**Informatie 4 Fasen herstelplan bij overspanning en burn-out voor bedrijfsartsen en arbo-artsen** E.Ellis, huisarts te Doetinchem, versie 1/2016

Geachte collega,

In deze brief vind u informatie over het 4-fasenherstelprogramma dat ik hanteer bij de begeleiding van patiënten met overspanning of burn-out. Dit programma wijkt op een aantal punten fors af van de LESA – overspanning en burn-out uit 2011, waarbij een procescontingente benadering aanbevolen wordt. In het hiernavolgende stukje leg ik uit wat het verschil is en waarom ik voor een afwijkende aanpak kies.

De patiëntenversie van dit programma staat op [www.huisartsellis.nl](http://www.huisartsellis.nl) > specialiteiten> overspannen-herstelprogramma.

**Een gestructureerde en gerichte klachtcontingente benadering**

Het 4-Fasenherstelprogramma is in mijn eigen huisartsenpraktijk door mijzelf als huisarts in de loop van de afgelopen 10-15 jaar ontwikkeld maar is de afgelopen 5 jaar vrijwel niet meer gewijzigd. Tussen 2011 en 2015 volgden circa 170 patiënten dit programma. Het 4-Fasenherstelprogramma is een gestructureerde en gerichte klachtcontingente benadering van surmenage/ burnout waarbij de benadering in de vier te onderscheiden fasen flink verschilt.

Overspannenheid wordt door mij opgevat als een stoornis van het brein; een stoornis die tot de bekende overspanningsklachten leidt. Duurzaam herstel is alleen mogelijk als het brein herstelt van de stoornis zoals een goede longfunctie afhankelijk is van een goed herstel van een pneumonie. Bij een pneumonie worden ontstekingsparameters en x-thorax gebruikt om het herstel te beoordelen. Een probleem met de Lesa is dat er geen praktische richtlijnen worden opgegeven om tijdens het spreekuur de ernst van de overspanning en het beloop van het herstel vast te stellen.

Bij het 4-Fasenherstel-programma worden twee kernklachten gericht tot leidraad voor de behandeling genomen: de slaapduur en de concentratieboog. De slaap en de concentratieboog staan in een onderling verband. Door de overspanning is er een slechte concentratie ontstaan. De slechte concentratie zorgt ervoor dat lichte prikkels – bv geluiden- al als hinderlijk worden ervaren en tot nieuwe overprikkeling leiden. De overprikkeling van het brein stoort de slaap. De slaap op haar beurt is noodzakelijk voor een goed functionerend brein. Wanneer deze slaap fors gestoord raakt belemmert dat het herstel van het brein of zorgt ervoor dat de functiestoornis zelfs toeneemt. Zo ontstaat er een vicieuze cirkel die slechts door gestructureerde, gerichte interventies, gericht op de verbetering van deze kernklachten, doorbroken kan worden.

Overspanning, chronische overspanning en burn-out

Vinden er geen of onjuiste interventies plaats dan kan er een toestand van chronische overspanning ontstaan. Chronische overspanning (overspanning > 6 mnd) wordt in de Lesa burn-out genoemd maar is m.i. niet hetzelfde. Bij chronische overspanning vindt er bij toepassing van het 4-Fasenprogramma namelijk alsnog een normaal herstel plaats. Het herstelvermogen blijkt intact maar werd niet of verkeerd aangesproken.

Van burn-out dient m.i. pas gesproken te worden wanneer de herstelmechanismen bij overspannenheid zelf gestoord zijn; dit komt zelden idiopathisch voor. Doorgaans is er sprake van co-morbiditeit en is de vermeende burn-out in feite een nevenverschijnsel van de eerder bestaande aandoening.

