Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak

Overspanning en burn-out Herziening 2011

Marjolein Bastiaanssen, Monique Loo, Berend Terluin, Lex Vendrig, Cokkie Verschuren, Jean Vriezen

Belangrijkste wijzigingen

- Uitbreiding van samenwerkingsafspraken van twee naar drie beroepsgroepen: naast huisartsen en bedrijfsartsen ook eerstelijnspsychologen.
- Toelichting op de rol van de eerstelijnspsycholoog.
- Opname in de LESA van de definities voor overspanning én burn-out.
- Werkgerelateerdheid is geen noodzakelijk kenmerk van burn-out.
- Advies om patiënten met burn-out te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog.

Kernpunten

- Het disfunctioneren van een patiënt met overspanning of burn-out betreft doorgaans de maatschappelijke, werk- en privésituatie.
- Bij de aanpak van overspanning/burn-out wordt uitgegaan van gestructureerde zorg en een activerende begeleiding volgens het fasen-takenmodel.
- De rollen van huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog zijn complementair aan elkaar.
- Het uitgangspunt vormt de begeleiding door huisarts, bedrijfsarts of eerstelijnspsycholoog.
- Overspanning of burn-out die voortduurt ondanks een eerstelijnsinterventie door de huisarts of bedrijfsarts is een indicatie voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog.
- Bij een arbeidsconflict is het binnen vijf dagen inschakelen van de bedrijfsarts aangewezen.
- Bij overspanning en burn-out wordt bij de (gedeelde) zorg door huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog de continuïteit van zorg voor de patiënt gewaarborgd met een wachttijd bij verwijzing van maximaal twee weken.

INLEIDING

De herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Overspanning en burn-out is opgesteld door een werkgroep met daarin vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). De LESA beoogt de aanpak en samenwerking van zorg bij patiënten met overspanning en burn-out te verbeteren. De LESA geeft daarom aanbevelingen voor het maken van samenwerkingsafspraken op regionaal en lokaal niveau. In deze LESA wordt specifieke aandacht geschonken aan het leveren van gestructureerde zorg en een activerende begeleiding van deze groep patiënten. Als belangrijkste nieuwe achtergronddocument voor de herziening van deze LESA is de *Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out* gehanteerd.[2]

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Hoewel eerstelijnspsychologen spreken van *cliënten* en huisartsen en bedrijfsartsen van *patiënten*, is in deze LESA als algemene benaming voor *patiënten* gekozen. Met *behandelaar* worden de drie beroepsgroepen van deze LESA bedoeld: huisarts, eerstelijnspsycholoog en bedrijfsarts. Het gaat niet om de huisarts, bedrijfsarts of eerstelijnspsycholoog als persoon, maar om de huisartsvoorziening (waarin samen met de huisarts ook een praktijkondersteuner (POH) en doktersassistente werkzaam kunnen zijn), de bedrijfsartsvoorziening (waarin samen met de bedrijfsarts ook andere arboprofessionals zoals bedrijfsmaatschappelijk werker, bedrijfsverpleegkundige, arbeids- en gezondheidspsycholoog, werkzaam kunnen zijn) en eerstelijns psychologische zorg.

Inbreng van de patiënt

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft aanbevelingen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. Doel is dat de patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste zorg krijgen met behoud van continuïteit van zorg. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de betrokken eerstelijnshulpverleners

Het persoonlijke inzicht van de betrokken hulpverleners blijft in alle gevallen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Definitie

De werkgroep heeft gekozen voor een onderscheid tussen overspanning en burn-out, omdat de behandeling van burn-out ten opzichte van overspanning extra interventies vereist. Dit betreffen vooral interventies gericht op het verbeteren van de copingstijl en het doen afnemen van (de neiging tot) somatiseren. Voor de uitgebreide onderbouwing van deze keuze verwijzen we naar de *Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out*.[2]

Benoemen van burn-out is volgens de werkgroep nuttig en kan verduidelijken dat de duur van de symptomen en de gevoelens van moeheid en uitputting te maken hebben met achterliggende problematiek (minder effectieve coping, somatiseren). Deze problematiek vereist aandacht in de behandeling.

