te voeren ('Waarom zou ik dat niet kunnen? Het heeft me altijd wel veel moeite gekost maar ik heb het nooit echt hoeven laten afweten...'; 'En als het niet zou lukken wat zou er dan in het ergste geval kunnen gebeuren?'). Een rationale kan meteen vanaf het begin van de begeleiding worden gegeven. Het moet in wezen bij iedere overspannen patiënt een vast onderdeel van de begeleiding zijn. Een rationale kan zo nodig steeds opnieuw worden herhaald, aangevuld of bijgesteld aan de hand van nieuwe informatie. Ook op deelaspecten (specifieke problemen of klachten) kunnen rationales worden gegeven mits ze onderling consistent zijn.

Praatadviezen

De mate waarin de patiënt over de problematiek praat is vaak een indicatie voor de mate waarin de patiënt het – ook voor zichzelf – kan accepteren. Af en toe horen huisarts en bedrijfsarts het min of meer klassieke verhaal van de patiënt die iedere ochtend met een pakje brood achterop de fiets gebonden van huis vertrekt om de dag in het park of de bibliotheek door te brengen omdat de patiënt niet aan de directe omgeving wil toegeven 'thuis te zitten'. Dergelijke extremen zijn relatief zeldzaam maar minder vergaande varianten blijken bij doorvragen wel degelijk regelmatig voor te komen, variërend van er helemaal niet over praten tot het gebruik van woorden als sabbatical of time out waar het eigenlijk om een ziekmelding gaat.

Inzicht hierin is voor de arts niet alleen van belang om een inschatting te maken van de mate van acceptatie bij de patiënt, maar ook omdat het aanleiding kan zijn tot het advies aan de patiënt om er met personen in de omgeving over te gaan praten. Praten met anderen levert immers altijd reacties op, vaak in de vorm van herkenning bij anderen ('Het was de laatste tijd ook wel een gekkenhuis bij jullie op de zaak'; 'Je hebt je ook wel uit de naad gewerkt sinds je dat project hebt'; 'Het verbaast me niks met al die reorganisaties en een chef die vooral met zichzelf bezig was'); en regelmatig ook in de vorm van 'bekentenissen' van de kant van de gesprekspartner dat die zelf ook wel eens zo'n periode heeft doorgemaakt. Dit kan sterk bijdragen aan de acceptatie bij de patiënt. Daarnaast levert praten vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor patiënten die sterk op één aspect gefocust zijn.

De arts kan de opdracht voor de patiënt beheersbaar maken door hem van tevoren structuur aan te laten brengen in wat hij wil zeggen en tegen wie. Vaak speelt immers bij patiënten de angst mee om 'leeg te lopen' als zij eenmaal beginnen te praten.

Men kan de patiënt de opdracht geven drie schillen van mensen in kaart te brengen die er bijvoorbeeld zo uit zouden kunnen zien: een eerste schil van intimi, een tweede schil van goede kennissen, verre vrienden en verre familie en een derde schil van vage bekenden.

Daarnaast moet de patiënt voorbereiden wat hij per categorie wel kwijt wil en wat niet. Voor de eerste categorie bijvoorbeeld mag het een emotioneel geladen verhaal zijn, maar wil de patiënt een paar onderwerpen afbakenen die hij (nog) niet wil bespreken. Voor de tweede categorie is het een min of meer zakelijke uiteenzetting en voor de derde categorie wordt een formulering bedacht om op een beleefde manier niets of bijna niets te zeggen.

Een dergelijke structuur geeft heel veel patiënten het veilige gevoel niet 'overvallen' te worden als iemand hen wat vraagt en controle te hebben over wat ze willen zeggen. Voor de arts kan het doornemen van het lijstje met zaken die men (nog) niet kwijt wil, ook niet naar intimi toe, duidelijk maken op welke aspecten er nog geen acceptatie is.

Perspectief geven

Het perspectief dat in het kader van een rationale wordt geboden, heeft het karakter van een richting die wordt aangegeven. Voor patiënten die in het begin van de crisis zitten en soms ontredderd zijn, is dit belangrijk en vaak voor dat moment ook voldoende al kan

het eventueel worden aangevuld met perspectief in de zin van een gunstige prognose.

Naarmate de patiënt weer wat meer structuur ervaart, neemt echter juist ook zijn behoefte aan structuur toe. Geruystellende woorden die een globale indicatie geven van de richting en het eindresultaat – dat het goed komt – voldoen niet meer aan die behoefte aan structuur.

Het perspectief moet zo concreet mogelijk worden ingevuld in de zin dat de weg naar het doel en de tussenstappen worden geschetst. Door een begeleidingsplan zo concreet mogelijk te schetsen, voldoet de arts aan die behoefte en geeft bovendien blijk van deskundigheid en vertrouwen in de goede afloop. Dit induceert bij de patiënt een gevoel van beheersbaarheid, één van de krachtigste factoren voor herstel. Het begeleidingsplan kan worden geschetst aan de hand van de fasering van het herstelproces bij overspanning. Dit geeft een structuur waarin per fase de 'taken' die de patiënt in die fase moet vervullen, worden geëxpliciteerd. In de loop van de begeleiding kan dit steeds verder worden geconcretiseerd en interventies of opdrachten van de begeleider kunnen in deze structuur een zinvolle plaats krijgen.

Perspectief geven is dus een continu onderdeel van de begeleiding waarbij het herstelproces steeds concreter wordt ingevuld naarmate dit proces en de begeleiding vordert.

Probleem- en oplossingsfase

Probleem- en oplossingsinventarisatie

Bij patiënten met psychische problematiek ziet men vaak dat een cumulatie van stressoren/problemen in het werk en/of andere levensgebieden heeft 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 spanningsoproepend. Dit kan vermijdingsgedrag tot gevolg hebben en een aanpak van de stress- bronnen bemoeilijken.

Bij deze patiënten – maar ook bij diegenen die wel al een redelijk beeld hebben – kan een inventarisatie van problemen en oplossingen tot meer greep op de situatie leiden.

Bron: Fontana, 1989.

Men geeft de patiënt de opdracht een lijst van zeven tot tien stressoren op te stellen. Naar keuze kan dit alleen de werksituatie betreffen of ook andere levensgebieden bestrijken. Zowel grote problemen als kleine irritaties kunnen op de lijst een plaats krijgen. De lijst moet concrete (probleem)situaties bevatten. Algemeenheden als 'mijn werk', 'mijn chef' of 'de sfeer' worden niet geaccepteerd.