**De slaap als bron van herstel, concentratie als maat voor herstel**

De slaap is bij het begin van een overspanning vaak fors beperkt bijvoorbeeld 4-5 uur in plaats van 7-8 uur. Deze korte slaapduur is de hoofdreden voor het voortbestaan van de klachten. Het brein herstelt niet bij deze korte slaap. Het plan voorziet in maatregelen om deze slaap te maximeren tot **2 uur** meer dan normaal nodig is. Bij een gezonde persoon zal dit niet lukken. Bij een patiënt met overspanningsklachten echter wel en wel weken lang (zonder gebruik van benzodiazepines) totdat deze herstelslaap, naarmate het herstel vordert, uiteindelijk geleidelijk weer afneemt. Deze fors toegenomen slaap, die bij overspannen patiënten mogelijk is, onderbouwt de opvatting dat er daadwerkelijk sprake is van een stoornis. Het plan wordt dan ook op dezelfde wijze door mij in gezet bij persisterende commotioklachten.

Hoe is het mogelijk de slaap zover te maximeren? Dit gebeurt door een maximale ontprikkeling van het brein. De ontprikkeling kent een aantal voorwaarden.

1. Introductie van een middagslaap gedurende 2 uur van 13.00 -15.00 uur. Met de middagslaap wordt bereikt dat de dag in tweeën wordt geknipt. Tijdens de middagslaap vindt er een vorm van voorverwerking van de eerste daghelft plaats. Daarmee wordt de hoeveelheid te verwerken prikkels tijdens de nacht gereduceerd en kan de slaap zich ’s nachts verdiepen. Bij een gezonde persoon zou een middagslaap een recept kunnen zijn voor een forse slaapstoornis. Bij een overspannen patiënt echter niet.
2. Meten van de concentratieboog met de instructie deze concentratieboog tijdens de dagelijkse activiteiten **niet** te overschrijden. De concentratieboog wordt gemeten door de patiënt te instrueren een eenvoudig boek te lezen. Wanneer deze bemerkt dat de tekst niet meer opgenomen wordt, wordt de leestijd genoteerd en dit vormt de concentratieboog. Er zijn uiteraard nog andere methoden om deze tijd te bepalen bv. Bij dyslexie/ visusproblemen/ leesaversie etc. maar dat valt buiten het bestek van deze tekst. Bij het gros van de patiënten met een recente overspanning blijkt deze concentratieboog slechts 5-10 minuten te bedragen. Wat betekent dit? Dit betekent dat alle activiteiten die een langere concentratie vergen – boodschappen doen, bezoek ontvangen , de dokter bezoeken, een psycholoog bezoeken, werken – een nieuwe overprikkeling vormen. Dit is te vergelijken met de klachten bij een tenniselleboog. Een gezonde persoon kan zonder probleem een kop thee oppakken. Bij een patiënt met een tenniselleboog kan dit echter tot pijn en een loslaatreflex leiden. De geringste activiteiten onderhouden bij overspanning de aandoening al en hier dient rekening mee gehouden te worden. Ze moeten in eerste instantie nagelaten worden om zodoende tot een maximale ontprikkeling van het brein te komen en daarmee tot een zo diep mogelijke slaap.

**Herstel in 4 Fasen; het normale en het afwijkende beloop**

Wanneer deze twee richtlijnen goed gevolgd worden, en de gestructureerde **wekelijkse begeleiding** is erop gericht hiervoor te zorgen, blijkt het herstel in vier duidelijk verschillende fasen te verlopen in plaats van in de door de Lesa genoemde drie fasen.

Het beleid is in deze 4 fasen zeer verschillend**.** In fase 1 en 2 de-activerend en pas in fase 3 en 4 activerend!

Fase 1 : Ontprikkelingsfase. Door de genoemde maatregelen neemt de slaap geleidelijk toe. Wanneer deze 2 uur meer bedraagt dan bij de patiënt in kwestie in gezonde omstandigheden nodig heeft, neemt deze meestal niet verder toe. De concentratieboog neemt slechts licht toe. De slaapduur is in deze fase de maatstaf voor verbetering van het beeld. Gemiddelde duur fase 1 : 1 maand\* . Beleid: wekelijks coachen om consequente opvolging van richtlijnen te bevorderen.