De werkgroep meent dat burn-out niet noodzakelijkerwijs werkgerelateerd is.

Epidemiologische gegevens

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de incidentie van overspanning en burn-out.[1] Nederlandse werknemers met overspanning of met burn-out hebben een hoog risico (> 20%) om langdurig en soms blijvend uit het arbeidsproces te geraken. Bij een gestructureerde en activerende aanpak kan het overgrote deel van de betrokkenen binnen drie maanden weer, ten minste gedeeltelijk, zijn gebruikelijke taken oppakken.[2]

De LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) Overspanning en burn-out is herzien ten opzichte van de versie uit 2005.

Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2011;54(12);10-S11-6.

De LESA spreekt van *overspanning* als voldaan is aan elk van de volgende vier criteria (A t/m D):

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.

Dit criterium eist dat er een minimale hoeveelheid stressgerelateerde symptomen aanwezig is. In veel gevallen zullen meer dan drie symptomen aanwezig zijn.

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.
Dit criterium eist dat er sprake is van stressoren en dat de patiënt controleverlies (of machteloosheid) ervaart in het proberen de stressoren te hanteren.

C. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
Dit criterium eist dat er sprake is van beroepsmatig en/of sociaal disfunctioneren, namelijk dat de patiënt één of meer sociale rollen (bijvoorbeeld de rol van werknemer, de rol van huisvader of -moeder) voor minstens 50% heeft laten vallen.

D. De symptomen zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis.
Criterium D eist dat de stressgerelateerde symptomen, het controleverlies en het disfunctioneren niet uitsluitend het directe gevolg zijn van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een depressieve stoornis). Dit betekent dat in aanwezigheid van een psychiatrische stoornis nog steeds de diagnose overspanning gesteld kan worden.

Er is sprake van *burn-out* als voldaan is aan élk van de volgende drie criteria (A t/m C):

A. Er is sprake van overspanning.
Dit criterium positioneert burn-out als een vorm van overspanning.

B. De klachten zijn meer dan zes maanden geleden begonnen.
Dit criterium sluit aan bij de gangbare beeldvorming over burn-out voor wat betreft de chroniciteit van de klachten. De lange duur van de klachten kan wijzen op een minder effectieve copingstijl van de patiënt.

C. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.
Dit criterium sluit aan bij de gangbare beeldvorming over burn-out voor wat betreft het op de voorgrond staan van moeheid en uitputting. Het benadrukken van moeheid en uitputting kan wijzen op een neiging tot somatiseren.

WERKWIJZE

Anamnese (diagnostisch gesprek)

De behandelaar vormt zich bij een patiënt met een vermoeden op overspanning of burn-out een oordeel over de aanwezige klachten, de mate van lijdensdruk en de functioneringsproblemen in de maatschappij, in het werk (eventueel verzuim) en in het privéleven. Ook informeert hij naar de visie van de patiënt over uitlokkende factoren, het perspectief en mogelijke oplossingen in de privé- of werksituatie. De behandelaar schat het probleemoplossend vermogen in van de patiënt en diens omgeving (sociaal, werk, privé). In de eerste consulten maakt de behandelaar een inschatting van deze aspecten. Indien het herstel uitblijft of dreigt uit te blijven, analyseert de behandelaar opnieuw de ontwikkeling van deze aspecten om de mogelijke oorzaak te achterhalen (zie de paragraaf Behandeling). De door de werkgroep aangepaste *Checklist voor probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek* van Terluin en Van der Klink[2] is een goed instrument hiervoor. Het is niet nodig deze routinematig bij iedere patiënt toe te passen. Daarvoor is deze te uitgebreid.