De ervaring leert dat de opdracht in eerste instantie bijna altijd weerstand oproept. Veel overspannen patiënten beargumenteren dat hun stress te alomvattend is, te weinig specifiek. Als mensen worden gemotiveerd de opdracht toch uit te voeren blijkt dat men er, eenmaal aan de slag, meestal plezier in krijgt. Het maken van de lijst helpt op zich vaak al om structuur te krijgen, weer onderscheiden problemen te zien met hun eigen oplossingsrichting. Patiënten die moeilijk op gang kunnen komen kan men soms helpen door wat voorbeelden te geven of een beginstructuur. Dit laatste kan door een aantal velden te benoemen waarop werkproblemen kunnen liggen.

Als de patiënt de lijst heeft gemaakt kan men een slag verder gaan door hem te vragen per probleem aan te geven op welke termijn het zich zou lenen voor aanpak. Per probleem moet worden aangegeven of het zich leent voor onmiddellijke actie, voor latere actie of dat de stressbron niet beïnvloedbaar is en men zich of moet aanpassen of het probleem moet negeren. Altijd blijkt dat ten minste een aantal problemen zich leent voor aanpak op korte of de wat langere termijn. Dit geeft, ook al is nog geen feitelijke actie ondernomen, een gevoel van beheersbaarheid. De diffuse dreiging vermindert. In praktijk blijkt vrijwel iedereen te kunnen leven met één of een paar omschreven situaties die als niet-beïnvloedbaar moeten worden aangemerkt (bijvoorbeeld een reorganisatie op het werk, ziekte thuis).

De methode kan goede diensten bewijzen in de probleemfase. In het kader van de 'terugvalpreventie' kan de patiënt in de toepassingsfase op de opgestelde lijst teruggrijpen om te kijken welke problemen nog aandacht of eventueel oplossing behoeven. De methode kan, als ze niet in de probleemfase is gebruikt, ook voor het eerst worden gehanteerd in het kader van de 'terugvalpreventie'.

10.5. Eerste stap interventies

Crisisfase

Dagstructurering en activiteitenplanning

De zorgverlener bespreekt met de patiënt dat structurering van de dag helpt. Als dagstructuur ontbreekt, bespreekt hij met de patiënt welke structuur voor hem helpend zou zijn. Adviseer vaste tijden van opstaan, naar bed gaan, (gezonde) maaltijden en matig alcoholgebruik en raad drugsgebruik af. Daarnaast is het zinvol om regelmatig afwisselend activerende en ontspannende activiteiten in te plannen met daarbij een balans tussen plichten en plezierige activiteiten. Regelmatig vragen naar de dagstructuur kan de patiënt te helpen om de adviezen vol te houden.

Arbeid

Werk en/of de werkomstandigheden kunnen benut worden als energiebronnen en kunnen structuur en succeservaringen bieden. De

zorgverlener bespreekt wat de patiënt zou kunnen doen als hij de omstandigheden en het aantal uren werk zelf zou mogen bepalen. De zorgverlener adviseert de patiënt hierover contact met de bedrijfsarts te zoeken en helpt zo nodig dit contact tot stand te brengen. De zorgverlener ondersteunt de visie dat (passend) werk een rol heeft bij herstel.

In het contact met de bedrijfsarts vindt verdere exploratie plaats van de rol die werk speelt bij de bestaande klachten en hoe (aanpassing in) werk kan bijdragen aan herstel in functioneren en gezondheid. Werk kan helpend zijn bij het terugvinden van de eigen regie en balans.

Piekeropdrachten

Bron: NVAB. 2007. richtlijn psychische problemen p. 44.

Schrijfp opdrachten zijn behulpzaam bij het stoppen met piekeren. Piekeren hoort bij stress. In het stressverwerkingsproces kan het piekeren ook een nuttige functie hebben; dit geldt als bij het piekeren de problemen van alle kanten worden bekeken en zich daarbij geleidelijk een oplossingsrichting uitkristalliseert of de betrokken persoon tot verwerking komt. Hinderlijk piekeren kan verhinderen dat de patiënt tot rust komt en weer structuur krijgt. Patiënten die aangeven veel last van het piekeren te hebben en zich er niet van te kunnen losmaken, kunnen worden geholpen met een piekeropdracht. Adviezen om te stoppen met piekeren, gedachtestops in te voeren of aan andere dingen te denken hebben geen zin. Dat hebben de betrokken patiënten zelf al geprobeerd en het onderstreept alleen hun machteloosheid als ze het opnieuw moeten gaan proberen.

Piekeropdrachten hebben in eerste instantie de intentie het piekeren weer 'productief' te krijgen. Daartoe wordt allereerst het piekeren positief gelabeld: piekeren heeft een belangrijke functie bij in het bewust worden en in kaart brengen van alle belangrijke kanten aan een probleem. Daarbij heeft piekeren ook een functie in het verwerken van aangrijpende gebeurtenissen en problematische omstandigheden die niet voor verandering vatbaar zijn.

De patiënt wordt geadviseerd eenmaal per dag maximaal drie kwartier uit te trekken om bewust te piekeren. Dit moet ongestoord en in een rustige omgeving gebeuren. Het verdient sterk de voorkeur het piekeren te combineren met een schrijfp opdracht: betrokkene moet zijn gedachten kort op papier zetten.

Het effect is dat door het bewuste en nadrukkelijke karakter het vrijwel onmogelijk is vol te houden in een cirkeltje te blijven denken, steeds dezelfde paar gedachten te blijven herhalen. Dit geldt bij opschrijven in versterkte mate. Niemand schrijft twaalf keer achter elkaar hetzelfde op; dit noopt al tot een iets andere gedachtestroom. Daar komt bij dat een gedachte die zwart op wit staat, uitnodigt tot verdere uitwerking. Ten slotte kan de begeleider eventueel in een volgend contact aan de hand van de op schrift gestelde uitkomsten van het piekeren, vragen stellen of opmerkingen maken die in het volgende interval richting kunnen geven aan de piekersessies.

Slaapstructuur

Een bedreiging voor rust en structuur kan zijn dat de patiënt fysiek en psychisch uitgeput is. In de aanloop tot een overspanning kan de patiënt in een neergaande spiraal terechtkomen die de uitputting versterkt. Vaak ervaart men verminderde energie of concentratie overdag met als gevolg dat de prestatie achterblijft. Vaak proberen patiënten die daartoe de regelruimte hebben, dat in te halen door te gaan werken in de avonduren, wanneer men zich wat vrijer en vaak ook wat beter voelt. Dit leidt tot een situatie waarin men steeds meer tijd met het werk bezig is, met steeds minder rendement en uiteraard ook minder tijd voor rust en ontspanning. In die periode kan het advies om twee weken lang strikt om negen uur naar bed te gaan, de uitputting doorbreken en een basis leggen voor verdere structurerende begeleiding. Is men eenmaal overspannen dan bestaat ook het risico van een verstoring of zelfs soms bijna een omkering van het dag-nachtritme. Dan echter vaak vanuit het mechanisme dat men 's nachts niet slapen kan en dit overdag wil compenseren. Dit is een forse herstelbelemmerende factor. Het is dan ook belangrijk goede slaapadviezen te geven en deze eventueel, kortdurend en afgebakend, te ondersteunen met een 'slaapmiddelenkuurtje'.