\*Deze en hiernavolgende tijdsindicaties gelden bij een gebruikelijke startconcentratie van 5-10 minuten en een totale slaapduur van circa 4 uur. Bij een betere startcon-centratie en/of slaap worden de fasen sneller doorlopen.

Fase 2 : Slaapfase. De slaap is stabiel; de patiënt leeft idealiter ook overdag een wat dromerig, zombie-achtig bestaan, als in een cocon, voelt zich moe en wil het liefst met rust gelaten worden. Deze houding bevordert het herstel optimaal en dient gerespecteerd te worden. De concentratie neemt in deze fase toe tot ongeveer 1 uur en deze toename is in de fases 2 en 3 de maat voor herstel. Duur: ongeveer 1 maand. Beleid: 1-2 wekelijks coachen en bemoedigen om richtlijnen te blijven volgen. De patiënt is **nog steeds 100 % arbeidsongeschikt** en dient zich nog niet om re-integratie te bekommeren. Starten met werk in fase 1 of 2 is contraproductief en frustreert het herstel!

Fase 3: Leerfase met instabiele energie. Wanneer de concentratie ongeveer 1 uur bereikt neemt de totale slaapduur af tot 1 uur meer dan normaal en dit wordt doorgaans ‘snachts gerealiseerd. Een middagslaap is vaak niet meer of slechts incidenteel nodig en duurt dan maximaal 30 minuten. De patiënt heeft het gevoel hersteld te zijn, maar dat is nog niet het geval . De moeheid is over, de interesse voor de omgeving, voor werk, voor re-integratie leeft op, maar de energie is nog instabiel. De concentratie neemt in deze fase toe tot 2 uur, mits dat voorheen ook mogelijk was. Duur : ongeveer 1 maand. Beleid: 2-wekelijkse coaching. In deze fase mag de patiënt de eigen mentale en fysieke conditie gecontroleerd uitdagen. Gecontroleerd betekent hier: met oog voor de eigen grenzen mogen deze grenzen bewust overschreden worden om te leren wat de consequenties zijn. Er volgt in deze fase dan prompt een vermoeidheidsgevoel van ½ -1 dag. Hierdoor leert de patiënt het eigen grensgevoel herkennen en respecteren. In deze fase is het zinvol om reïntegratieplannen te maken en is de patiënt hier ook in geïnteresseerd.

Indien de werkzaamheden weinig mentale belasting vragen en er m.n. sprake is van fysieke belasting dan kan hiermee in deze fase ook al gestart worden maar succes is in fase 3 niet gegarandeerd vanwege de nog instabiele energie.

Fase 4 : Reïntegratiefase. De concentratie is gestegen tot 2 uur. De slaap is genormaliseerd; de energie is stabiel en beiden blijven stabiel ook wanneer de patiënt zich kortdurend overbelast. Multitasken en vergaderen blijft echter nog moeilijk.

Duur: afhankelijk van arbeidscontract. Beleid: 3-4 wekelijkse coaching; start re-integratie op therapeutische basis in backoffice situatie en liefst in kamer apart vanaf nu pas aan te bevelen; werk bevordert vanaf deze fase pas het herstel en niet eerder ! Ik beveel meestal aan om met 3x2 uur te starten en dit na 2 weken met 2-3 uur/wk op te bouwen. De complete duur van fase 4 is bij een 36 –urige baan 12 weken. De multitask-functie ontbreekt nog maar komt in deze fase spontaan weer terug.

Totale duur 4-fasenplan : fase 1 t/m 3 : 3 maanden. Fase 4 bij full-time kantoorbaan: 3 maanden Totaal dus 6 mnd bij een initiële concentratie van 5-10 minuten/ slaap 4 uur.