Aanvullend en lichamelijk onderzoek

Bij twijfel aan de diagnose overspanning of burn-out kunnen de huisarts en bedrijfsarts de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) gebruiken, een klachtenlijst die helpt distress, depressie, angst en somatisatie te onderscheiden (www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp). Als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning/burn-out kunnen eerstelijnspsychologen een keuze maken tussen de 4DKL of de Overspanningsklachtenlijst (OK).[2] Indien er onvoldoende duidelijkheid bestaat over de bijdrage van factoren in de werksituatie kan de eerstelijnspsycholoog of bedrijfsarts de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR) afnemen (www.vendrig.praktijkinfo.nl). Deze screent globaal de totale psychosociale arbeidsbelasting en selecteert de werknemers die een groot risico lopen op langdurig verzuim. Deze vragenlijsten worden nader toegelicht in hoofdstuk 4 van de *Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out*.[2]

Voor het stellen van de diagnose is lichamelijk (en aanvullend) onderzoek niet nodig. Alleen bij aanwijzingen in de anamnese voor andere of bijkomende aandoeningen wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek gedaan. Bij patiënten die niet reageren op de aanpak of langdurig klachten houden, wordt eerder (aanvullend) onderzoek overwogen.

Uitgangspunten van de behandeling

In tegenstelling tot het voorheen geldende concept, met als uitgangspunt dat na vermindering van de klachten het functioneren vanzelf herstelt, ligt de focus van de aanpak op het herstel van het maatschappelijk, privé en beroepsmatig functioneren. Onderzoek naar dit tot voor kort gehanteerde model geeft aan dat bij deze aanpak het functioneren vaak slechts in beperkte mate herstelt, met het risico van langdurige maatschappelijke inactiviteit of arbeidsongeschiktheid.

Voor een doelmatige begeleiding van overspanning en burn-out is een benadering effectief, waarbij het herstel van het probleemoplossend vermogen in verschillende fasen wordt onderverdeeld. Deze aanpak wordt procescontingent genoemd en kent drie fasen:
- de *crisisfase;*
- de *probleem- en oplossingsfase;*
- de *toepassingsfase.*

In de *crisisfase* (duur: ongeveer één tot drie weken) gaat het erom dat de patiënt tot rust komt en de controle hervindt op cognitief en emotioneel niveau. Hij moet inzicht krijgen in wat er met hem gebeurd is en zijn overspanning

accepteren. De patiënt heeft hierbij een actieve rol. In deze fase is het uitvoeren van maatschappelijke en privéactiviteiten en deelnemen aan het arbeidsproces vaak niet goed mogelijk. In de *probleem- en oplossingsfase* (duur: ongeveer drie tot zes weken) brengen de patiënt en zijn omgeving structuur aan in de problemen: welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? Oppakken van activiteiten zoals werk (al of niet gedeeltelijk) is doorgaans zinvol als de patiënt zicht heeft op concrete oplossingen voor ten minste een deel van zijn problemen.

In de *toepassingsfase* (duur: ongeveer drie tot zes weken) past de patiënt de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe en herneemt zo zijn functioneren in de diverse rollen. Voor het welslagen is het essentieel dat de omgeving hierin meedenkt en meewerkt.

Wanneer de behandelaar de patiënt volgens dit model [**tabel**] consequent en activerend begeleidt, kan de patiënt meestal binnen drie maanden weer controle over zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) zijn maatschappelijke en privéactiviteiten oppakken en aan het werk gaan. Bij patiënten met een vertraagd herstel initieert de behandelaar acties die erop gericht zijn het zelfredzaam vermogen van de patiënt te versterken en/of belemmerende factoren te helpen oplossen. Vanzelfsprekend zullen bedrijfsartsen zich vooral richten op belemmerende factoren in de werksituatie (bijvoorbeeld ongunstige werkomstandigheden of conflicten) en huisartsen zullen zich meer richten op belemmerende privéfactoren (bijvoorbeeld psychosociale factoren of privéomstandigheden). De eerstelijnspsycholoog richt zich ook op de sociale context en kan aanvullende of verdiepende diagnostiek verrichten. Ook voert hij specifieke interventies uit, zoals het bieden van ondersteuning als de stagnatie van herstel veroorzaakt wordt doordat de patiënt onvoldoende steun heeft vanuit de omgeving. Andere voorbeelden van specifieke interventies door de eerstelijnspsycholoog zijn omgaan met stress of verbeteren van persoonlijke effectiviteit.

