

Aanvullende vragen in verband met psychische klachten bij overspanning/burn-out

ASR Schadeverzekering N.V.
Inkomen
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Wij volgen de definitie en diagnostisering van overspanning/burn-out volgens Verschuren CM, Terluin B, Loo MAJM, Vendrig AA, Bastiaanssen MHH, Vriezen JA. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Amsterdam, Utrecht: LVE, NHG, NVAB; 2011.

Bij dit formulier horen twee bijlagen:

1. Checklist deel 1 t/m 8 uit de multidisciplinaire richtlijn burn-out/overspanning NVAB.
2. Samenvattingskaart zorgstandaard GGZ Standaarden.

1. Kenmerken overspanning/ burn-out

1a. Verzekerde heeft aangegeven overspannen/burn-out te zijn. Welke symptomen constateert u? (Zie checklist deel 1)

- moeheid
 gestoorde of onrustige slaap
 prikkelbaarheid
 niet tegen druk-tegen herrie kunnen
 emotionele labiliteit
 piekeren
 zich gejaagd voelen
 concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid

Tenminste 3 van deze verschijnselen zijn aanwezig:

ja nee

Bij drie of meer symptomen ga door met 1b

1b. Is er sprake van controleverlies/machteloosheid?

ja nee

1c. Is er sprake van ernstige beperkingen in functioneren/werk?

ja nee

1d. De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis

ja nee

1e. Is er op basis van uw onderzoek sprake van overspanning?

ja nee

Wanneer antwoord is ja, ga door met 1f

1f. Hoelang bestaan de klachten?

korter dan 6 maanden langer dan 6 maanden

1g. Staan moeheid en uitputting op de voorgrond?

ja nee

Indien overspanning en klachten minstens 6 maanden bestaan en gevoelens van moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan, dan ook vraag 1h beantwoorden

1h. Is er sprake van burn-out?

ja nee

Wanneer conclusie nu is, geen overspanning, geen burn-out ('nee'): stop met het invullen van deze lijst. Wanneer conclusie nu is: wél overspanning of burn-out: ga verder met het invullen van deze lijst.

2. Co-morbiditeit

2a. Is er sprake van depressie?
(Zie checklist deel 2)

ja nee

Zo ja, geef een toelichting

Zo nee, is er sprake van een
angststoornis?
(Zie checklist deel 3):

ja nee

Zo ja, geef een toelichting:

3. Taakvervulling

Geef de taakvervulling van verzekerde
aan. (Zie checklist deel 4)

3a. Welke rollen of taken heeft
verzekerde laten vallen?

3b. Welke rollen of taken vult de
verzekerde nog wel in?

3c. Welke voorgeschiedenis van
(dis)functioneren heeft verzekerde?

4. Uitlokkende en oorzakelijke factoren

Wat zijn oorzakelijke en
onderhoudende, c.q. stagnerende
factoren? (Zie checklist deel 5)

4a. In de persoon gelegen factoren:

4b. In de sociale omgeving gelegen
factoren:

4c. In het werk gelegen factoren:

5. Probleemanalyse

In uw controleformulier heeft u een
probleemanalyse beschreven. Welke
mogelijke oplossingen heeft u met
verzekerde besproken?
Dit naar aanleiding van het probleem-
oplossend/verwerkingsvermogen van
verzekerde. (Zie checklist deel 6):

5a. Op medisch/behandelingsgebied

5b. Op werkgebied	
5c. Op persoonlijk/coping gebied	
5d. Op privé gebied	

6. Inrichting werk

6a. In hoeverre kan in de visie van verzekerde het werk anders georganiseerd worden, c.q. welke regelmogelijkheden heeft verzekerde in zijn werk? <i>(Zie checklist deel 7)</i>	
--	--

7. Arbeidsherstel

7a. Wat is de visie van verzekerde op arbeidsherstel zelf? <i>(Zie checklist deel 8)</i>	
---	--

8. Oplossingen

8a. Welke oplossingen heeft verzekerde al aangepakt of is voornemens dit te doen?	
---	--