E-health

De effectiviteit van e-health bij een A-OB is onvoldoende onderzocht om tot een aanbeveling te komen als monobehandeling.

De effectiviteit van e-health bij een A-OB is onvoldoende onderzocht om tot een aanbeveling te komen als monobehandeling.: E-health

E-health is een verzamelbegrip voor alle toepassingen op internet en het gebruik van multimedia-mogelijkheden. Praktische voorbeelden zijn informatieve websites (thuisarts.nl) of e-consulten. Er is een literatuurresearch verricht naar de volgende vraag: Is e-health een effectieve behandeling van aanpassingsstoornissen?

Er zijn geen geschikte onderzoeken gevonden.

Discussie

Door het ontbreken van geschikte onderzoeken kan e-health niet worden aanbevolen als monobehandeling. De werkgroepleden maken al wel regelmatig gebruik van e-health naast de gebruikelijke behandeling. De ervaring van de werkgroep is dat e-health een waardevolle aanvulling kan zijn op de gebruikelijke behandeling. De e-health varieert van digitale voorlichting (thuisarts.nl) tot online behandeling.

Aanbeveling

De zorgverlener kan e-health naast de reguliere behandeling gebruiken.

De ervaring van de werkgroep is dat het een effectieve aanvulling kan zijn op de al bestaande therapie.

Probleem - en oplossingsfase

Fysieke activiteit

Fysieke activiteit (wandelen, zwemmen of fietsen) sport of 'running therapy' (hardlopen voor personen met psychische klachten onder begeleiding van een gespecialiseerde (fysio)therapeut, kunnen bijdragen aan vermindering van stressklachten en een betere conditie. Hierbij houdt de zorgverlener rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid, maar ook met de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

Toepassingsfase

Het dubbele schema

In het hele herstelproces moet de patiënt allerlei activiteiten weer gaan opbouwen. In de toepassingsfase betreft dit nadrukkelijk (ook) werkactiviteiten. Het liefst zal men dit doen op een gestructureerde, planmatige wijze. Uit het oogpunt van optimaal commitment is het wenselijk de patiënt zelf een schema te laten opstellen. Het probleem kan zich voordoen dat de ene patiënt in de ogen van de begeleider erg behoudend en voorzichtig kan zijn met zichzelf belasten terwijl de ander te hard van stapel loopt. Men kan dit probleem ondervangen door de patiënt twee schemata te laten opstellen, bijvoorbeeld voor de re-integratie: één schema dat door de patiënt als veilig wordt ervaren ('dat moet in ieder geval haalbaar zijn') en een schema dat door de patiënt als ambitieus maar wellicht haalbaar wordt beschouwd ('als alles meezit'). Wat het feitelijke uitgangsschema wordt, hangt enigszins af van de taxatie die de zorgverlener van de patiënt maakt. Bij een erg voorzichtige patiënt kan men het ambitieuze schema als uitgangspunt nemen en het andere als 'veiligheidsklep' benoemen waarop hij kan terugvallen als het niet blijkt te gaan. Bij een patiënt die geneigd is te hard te willen, kan men een tussenschema als uitgangspunt nemen, of zelfs het veilige. Men kan het probleemoplossend vermogen verder versterken door de patiënt te laten inventariseren aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om het ambitieuze schema te halen en of en hoe deze randvoorwaarden bewerkstelligd kunnen worden. Overigens is het altijd aan te bevelen een kleine terugslag te voorspellen. De ervaring leert dat de meeste overspannen patiënten tegenslagen ondervinden bij het hervatten van hun werkzaamheden, wat hun motivatie op de proef kan stellen. De wetenschap dat dit erbij hoort, kan voorkomen dat men zich uit het veld laat slaan en denkt weer terug bij af te zijn.

10.6. Literatuur

American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.

Arends I, Van der Klink JJ, Van Rhenen W, De Boer MR, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2014a;71:21-9.

Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2014b;40(2):195-202.

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:Cd006389.

Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.

Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. 2010 Feb;78(2):184-90.

Bretland RJ, Thorsteinsson EB. Reducing workplace burnout: The relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ* 2015;3:e891.

Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil* 2009;19:323-32.

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.

Catalina-Romero C, Pastrana-Jimenez JI, Tenas-Lopez MJ, Martinez-Munoz P, Ruiz-Moraga M, Fernandez-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Lond)* 2012;62:375-8.

CBS. Arbeidsparticipatie. <https://www.cbs.nl/nl-nl/zoeken/?query=arbeidsparticipatie&typefilter=nieuws>.

Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid, AMC. Update van de kennis over overspanning en burn-out: Diagnose, prognose,

interventies en patiëntenperspectief 2015. <http://www.uvw.nl/overuww/Images/Update%20kennis%20overspanning.pdf>.

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 NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.

De Leo D. Treatment of adjustment disorders: A comparative evaluation. *Psychol Rep* 1989;64:51-4.

De Vente W, Kamphuis JH, Blonk RW, Emmelkamp PM. Recovery of work-related stress: Complaint reduction and work-resumption are relatively independent processes. *J Occup Rehabil* 2015;25:658-68.

Fontana D. Managing stress. Leicester: British Psychological Society, 1989.

For-Wey L, Fei-Yin L, Bih-Ching S. The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Mil Med* 2002;167:678-82.

Giotakos O, Konstantakopoulos G. Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Mil Med* 2002;167:28-33.

Gradus JL, Bozi I, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, et al. Severe stress and adjustment disorder diagnoses in the population of Denmark. *J Trauma Stress* 2014;27:370-4.

Gur S, Hermesh H, Laufer N, Gogol M, Gross-Isseroff R. Adjustment disorder: A review of diagnostic pitfalls. *Isr Med Assoc J* 2005;7:726-31.

Huber MAS. Towards a new, dynamic concept of health. Enschede: Ipskamp Drukkers; 2014.

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.

Judd LL, Rapaport MH, Yonkers KA, Rush AJ, Frank E, Thase ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine for acute treatment of minor depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:1864-71.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Generieke module diagnostiek en behandeling psychische klachten huisartsenpraktijk (2016) 2016. <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-diagnostiek-en-behandeling-psychische-klachten-huisartsenpraktijk/>.