Behandeling

Na het stellen van de diagnose formuleert de behandelaar in samenspraak met de patiënt een omschrijving van het probleem. Deze omschrijving vat samen waarom deze patiënt, in deze situatie, op dit moment, deze klachten heeft en tot welke beperkingen deze leiden, en biedt daarmee aanknopingspunten voor de begeleiding. Zo snel mogelijk, in ieder geval binnen twee weken, start de behandelaar met de volgende interventies: voorlichten, geven van perspectief en een activerende en structurerende begeleiding (zie ook de NHG-Patiëntenbrieven Overspanning en Burn-out, www.nhg.org). Vanaf het begin gebeurt dit op een manier waarmee de zelfredzaamheid van de patiënt aangesproken en bekrachtigd wordt. De behandelaar bespreekt bij elk contact of de patiënt de stappen in het herstelproces heeft gezet en afgerond, conform de te verwachten herstelperiode. Als de patiënt spontaan herstelt, kan de behandelaar volstaan met het proces te (blijven) volgen. Indien het herstelproces langer duurt dan verwacht, richt de behandelaar de interventies op de oorzakelijke en onderhoudende factoren bij de patiënt of diens (werk)omgeving. De behandelaar biedt ondersteunende contacten aan tot de patiënt weer volledig participeert. Dit is ook bij lichtere vormen van overspanning aangewezen omdat het beloop van het herstel niet altijd goed voorspeld kan worden. De frequentie van contacten is mede afhankelijk van de ernst van de overspanning of burn-out, het herstelgedrag van de patiënt en zijn vermogen om op tijd hulp in te roepen. De LESA adviseert het beloop (ten minste) driewekelijks samen met de patiënt te evalueren, waarbij de begeleider telkens nagaat welke herstelbelemmerende of herstelbevorderende factoren er spelen en zo nodig interventies overweegt en

Tabel Schema behandeling

Procesfase	Interventies	Doel
Crisisfase Controleverlies leidt tot crisis	*Basis:* Voorlichting geven ■ Dagstructuur aanbrengen ■ Perspectief bieden *Optioneel:* ■ Praatadviezen ■ Schrijfopdrachten ■ Piekeropdrachten ■ Ontspannende activiteiten ■ Dagstructuur/slaapstructuur	Patiënt en omgeving werken aan: ■ acceptatie ■ begrip en inzicht ■ rust en ontspanning ■ dagstructuur
Probleem- en oplossingsfase Zicht op oorzaken leidt tot zicht op oplossingen	*Optioneel*: Probleem- en oplossingsinventarisatie met behulp van schrijf- en registratieopdrachten	■ oriënteren op problemen én op oplossingen ■ in kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen
Toepassingsfase Toepassen van oplossingen leidt tot hervinden grip op de situatie	*Optioneel*: ■ Schema's voor opbouwen activiteiten ■ Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken ■ Opdracht om te saneren in belastende factoren	■ oriënteren op toepassingen ■ oppakken van alle rollen en taken ■ functioneringsherstel

toepast. Het beleid dat de behandelaar voert, wordt bepaald door het domein (maatschappelijke participatie, zoals vrijwilligerswerk, mantelzorg, studie of betaald werk; privéfactoren) waar het zwaartepunt van de problematiek ligt. Verder stemt de behandelaar het beleid af op de mate van lijdensdruk en disfunctioneren en op de wensen en voorkeuren van de patiënt en diens eventuele lichamelijke of psychische comorbiditeit.

Voor medicatie is in principe geen plaats in de behandeling van overspanning en burn-out. Medicatie is hooguit tijdelijk (maximaal twee tot drie weken, bij voorkeur intermitterend) in te zetten bij behoefte om ernstig belemmerende symptomen zoals slaapproblemen en functionele lichamelijke klachten te verminderen. (zie de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen, www.nhg.org).

Samenwerken en afstemmen

Het is van belang dat de behandelaars de behandeling en begeleiding met elkaar *afstemmen*. Een goede afstemming en het benadrukken door de behandelaar aan de patiënt van het belang van participatie, bevordert vroegtijdige herstel en maatschappelijke participatie. Bij afstemming staat de patiënt centraal. Aan het einde van deze LESA staat een lijst met aandachtspunten voor samenwerkingsafspraken in de regio. Voorwaarde voor informatieverstrekking is dat de patiënt gerichte toestemming geeft. Met deze toestemming kan informatie zowel schriftelijk als mondeling uitgewisseld worden tussen de betrokken behandelaars. Voor informatie-uitwisseling tussen huisarts, bedrijfsarts en psycholoog kan gebruik worden gemaakt van het door de KNMG ontwikkelde communicatieformulier (http://knmg.artsennet.nl/diensten/knmgpublicaties/knmgpublicaties-optrefwoord.htm).