Afwijkend en vertraagd beloop

Bij het 4-fasenplan kan een vertraagd beloop voorkomen. Doordat de fasen in de tijd gestructureerd zijn (de fasen worden door mij doorgaans nog onderverdeeld in a-en b-fase) wordt een vertraging vlot opgemerkt en kan een relevante interventie plaats vinden. Redenen voor een afwijkend beloop:

Comorbiditeit :

* depressie, pre-existente slaapstoornissen storen het herstelplan. Bij deze aandoeningen kan medicatie (ssri, benzo tijdelijk) zinvol zijn.
* pre-existente neurologische aandoeningen: nah, adhd : de concentratie stijgt niet of vertraagd;
* cvs: vermoeidheid blijft en soms ook de concentratieproblemen.
* Psychosociale stress; conflict, scheiding faillissement. Tot rust komen is onmogelijk.

Compliance :

* ontbrekende aov bij zzp; het plan wordt niet of ten dele gevolgd.
* Zorg voor kleine/zieke kinderen; middagslaap niet haalbaar; teveel drukte mn rond avondspits.
* Interventies van arbo- en bedrijfsartsen zijn niet zelden een bron van vertraagd herstel, doordat de patiënt te vroeg te werk wordt gesteld. Spreekuurconsulten van de arbo- en bedrijfsarts zijn geregeld goed voor ‘slechts’ een week stagnatie.

**Begeleiding**

De Lesa beveelt 3-wekelijkse controles aan. Dit is in fase 1-3 veel te weinig. Pas in fase 4 volstaat dit. In mijn praktijk wordt de begeleiding door mijzelf gedaan maar zou ook door een poh-ggz gedaan kunnen worden. Psychologische hulp is zelden zinvol maar indien gewenst pas zinvol vanaf fase 3 ! De patiënt moet over voldoende concentratie beschikken om emotionele gesprekken van 45-60 minuten aan te kunnen, anders stoort deze therapievorm het herstel. Psychologische therapie is met name zinvol bij assertiviteitsproblemen bij de werknemer – de werknemer herkent de grenzen wel maar durft niet voor zichzelf op te komen – of bij een conflict op de werkvloer danwel in de prive-situatie. Ook mindfullnes kan in dat geval zinvol zijn.

**Het is voor een goede afloop van het 4-Fasenplan wenselijk dat ook de bedrijfsarts hiermee akkoord gaat en zich alvorens een eigen oordeel te vellen over het te volgen beleid informeert naar het beloop van de slaap en de concentratie bij een ziekgemelde werknemer**.

**4-Fasenplan in relatie tot de Lesa**

‘Bij uitblijven van een gerichte aanpak is het risico op blijvende arbeidsongeschiktheid circa 20%’ aldus de Lesa. Daarom bestaat er volgens de Lesa een noodzaak tot een ‘gerichte activerende aanpak’, ‘gericht op het herstel van functioneren’. Uit het bij de Lesa gepresenteerde onderzoek blijkt echter dat deze aanpak niet betekent dat de klachten ook herstellen hoewel er tegelijk wordt gesteld dat werk ‘herstelbevorderend’ is. Er ontstaat door deze procescontingente benadering een dissociatie tussen klachten en ‘return to work’. De patiënt kan in een spagaat belanden tussen bedrijfsarts en psycholoog. Volgens de bedrijfsarts dient er ongeacht de klachten een reïntegratietraject met werkopbouw gevolgd te worden. Volgens de psycholoog moet de patiënt leren luisteren naar de lichaamssignalen en hier gehoor aan geven.

Het 4-fasenherstelprogramma biedt met de andere gerichte aanpak een uitweg uit deze spagaat. Zowel klachtreductie als ‘return to work ‘(RTW) worden door de gedifferentieerde aanpak mogelijk. Er vindt 100 % klachtreductie plaats bij een goede RTW. De activatie vindt pas plaats na een intensief begeleide de-activerende herstelfase.

Hiermee duurt de initiële arbeidsongeschiktheid weliswaar langer, maar het uiteindelijke herstel is veel beter en duurzamer met een lager risico op blijvende arbeidsongeschiktheid.