Landelijk Platform GGZ. Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg (2014). <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/bouwstenen-zelfmanagement-en-passende-zorg-lpggz-definitief.pdf>.

Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, Kant I. The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: A comparison. *J Occup Environ Med* 2008;50:1195-202.

Leone SS, Huibers MJ, Kant I, Van Schayck CP, Bleijenberg G, Andre Knottnerus J. Long-term predictors of outcome in fatigued employees on sick leave: A 4-year follow-up study. *Psychol Med* 2006;36:1293-300.

Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Braehler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1745-52.

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.

Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Richtlijn werk en psychische klachten (2005). <http://www.praktijkpit.nl/files/richtlijn.pdf>.

Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie. 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. <http://www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns>.

NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen (2007). <https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Psychische%20Problemen%20RL.pdf>.

NVAB, NHG, LVE. Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak overspanning en burn-out (2011a). https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/overspanning_en_burn-out.pdf.

NVAB, NHG, LVE. MDR Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out (2011b). https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf.

Platform GGZ. Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie (2015) <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/agenda-ggz-voor-gepast-gebruik-en-transparantie-def.pdf>.

Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, Van der Beek AJ, Van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by

occupational physicians (co-op study): A randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2009a;51:305-12.

Rebergen DS, Bruinvels DJ, Van Tulder MW, Van der Beek AJ, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med* 2009b;51:313-22.

Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, Groen J, Meeding WJ, Polder JJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2003. *Zorg voor euro's* - 1. RIVM, 2006.

Sato Kurebayashi LF, da Silva MJP. Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: A randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):731-8.

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.

Stenlund T, Birgander LS, Lindahl B, Nilsson L, Ahlgren C. Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2009 Sep;41(9):761-7.

Stubhaug B, Lie SA, Ursin H, Eriksen HR. Cognitive-behavioural therapy v. Mirtazapine for chronic fatigue and neurasthenia: Randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:217-23.

Terluin B, Van der Klink JJJ, Schaufeli WB. Stressgerelateerde klachten: Spanningsklachten, overspanning en burnout. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2005: 259-90.

TNO. Nationale enquête arbeidsomstandigheden (2012). http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_id=53.

Van der Klink JJ, Terluin B. Aanpassingsstoornissen. In: Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, editors. *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij; 2009.

Van Rhenen W, Blonk RW, Van der Klink JJ, Van Dijk FJ, Schaufeli WB. The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78:139-48.

10.7. Verdieping

10.7.1. Epidemiologie

Er is weinig onderzoek gedaan naar het voorkomen van aanpassingsstoornis en overspanning/burn-out. De meeste gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen die werken met verwante symptomen zoals crisis en surmenage.

Algemene populatie

Het voorkomen in Nederland in de algemene populatie is niet bekend. In het NEMESIS onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische aandoeningen in de Nederlandse bevolking is de prevalentie van aanpassingsstoornissen niet onderzocht.

Bron: De Graaf 2012.

In het ODIN onderzoek (n = 8.764, 5 Europese landen, waaraan Nederland niet meedeed) naar het vóórkomen van depressie werd ook de prevalentie van aanpassingsstoornissen gemeten. Deze was 0,3% (95%-BI; 0,1-0,5%).

Bron: Ayuso-Mateos 2001.

Een Deens retrospectief database-onderzoek toonde bij volwassenen in de algemene populatie een incidentie van 97 per 100.000 persoonsjaren voor aanpassingsstoornissen met een man/vrouw verhouding van 1:1,5. Bij kinderen was de incidentie 85 per 100.000 persoonsjaren, man/vrouw verhouding 1/2. Er is een incidentiepiek op de leeftijd van 20 jaar.

Bron: Gradus 2014.

Door de retrospectieve opzet en doordat er geen vragenlijst voor de diagnose aanpassingsstoornis is afgenomen, is er waarschijnlijk sprake van onderrapportage. Een prospectief Duits steekproefonderzoek (n = 2512) toonde een prevalentie van 2,3% aan in de algemene bevolking met man/vrouwverhouding 1:2.

Bron: Maercker 2012.

Huisartsenpraktijk

Het NIVEL registreert de incidentie en prevalentie van aandoeningen in de huisartsenpraktijken per ICPC-code in de continue morbiditeit registratie.

Bron: NIVEL, 2015.

Er bestaat geen aparte ICPC-code voor aanpassingsstoornissen of overspanning/burn-out. De symptomen passend bij de codes P02 (Crisis/voorbijgaande reactie) en P78 (Neurasthenie/surmenage) komen grotendeels overeen met die van aanpassingsstoornissen. 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-vrouw verhouding is voor beide coderingen grofweg 1:2.

GB GGZ, S GGZ en ziekenhuizen

De LVPP (voorheen Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)) 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 vorige jaren, in 2010 was de prevalentie nog 23,0% ([website LVE](#), geraadpleegd april 2015). Sinds 1 januari 2012 wordt de behandeling van een aanpassingsstoornis niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. 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; 10,1-21,6]

Bron: Mitchell 2011.

. Bij onco-(hemato)logische patiënten was de prevalentie 19,4% [95%-BI; 14,5-24,8]. Bij 17,1% van de met spoed verwezen patiënten naar een psychiatrisch crisisteam in een tweedelijns Belgisch ziekenhuis was er sprake van een aanpassingsstoornis.

Bron: 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.

Bron: Huyse 2001.

In een psychiatrische kliniek was de prevalentie (n = 164) van aanpassingsstoornissen bij ambulante niet psychotische patiënten 11%.

Bron: Shear 2000.

Conclusie

Betrouwbare cijfers naar het voorkomen van aanpassingsstoornissen in de eerste lijn zijn niet voorhanden. Gegevens uit de Nederlandse huisartsenpraktijk laten zien dat verwante diagnoses als crisis en surmenage veelvuldig gesteld worden, bij vrouwen globaal twee keer zo vaak dan bij mannen. Ook bij mensen met maligniteiten en bij mensen in de palliatieve fase komen aanpassingsstoornissen frequent voor.

10.7.2. Werkuitval

In de rapporten over ziekteverzuim zijn verschillende termen gebruikt die onder A-OB vallen, zoals werkstress, werkdruk en psychische klachten. Dit is niet geheel hetzelfde, maar ze vertonen wel veel overeenkomsten. Verschijnselen van werkstress zijn bijvoorbeeld ernstige vermoeidheid, gespannenheid of nervositeit. De verschijnselen kunnen minder ernstig zijn dan bij A-OB. In 2012 was het gemiddelde verzuimduur 55,6 dagen als gevolg van psychische klachten, overspannenheid of burn-out. In 2012 waren de kosten voor werkgevers door verzuim door werkstress 1,84 miljard euro.