De Beroepscode van het NIP beschrijft de voorwaarden rond informatieverstrekking voor psychologen (/website/wat-doet-het-nip/beroepsethiek/beroepsethiek-en-beroepscode).

Om tot een goede afstemming te komen tussen de verschillende disciplines is het noodzakelijk overeenstemming te hebben over behandeldoelen, de gebruikte methodes en elkaars rol. Door vanuit een gemeenschappelijke focus (herstel van (zelf)controle en functioneren) te werken en daarbij elkaars kennis en kunde te benutten, kunnen de huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsychologen complementair functioneren ten behoeve van de patiënt. Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig: vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet al voldoende om tot een goede afstemming in het behandelen te komen. Vooral bij stagnatie van het herstelproces worden overleg en afstemming aanbevolen. Daarvoor zijn adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop en over eventueel ander onderzoek aangewezen. Aan het begin en het eind van de behandeling wordt een bericht aan de andere behandelaar(s) gestuurd. Indien een verschil van mening tussen de behandelaars bestaat over de diagnose of het beleid, overleggen zij met elkaar. Het is van belang de patiënt niet te gebruiken als mondelinge overbrenger van suggesties of commentaar. Leidt overleg niet tot consensus, dan wordt aanbevolen dat betrokken behandelaars de patiënt en het dossier (opnieuw) zien om hun visie te heroverwegen en daarna weer met elkaar te overleggen.

Bij *arbeidsconflicten* is het van groot belang de patiënt te motiveren om het conflict op de werkplek op te lossen en ervoor te waken dat de behandelaars meegetrokken of uitgespeeld worden in een weinig vruchtbaar en langdurig proces. De bedrijfsarts geeft aan de patiënt, andere behandelaars en de werkgever inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door bestendiging van 'het ziekteverzuim' een schijnoplossing ontstaat met een groot risico op langdurig verzuim en verlies van werk. De bedrijfsarts adviseert een onafhankelijke mediation of bemiddeling als na twee weken nog geen de-escalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn. Als de huisarts of psycholoog van mening is dat het conflict een ongewenste ontwikkeling heeft, overlegt hij met de bedrijfsarts.

In de begeleiding handelt de *huisarts* vanuit zijn kennis van de patiënt, diens omgeving en wijze van omgaan met ziekten en problemen. De *eerstelijnspsycholoog* handelt vanuit zijn kennis van psychologische diagnostiek en interventies binnen de context van de eerste lijn. Dat wil zeggen dat sociale omstandigheden, context van het gezin, werk, opleidingssituatie en woonomgeving worden meegewogen in de diagnostiek en in het interventiebeleid. De *bedrijfsarts* handelt vanuit zijn kennis over arbeids- en beroepsgerelateerde aandoeningen, zijn kennis van het bedrijf en van de specifieke werkomstandigheden. De bedrijfsarts handelt, net als de huisarts en de psycholoog, vanuit professionele onafhankelijkheid (autonomie). Hieronder wordt verstaan: de vrijheid van oordeelsvorming, handelen, advisering en verwijzen (gegeven de professionele standaarden, de wettelijke kaders en de maatschappelijke normen en waarden). De meeste patiënten weten wel wat ze onder de autonomie van de huisarts en psycholoog kunnen verstaan, maar niet wat dat betekent voor het handelen van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts handelt vanuit eerder geduide professionele onafhankelijkheid en zijn specialisatie ten aanzien van de preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen en ten aanzien van de zorg voor het behoud en de bevordering van de gezondheid en arbeidsgeschiktheid (inclusief de beoordeling daarvan en het geven van werkhervattingsadviezen). De professionele onafhankelijkheid heeft zowel betrekking op de individuele arts-patiëntrelatie als op de relatie met groepen van patiënten en (delen van) de onderneming.