Werknemers geven aan dat bij 29,3% van de werkgerelateerde verzuimgevallen, werkstress de belangrijkste oorzaak is. Dit blijkt uit zelfrapportage van werknemers in de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. In 2012 veroorzaakten psychische klachten, overspannenheid en burn-out 5,2% van alle ziekteverzuimgevallen. Dit betreft in totaal 171.400 verzuimgevallen. De verzuimduur bij psychische klachten, overspannenheid en burn-out is hoog: gemiddeld 55,6 dagen in 2012.

Economisch gezien is de last niet alleen hoog door verminderde arbeidsparticipatie maar ook door de hoge zorgkosten. Voor psychische stoornissen becijferde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu dat 373 miljoen euro besteed werd aan zorgkosten in de eerstelijnszorg: huisarts en psychologen.

Bron: RIVM 2006.

In 2012 waren de kosten voor de werkgever door verzuim bij werkdruk, werkstress en te moeilijk werk 1,84 miljard euro

Bron: TNO 2012

TNO 2012: TNO. Nationale enquête arbeidsomstandigheden (2012).

[Meer informatie](#)

10.7.3. Werkgerelateerde uitkomsten

De tekst voor deze noot komt uit Coronel Instituut: Update van de kennis over overspanning en burn-out: diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief.

Bron: p. 21, Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid 2015.

Er is bewijs van hoge kwaliteit dat bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) geen relatie heeft met werkgerelateerde uitkomsten (n = 2, follow-up: 6-12 maanden).

Bron: Arends 2014b, Brouwers 2009.

Er is daarnaast bewijs van redelijke kwaliteit dat een lager inkomen (n = 2, follow-up: 12 maanden) en opleidingsniveau (n = 2, follow-up: 48 maanden) geen relatie hebben met deze uitkomst.

Bron: Arends 2012, Catalina-Romero 2012.

Echter, een hogere leeftijd (elk jaar ouder of boven de 25 jaar) (n = 2, follow-up: 48 maanden) is wel een voorspeller (redelijke kwaliteit van bewijs).

Bron: Catalina-Romero 2012, Leone 2006.

Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat meer ziekteverzuim (n = 2, follow-up: 3-6 maanden) en bewijs van lage kwaliteit dat het hebben van comorbiditeit (n = 2, follow-up: 12 maanden) een inconsistente relatie hebben met deze uitkomst.

Bron: Arends 2014b, Brouwers 2009, Catalina-Romero, Leone 2006.

Tabel: geeft een overzicht.

Prognostische factor	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
Een bezoek aan een professional	0	2	Hoog
Hogere leeftijd	2	0	Redelijk
Meer ziekteverzuim	1	2	Redelijk
Opleidingsniveau	0	2	Redelijk
Lager inkomen	0	2	Redelijk
Wel <u>comorbiditeit</u>	1	1	Laag

Tabel: Prognostische factoren voor een verslechtering in werkgerelateerde uitkomstmaat

10.7.4. Behandelingen ter voorkoming van een aanpassingsstoornis

Er is een literatuursearch uitgevoerd met als vraag: Zijn preventieve behandelingen gericht op het voorkomen van een aanpassingsstoornis effectief?

P : Volwassen patiënten met een risico op aanpassingsstoornis

I : Preventieve behandeling

C : Gebruikelijke zorg

O : Geen aanpassingsstoornis

Er is 1 onderzoek gevonden die deze vraag beantwoordt.

Bron: Arends, 2014a.

De onderzoekers onderzochten in een RCT de effectiviteit van een preventieprogramma op het werk. De patiënten (n= 107, interventie n=80, gebruikelijke zorg n=78, leeftijd 18–63 jaar, betaalde baan, follow-up 12 maanden) gingen weer werken na ziekteverzuim vanwege een veel voorkomende psychiatrische aandoening. Het ziekteverzuim was langer dan 2 weken en korter dan 12 maanden. De geplande terugkeer naar het werk was binnen 2 weken. Het preventieprogramma bestond uit problem solving therapy (PST). De primaire uitkomstmaat was recidiverend ziekteverzuim.

Resultaten

De incidentie recidiverend ziekteverzuim daalde in de interventiegroep, gecorrigeerde OR 0,40 (95% CI 0,20 tot 0,81). De tijd tot recidiverend ziekteverzuim daalde in de interventiegroep, gecorrigeerde OR 0,53 (95% CI 0,33 tot 0,86). Er zijn geen complicaties gerapporteerd.

Selectie, performance en attrition bias is mogelijk door de onderzoeksopzet. Hierdoor is de kwaliteit van bewijs afgewaardeerd met 2 niveaus.

Discussie

In de interventiegroep was de incidentie van recidief ziekteverlof lager gedurende 12 maanden, gecorrigeerde OR 0,40 (95%-BI 0,20 tot 0,81). Bij de meting op 12 maanden was er geen verschil meer tussen de interventie- en de controlegroep, OR.

Bron: 0,45, 95%-CI 0,17-1,23.

In de interventiegroep was de mediane duur tot een recidief ziekteverlof 365 dagen (Interquartile Range 25-75 (IQR) 174-365). In de controlegroep was de mediane duur 253 dagen (IQR 117-365). Dit verschil is significant (logrank test; p = 0,003). Na correctie voor confounders was de duur tot recidief ziekteverlof ook significant lager in de interventiegroep, HR 0,53 (95%-CI 0,33-0,86).

De onderzoekers doen geen subgroepanalyse van de patiënten met een aanpassingsstoornis (n = 97). De kwaliteit van het bewijs is gewaardeerd als laag.

Conclusie

Het is onduidelijk wat het effect is van probleemgerichte therapie op het voorkomen van recidiverende aanpassingsstoornis door de lage kwaliteit van het bewijs en omdat er geen subgroepanalyse van patiënten met een aanpassingsstoornis is gedaan.

Aanbeveling

Probleemgerichte therapie kan niet worden aanbevolen voor de preventie van een aanpassingsstoornis.

10.7.5. Behandelingen ter voorkoming van een burn-out

Er is een literatuursearch uitgevoerd met als vraag: Zijn behandelingen gericht op het voorkomen van een burn-out effectief?

P : Volwassen patiënten met een risico op een burn-out

I : Preventieve behandeling

C : Gebruikelijke zorg

O : Geen burn-out

Er is 1 geschikte systematische review gevonden.

Bron: Awa 2010.

Opzet

De review onderzocht de effectiviteit van interventies (25 onderzoeken) gericht op het voorkomen van een burn-out. De interventies bestonden uit skill training, CGT, relaxatie, adaptieve coping, psycho-social skill training, recreationeel muziek maken, online coachen, supervisie, psychotherapie, communicatietraining, adaptieve coping, psychosynthesis, autogenic training, lachtherapie, bio-psychologische aanpak en didactisch/interactief onderwijs. De auteurs hebben afgezien van een meta-analyse, omdat de interventies

en de onderzochte populaties te veel van elkaar verschilden en de effectgrootte maar bij 20% van de onderzoeken was vermeld. De auteurs hebben daarom gekozen voor een meer beschrijvende review. De primaire uitkomstmaat is de mate van burn-out na interventie. Van de 25 onderzoeken (n=3346) waren 17 (68%) persoonsgerichte interventies, 2 (8%) organisatiegerichte interventies en 6 (24%) een combinatie van beide. De opzet was bij 14 onderzoeken een RCT, bij 9 quasi-experimenteel en bij 2 zonder controlegroep. De duur van de interventie varieerde tussen de 2 dagen en 10 weken, de follow-up tussen 2 weken en 2,5 jaar.

Kwaliteit

Door af te zien van een meta-analyse is het niet mogelijk om het effect van de interventies te beoordelen. De kwaliteit van bewijs is gewaardeerd als laag omdat een beoordeling van het bewijs niet mogelijk is, de review verstrekt over mogelijke bias geen informatie.

Resultaten

De auteurs geven aan dat er een positief effect is van de interventies op het voorkomen van burn-out in de meeste onderzoeken. Bij 21 onderzoeken (14 persoons- 1 organisatiegericht en 6 combinatie) was er een vermindering van het aantal burn-out's of burn-out symptomen. Bij 3 onderzoeken (2 persoons- en 1 organisatiegericht) was er geen significant effect. Bij 1 onderzoek (persoonsgericht) was er een verhoging van het aantal burn-out's. In een subgroepanalyse zijn de RCT's apart geanalyseerd. Er waren 14 RCT's (10 persoonsgericht, 1 organisatiegericht, 3 combinatie). 10 onderzoeken (7 persoonsgericht, 3 combinatie) toonden een significante vermindering van het aantal burn-out's aan. 3 onderzoeken (2 persoonsgericht, 1 organisatiegericht) toonden geen significante verandering aan. 1 onderzoek (persoonsgericht) liet een significante verhoging van het aantal burn-out's zien. Deze resultaten verschilden niet met de andere type onderzoeken.

De duur van het effect was meestal tussen de 6 en 12 maanden. Bij 1 onderzoek duurde het effect 2,5 jaar, maar er waren in dit onderzoek wel terugkombijeenkomsten. De duur van persoonsgerichte interventies was tussen de 2 en 30 dagen en daarbij was het effect meestal na 6 maanden verdwenen. De duur van organisatiegerichte interventies was 2 tot 6 maanden, waarna het effect meestal na 1 jaar wegebde. De trend van alle interventies was hetzelfde, het effect ebt langzaam weg als er geen terugkombijeenkomsten worden gehouden.

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat een interventie effectief is in het voorkomen van een burn-out. Het is echter niet duidelijk wat de effectgrootte is door de lage kwaliteit van bewijs en het mogelijke effect ebt langzaam weg.

Van conclusie naar aanbeveling

Persoonsgerichte preventie met een mogelijk positief effect op het voorkomen van burn-out zijn: cognitieve gedragstherapie (CGT), adaptieve coping, psychosociale behandelingen, musiceren, e-health, analytische en experimentele psychotherapie en relaxatie training. Organiseatiegerichte preventie met een mogelijk positief effect op het voorkomen van een burn-out zijn: CGT in combinatie met managementvaardigheden training en sociale ondersteuning. Combinaties van persoons en- organisatiegerichte preventie met een mogelijk positief effect op het voorkomen van A-OB zijn professionele supervisie en werkveranderingen om negatieve psychosociale effecten weg te nemen. Het positieve effect van preventie ebt langzaam weg in een tijdsbestek van 6 tot 12 maanden. Er zijn aanwijzingen dat terugkombijeenkomsten en het opnemen van preventie in het langetermijnbeleid van een organisatie het positieve effect kunnen bestendigen. De kwaliteit van bewijs is echter laag.

Aanbeveling

De werkgroep kan geen behandeling ter preventie van een burn-out aanbevelen

10.7.6. Psychologische en psychotherapeutische behandeling

De onderbouwing voor de psychologische en psychotherapeutische behandeling is gebaseerd op het rapport van het Coronel instituut Coronel Intstituut voor arbeid en gezondheid 2015.

Veel van de behandelingen bij een A-OB zijn een vorm van cognitieve gedragstherapie of oplossingsgerichte therapie. Deze behandelingen worden ook aangeraden in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out. In de wetenschappelijke literatuur zijn de behandelingen onderzocht ten opzichte van uiteenlopende controlecondities (andere maatregelen, behandeling niet volgens richtlijn, geen behandeling etcetera). Dit maakt het formuleren van een eenduidige conclusie over welke behandeling het meest effectief is problematisch.

Op basis van de wetenschappelijke literatuur concludeert het Coronel rapport met grote zekerheid dat oplossingsgerichte therapie (OGT) niet effectiever is in het verminderen van klachten dan een niet op een richtlijn gebaseerde behandeling door een huisarts of bedrijfsarts. Daarnaast kan het rapport met enige zekerheid concluderen dat OGT vergeleken met de niet op een richtlijn gebaseerde behandeling wel de gedeeltelijke maar niet de volledige terugkeer naar werk kan bevorderen.

Van geen enkele andere behandeling is aangetoond dat deze terugkeer naar werk kan bevorderen. Ten aanzien van het verminderen van klachten kan er met enige zekerheid gesteld worden dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedings supplement effectiever zijn dan geen behandeling. En dat CGT effectiever is dan OGT. Echter, al deze bevindingen zijn gebaseerd op telkens één onderzoek.

Zie voor de evidence tabellen het rapport Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid 2015.

De werkgroep acht op basis van dit literatuuronderzoek en ervaring de volgende behandelingen geschikt:

- Cognitieve Gedrags Therapie (CGT)
- Oplossingsgerichte therapie (OGT)
- Inter Persoonlijke Psychotherapie (IPT)
- Mindfulness
- KOP therapie
- Problem Solving therapy

Aanbeveling

- De zorgverlener biedt een behandeling aan toegespitst op de aard van de problematiek en die de voorkeur heeft van de patiënt.

10.7.7. Medicamenteuze behandeling

De MDR, één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, heeft onderzocht welke medicamenteuze behandelingen effectief zijn.