Bij werknemers die verzuimen van arbeid (zich ziekmelden) is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) van toepassing (zie kader Wet Verbetering Poortwachter).

VERWIJZEN

Zowel de huisarts, eerstelijnspsycholoog als bedrijfsarts kan, gezien de laagdrempelige toegang van deze beroepsgroepen, de patiënt als eerste zien en met de begeleiding beginnen. De

Wet Verbetering Poortwachter
In de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) zijn de taken en verplichtingen van zowel de werkgever als de werknemer vastgelegd. Werknemer en werkgever zijn samen verantwoordelijk voor re-integratie. De arbodienst of bedrijfsarts adviseert hen over beperkingen en re-integratiemogelijkheden en geeft advies over de beste manier waarop de werkgever kan begeleiden. Om zo goed mogelijk in te spelen op re-integratiemogelijkheden stelt de bedrijfsarts bij zes weken verzuim een probleemanalyse met een re-integratieadvies op. Hierin staan welke beperkingen de werknemer heeft voor het werk, wat zijn mogelijkheden zijn voor herstel en werk en wanneer hij het werk weer zou kunnen hervatten. Binnen acht weken na de verzuimmelding, of uiterlijk twee weken na de probleemanalyse, stellen de werkgever en werknemer samen een plan van aanpak op. In dit plan wordt beschreven wat beiden gaan doen zodat de werknemer weer kan gaan werken. Soms stagneert de re-integratie door een verschil van mening tussen werknemer en werkgever. Of is er behoefte aan een deskundig oordeel over de uitvoering van het Plan van aanpak. Werkgever en werknemer kunnen in zo'n situatie een deskundigenoordeel bij UWV vragen. Bij een dergelijk oordeel bekijken onafhankelijke verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen de situatie en helpen ze de re-integratie weer op te pakken. De uitkomst van het deskundigenoordeel is echter niet bindend, er kan niet bij het UWV tegen dit oordeel in beroep worden gegaan. Komen werkgever en werknemer er met het deskundigenoordeel samen niet uit, dan kan één van hen naar de rechter stappen. Het deskundigenoordeel kan van invloed zijn op de uitspraak van de rechter (www.uwv.nl; www.arboportaal.nl/arbo_a_tm_z/p/poortwachter).

overgrote meerderheid van de patiënten met overspanning zal in eerste instantie bij de huisarts of bedrijfsarts komen. Meestal is het geven van voorlichting en het bieden van perspectief in combinatie met een actief volgend beleid voldoende en is verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog niet nodig. Wanneer er sprake is van verzuim komt de patiënt automatisch in beeld bij de bedrijfsarts.

Voor huisarts en bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, wanneer:
- er stagnatie optreedt bij het herstel van de overspanning en de bedrijfsarts of huisarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen of wanneer de stagnatie langer duurt dan drie weken;
- interventies van de bedrijfsarts of huisarts om de stagnatie op te heffen binnen drie weken geen effect hebben;
- er sprake is van burn-out;
- er twijfel is over de diagnose.

Voor de eerstelijnspsycholoog en huisarts bestaat een indicatie voor het inschakelen van de bedrijfsarts, wanneer:
- er sprake is van een arbeidsconflict;
- er werkgerelateerde stressoren zijn die met de overspanning samenhangen;
- werkgerelateerde factoren het herstel(proces) en/of werkhervatting belemmeren.

Als de eerstelijnspsycholoog of huisarts een arbeidsconflict waarneemt is er een indicatie om zo snel mogelijk en in ieder geval binnen vijf werkdagen de bedrijfsarts in te schakelen. Wanneer er sprake is van overspanning of burn-out én een arbeidsconflict zal de patiënt door zowel de bedrijfsarts als de eerstelijnspsycholoog begeleid worden.

Voor de bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de huisarts, wanneer:
- oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstelproces vooral in de privésfeer liggen.

Verwijzing naar de tweedelijns GGZ is geïndiceerd:
- bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de eerstelijnspsycholoog;
- bij psychiatrische problematiek waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn.