Bron: NVAB 2015.

De uitgangsvraag is: Welke behandelingen zijn effectief bevonden bij overspanning, en kan er iets gezegd worden over prognostische factoren, indicaties en contra-indicaties voor deze behandelingen?

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is voortgebouwd op een review van Terluin.

Bron: Terluin 2005.

Er is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur in PubMed, PsycINFO en de Cochrane library of clinical trials vanaf 2003 en tot augustus 2008. De volgende zoektermen zijn gebruikt: - nervous breakdown, adjustment disorder, neurasthenia, mental fatigue, minor depression, mixed anxiety-depression, emotional disorder, minor psychiatric disorder, chronic stress, stress-related disorder, burn-out, work-, job-, of occupational stress, in combinatie met: - therapy, treatment, counselling, guidance, drug therapy, behaviour therapy, cognitive therapy, RET, stress management, relaxation, intervention, vocational rehabilitation, managed care programs, stepped care, shared care.

De search leverde in eerste instantie 321 artikelen op uit Pubmed, 196 uit PsycINFO en 119 uit de Cochrane Clinical Trials. Van deze 636 referenties bleven na ontdebelling 577 artikelen over die zijn beoordeeld op titel en abstract. Van deze artikelen zijn 111 full text opgevraagd en nader bestudeerd op relevantie voor de zoekvraag (Pubmed: 63, PsycINFO: 33, Cochrane: 15). Na de formele search verschenen begin 2009 de artikelen van de RCT van Rebergen.

Bron: Rebergen 2009a, Rebergen 2009b.

De bevindingen van deze studies vormen samen met de eerder genoemde bronnen de basis voor de wetenschappelijke onderbouwing van de conclusies in dit hoofdstuk. Uiteindelijk zijn 22 artikelen geselecteerd.

Van de geselecteerde 22 artikelen rapporteerden er 5 over het effect van medicamenteuze behandelingen en 18 over niet-medicamenteuze behandelingen (één artikel rapporteert over beide behandelingen). Wetenschappelijke evidenties voor behandelingen bij overspanning en burn-out zijn beperkt.

Voor medicamenteuze behandelingen bij overspanning/burn-out ontbreekt wetenschappelijke onderbouwing. De review bevat 4 onderzoeken over het effect van antidepressiva op overspanning/burn-out.

Bron: Terluin 2005.

Op basis van deze review bleek er geen wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van antidepressiva. De voor deze richtlijn uitgevoerde search levert twee artikelen op over het gebruik van antidepressiva. Judd beschrijft in zijn onderzoek positieve resultaten wat betreft klachtreductie. Het betrof echter een onderzoek onder psychiatrische cliënten met een 'acute minor depression'

Bron: Judd 2004

wat geen vergelijkbare populatie met onze doelgroep is. Het tweede artikel is van Stubhaug.

Bron: Stubhaug 2008.

Het onderzoek toonde slechts marginaal positieve resultaten op alleen subjectieve zelfgerapporteerde klachtreductie. Er werd geen significant effect gemeten met de Hamilton Depression Scale of de Fatigue scale. De onderzoeks-populatie bestond uit cliënten met psychosomatische vermoeidheidsklachten.

De review van Terluin bevat één klein onderzoek van matige kwaliteit (n = 70, follow-up 4 weken) naar het effect van benzodiazepines op depressieve klachten bij een aanpassingsstoornis.

Bron: Leo 1989.

Het onderzoek liet een positief resultaat op een depressieschaal zien.

Conclusie

Er is geen bewijs voor de effectiviteit van antidepressiva of andere medicatie voor de behandeling van A-OB.

Aanbeveling

Er is geen indicatie voor het gebruik van medicatie bij overspanning.

Bij noodzaak voor symptoombestrijding worden geneesmiddelen slechts kortdurend (maximaal 2 weken) toegepast ter voorkoming van medicalisering.

10.7.8. Vaktherapeutische behandelingen bij een burn-out

Er is een literatuursearch uitgevoerd met de vraag: Zijn vaktherapieën (zoals beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, dramatherapie en danstherapie) effectieve behandelingen van burn-out?

P : Volwassen patiënten met een burn-out

I : Psychomotorische therapie, dramatherapie en danstherapie

C : Gebruikelijke zorg

O : Geen aanpassingsstoornis

Er is 1 geschikt onderzoek gevonden

Bron: Stenlund 2009.

. De RCT (n=290, follow-up 12 weken) onderzocht de effectiviteit van qi gong (Chinese bewegingsleer) bij het behandelen van een burn-out in vergelijking met de gebruikelijke zorg. De primaire uitkomstmaat was het aantal burn-outs. Er was geen verschil in het aantal burn-outs tussen de qi gong groep en de controlegroep.

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat er geen bewijs is voor de toegevoegde waarde van qi qong naast de gebruikelijke zorg.

Aanbeveling

Qi qong wordt niet aanbevolen bij de behandeling van een burn-out

10.7.9. Uitgangspunt begeleiding en behandeling:

Het uitgangspunt en de uitwerking van de begeleiding en behandeling is gebaseerd op al bestaande richtlijnen van de NVAB, de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (nu LVVP) en de Landelijke Eerstelijnsafspraken van de NVAB en het NHG.

- Nederlands Instituut van Psychologen 2005 (Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Richtlijn werk en psychische klachten (2005)).
- NVAB 2007(NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen (2007)).
- NVAB 2011a (NVAB, NHG, LVE. Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak overspanning en burn-out (2011a)).
- Terluin 2005 (Terluin B, Van der Klink JJJ, Schaufeli WB. Stressgerelateerde klachten: Spanningsklachten, overspanning en burnout. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2005: 259-90).

10.7.10. Fysieke activiteit

Vraag: Is lichamelijke activiteit effectief in het behandelen van een patiënt met een burn-out?

- P : Patiënt met een burn-out
- I : Lichamelijke activiteit
- C : Gebruikelijke zorg
- O : Geen burn-out

Er waren 2 onderzoeken beschikbaar die deze PICO beantwoordden.

Bron: Bretland 2015, Van Rhenen 2005.

Opzet

Het onderzoek van Bretland vergeleek het effect in een RCT (n=49) tussen cardiovasculaire training en krachttraining op algemeen welbevinden, gevoelde stress en burn-out. Inclusiecriteria waren: leeftijd > 18 jaar, sedentaire leefstijl, geen onderliggende medische aandoeningen, geen hypertensie en minimaal 20 uur studeren of werken. De deelnemers zijn geblindeerd ingedeeld in 3 groepen: krachttraining, cardiovasculair en controle. De resultaten van de krachttraining en de cardiovasculaire training zijn gecombineerd tot de trainingsgroep.

Kwaliteit

De beperkingen van dit onderzoek zijn de kleine patiëntenpopulatie, de korte duur en het ontbreken van patiënten met een burn-out. Hierdoor is de kwaliteit van het bewijs laag.

Resultaten

De gecombineerde trainingsgroep scoorde significant lager op de mate van stress en emotionele uitputting. Er zijn geen bijwerkingen gerapporteerd.

Conclusie

Het is door de lage kwaliteit van bewijs onduidelijk wat het effect is van fysieke activiteit op de mate van stress.

Opzet

Het onderzoek van Van Rhenen vergeleek in een RCT (n=396, onderzoeksduur 6 maanden) het effect van lichamelijke oefening en ontspanning versus cognitieve interventie op de mate van stress. De inclusiecriteria zijn: leeftijd > 18 jaar en een hoge mate van distress (>0,32 op de 4DKL). De uitkomstmaten waren scores op de 4DKL, UBOS en vermoeidheid op de CIS.

Kwaliteit

De patiënten waren niet geblindeerd voor de interventie. De groepen zijn klein. Er was een selectie bias door de hoge mate van uitval: > 20%. Er is ook geen vergelijking met de gebruikelijke zorg gedaan. Hierdoor is de kwaliteit van het bewijs afgewaardeerd naar laag.

Resultaten

Uiteindelijk voltooiden 130 van de 396 geselecteerde patiënten het onderzoek.

Uitkomstmaat	Cognitieve groep (T1, T2, T3)	Oefengroep (T1, T2, T3)
Psychische klachten		
Distress	0,96	0,90
Somatisatie	0,28	0,27
Depressie	0,37	0,39
Angst	0,25	0,57
Burn-out		
Vermoeidheid	-0,13	0,20
Cynisme	-0,12	0,14
Verminderde professionele effectiviteit	-0,14	-0,17
Vermoeidheid		
Subjectieve moeheid	0,19	0,52
Verminderde activiteit	0,16	0,35
Verminderde concentratie	0,07	0,53
Verminderde motivatie	-0,03	0,21

Interpretatie Cohens d

een 'd' tussen: wijst op:

- 1,3 en hoger: een zeer groot effect
- 0,80 en 1,29: een groot effect
- 0,50 en ,79: een middelgroot effect
- 0,20 en 0,49: een klein effect
- -0,19 en 0,19: geen of een verwaarloosbaar effect
- -0,20 en -0,49: een klein negatief effect

Conclusie

Door de lage kwaliteit van het bewijs is het onduidelijk wat het effect is van beide behandelingen.

Van bewijs naar aanbeveling voor beide onderzoeken

Vanwege de positieve effecten van beweging op gezondheid in het algemeen adviseert de werkgroep, ondanks het ontbreken van bewijs bij A-OB, toch om met de patiënt fysieke activiteiten en beweging te bespreken, afgestemd op persoonlijke voorkeuren.

Aanbeveling

Bespreek met de patiënt fysieke activiteit, sport of 'running therapy' (hardlopen voor personen met psychische klachten onder begeleiding van een gespecialiseerde (fysio)therapeut) ter vermindering van klachten en het verbeteren van de conditie. Houd daarbij rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid en de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

10.8. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen, NVKG en NVGzP hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriatr; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Na lang beraad heeft de NVGzP besloten vooralsnog de Zorgstandaard Aanpassingsstoornis niet te autoriseren. Dit besluit komt voort uit het feit dat de NVGzP op inhoudelijke gronden de mening van de werkgroep niet deelt dat burn-out als een klinische diagnose gelijk te stellen is aan een aanpassingsstoornis. Dat er sprake is van een grote mate van overlap tussen de classificaties overspanning en aanpassingsstoornis leidt ons inziens geen twijfel. Echter, de MDR Overspanning en Burn-out heeft niet voor niets het onderscheid gemaakt tussen deze overspanning en burn-out, aangezien er zowel kwalitatieve als kwantitatieve verschillen zijn tussen beide aandoeningen. Door overspanning en burn-out nu onder één noemer, namelijk aanpassingsstoornis, te plaatsen, wordt dit onderscheid ten onrechte teniet gedaan.

Aangezien de zorgstandaarden bedoeld zijn om de zorg voor patiënten op een kwalitatief goede wijze te helpen organiseren, zijn wij van mening dat met de in de zorgstandaard gebezigde definitie van burn-out een groot aantal patiënten in hun zorg tekort gedaan gaan worden als burn-out gezien gaat worden als een onderdeel van de aanpassingsstoornis.

Organisatie	Werkgroeplid	Werkzaam als
Expertgroep kaderhuisartsen GGZ (PSYHAG)	Ellen Kerseboom	Huisarts
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Raymond Bras	
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid, lid t/m maart 2016	Anne Marie Kamevaar	
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Dwayne Meijnckens	Projectmedewerker Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid, lid t/m maart 2016	Paul Ulrich	
Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)	Esther Kersbergen	Praktijkondersteuner huisartsenzorg GGz
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVPP)	Jaro van der Ende	GZ-psycholoog
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Astrid Wewerinke	Huisarts
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Martijn Sijbom (projectmedewerker)	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Tjerk Wiersma (projectleider)	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)	Leonore Nicolai	Praktijkondersteuner huisartsenzorg GGz
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Hanneke Hofstra	Psycholoog
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	San Oeij	Bedrijfsarts
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Sandra van Laar	Psycholoog Arbeid en Gezondheid
Onafhankelijk	Jac van der Klink, voorzitter	Hoogleraar psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid aan de Universiteit Tilburg
Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN)	Franklin Dik	Verpleegkundig specialist

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) was uitgenodigd voor deelname aan de werkgroep maar heeft hiervan afgezien.

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Prof. dr. Jako Burgers, huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Dr. Ton Drenthen, teamleider Thuisarts.nl, afdeling Implementatie
- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Nathascha Huijser van Rheenen, afdeling Implementatie
- Femke Schoo, managementassistente

De volgende verenigingen en organisaties zijn om commentaar gevraagd tijdens de consultatiefase:

- Biosimilars en generieke geneesmiddelen Nederland (Bogin)
- College ter beoordeling geneesmiddelen (CBG-meb)
- Expertgroep kaderhuisartsen GGZ (PSYHAG)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- GGZ Nederland
- InEen
- Instituut voor verantwoord medicijngebruik (IVM)
- KNMP
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Landelijke Vereniging POH-GGZ
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVPP)
- Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie
- Nederlandse Vereniging van Psychiaters (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Platform MeerGGZ
- TopGGz
- Vereniging innovatieve geneesmiddelen
- Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN)
- Verenso
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)