Als verwijzing plaatsvindt (binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn), geeft de werkgroep aan dat de patiënt binnen twee weken na verwijzing terecht moet kunnen bij de behandelaar waarnaar verwezen wordt. Verwijzing vindt plaats in samenspraak met de bij de patiënt betrokken behandelaars.

AANDACHTSPUNTEN VOOR SAMENWERKINGSAFSPRAKEN IN DE REGIO

Aandachtspunten voor afspraken tussen behandelaars in de regio zijn:
- *Bereikbaarheid*
  Behandelaars dragen zorg voor voldoende bekendheid van telefoonnummers, e-mailadressen en een systeem om deze gemakkelijk te achterhalen. Zij werken aan concrete oplossingen voor contact tussen de behandelaars van een patiënt met overspanning of burn-out gezien de verschillen in organisatiestructuur van betrokken beroepsgroepen.
- *Informatie-uitwisseling*
  Behandelaars maken concrete afspraken over informatie-uitwisseling en hanteren de regels voor toestemming van patiënt.
- *Coördinatie en monitoring hulp*
  Er worden duidelijke afspraken gemaakt over coördinatie en monitoren van hulp en wijze van onderlinge communicatie hierover.
- *Verwijsbeleid in de regio*
  Het aanbod van zorg kan regionaal verschillen. Behandelaars zorgen er voor dat zij op de hoogte zijn van de regionale mogelijkheden en maken afspraken over hoe zij elkaar op de hoogte houden.

© 2011 Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen

NOTEN

1
Romeijnders ACM, Vriezen JA, Van der Klink JJL, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S, et al. LESA Overspanning. Huisarts Wet 2005;48:20-3.

2
Verschuren CM, Terluin B, Loo MAJM, Vendrig AA, Bastiaanssen MHH, Vriezen JA, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out, 2011. http://nvab.artsennet.nl/richtlijnen.htm.

3
Terluin B, Van der Klink JJL. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

Totstandkoming

In februari 2008 startte een werkgroep van huisartsen, bedrijfsartsen en psychologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) met de ontwikkeling van een Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out. Namens de NVAB hadden zitting dr. A.P Nauta, bedrijfsarts en psycholoog (van 1 januari 2008 tot 1 april 2009); M. Bastiaanssen, bedrijfsarts (vanaf 1 april 2009); en M.A.J.M. Loo, bedrijfsarts (vanaf 1 juni 2008); namens de LVE C.M. Verschuren, psycholoog en A&O-deskundige en dr. A.A. Vendrig, klinisch psycholoog en namens het NHG S. Flikweert† en dr. B. Terluin, huisartsen en dr. J.A. Vriezen, medisch antropoloog. Op basis van deze Multidisciplinaire Richtlijn heeft dezelfde werkgroep in 2011 de LESA Overspanning herzien. De projectcoördinatie was in handen van M.H.H. Bastiaanssen, C.M. Verschuren en dr. J.A. Vriezen. De LESA kwam tot stand door subsidie van ZonMw.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepvergaderingen waren:

- beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor het beleid bij overspanning en burn-out;
- ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing om 'burn-out' als aparte entiteit te moeten beschouwen en begeleiden;
- het praktisch weergeven van het gestructureerde behandelplan met activerende begeleiding voor zowel huisartsen, bedrijfsartsen als eerstelijnspsychologen;
- goede en praktische rolverdeling tussen huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog.

In juli 2010 is een conceptversie van de LESA ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden) en vijftig bedrijfsartsen (NVAB-leden). Tevens heeft de LVE een aantal leden geraadpleegd. Er werd commentaar ontvangen van negen huisartsen en vijf bedrijfsartsen en van de LVE namens een aantal leden. Verder werd commentaar ontvangen van twee referenten, te weten E.T.T. Lamers, eerstelijnspsycholoog en dr. E. van Rijswijk, huisarts. De concept-LESA is ter informatie aan de Nederlandse Consumenten Patiënten Federatie gestuurd. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In september 2011 is de LESA bestuurlijk goedgekeurd door het NHG, NVAB (na autorisatie door de NVAB-autorisatiecommissie) en LVE.