9. Prognose

9a. Hoe schat u de prognose in bij een adequate begeleiding tot werkhervatting?	<input type="text"/> maanden van nu <i>(richtlijn: 0-3 maanden overspanning, 3-9 maanden burn-out)</i>
---	---

10. Aanbevelingen

10a. Heeft u aanbevelingen ter interventie / providerinzet a.s.r.?	
--	--

11. Overleg

11a. Wilt u overleg met de medische dienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Toelichting	<input type="text"/>

Bijlage 1

Checklist 1 t/m 8 uit de multidisciplinaire richtlijn burn-out/overspanning van de NVAB

4. Diagnostiek

Uitgangsvraag D

Welke meetinstrumenten (checklists, gestructureerde interviews en vragenlijsten) zijn specifiek gericht op assessment bij overspanning, en wat kan gezegd worden over de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten?

In het vorige hoofdstuk is uiteengezet dat wij overspanning zien als het kernconcept met burnout als aparte categorie. Om die reden zullen wij instrumenten die specifiek ontwikkeld zijn voor overspanning en burnout niet in afzonderlijke paragrafen bespreken.

Diagnostiek van overspanning is in de praktijk vrijwel altijd onderdeel van een meer omvattende diagnostiek van het psychisch functioneren van de persoon. Het bespreken van de algemene psychische diagnostiek valt buiten het bereik van de hierboven genoemde uitgangsvraag en wij verwijzen daarvoor naar de diverse richtlijnen die voor de drie beroepsgroepen zijn ontwikkeld. Voor eerstelijnspsychologen is dat de richtlijn 'intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen' (Geus & Scholte 2005), voor huisartsen de diverse NHG-standaarden zoals bijvoorbeeld 'depressieve stoornis' (Van Marwijk et al. 2003) en voor bedrijfsartsen de richtlijn 'handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen' (Van der Klink et al. 2007).

De diagnose overspanning moet niet pas gesteld worden nadat een angststoornis en een depressieve stoornis zijn uitgesloten. Het is belangrijk om bij een patiënt met een depressie of angststoornis ook oog te hebben voor de rol van overspanning. Dan zullen interventies die vaak helpen bij overspanning eerder overwogen worden, waardoor de behandeling breder en vollediger kan zijn.

Hierna worden eerst checklists en gestructureerde interviews besproken, gevolgd door een bespreking van vragenlijsten. Bij de bespreking van de verschillende meetinstrumenten worden de criteria toegankelijkheid (beschikbaarheid in het publieke domein, geringe kosten, toepasbaarheid, korte tijd nodig om de vragenlijst in te vullen en te scoren) en bruikbaarheid (levert de vragenlijst echt iets op bij de diagnostiek van overspanning) van groter belang geacht voor de eerstelijns praktijk dan het streven naar volledigheid.

4.1 Checklists

Blonk et al. (2006) hebben een checklist opgesteld waarin niet wordt ingegaan op de klachten maar waarin wel de belangrijkste knelpunten de revue passeren die aanleiding kunnen geven voor werkstress of overspanning. Knelpunten die worden gecheckt (ja/nee) zijn: 'Taak- en bedrijfsorganisatie' (14 items), 'Werk- en rusttijden' (9 items), 'Mentale belasting' (18 items), 'Emotionele belasting' (12 items).

Van der Klink en Terluin (2005) hebben de 'Checklist voor probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek' op-gesteld. Het instrument is ontwikkeld om de anamnese te ondersteunen. Met deze checklist is goede ervaring opgedaan in de praktijk en alle drie de beroepsgroepen gebruiken dit instrument. De checklist blijft dicht bij de probleemoriëntatie en -classificatie die wordt aanbevolen in de NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen' (Van der Klink et al. 2007) en in de LESA 'Overspanning' (Romeinders et al. 2005). Daarom hebben we deze checklist in deze richtlijn opgenomen en op enkele punten aangepast. De twee belangrijkste aanpassingen zijn: (a) de bepaling of er sprake is van overspanning hebben wij aangescherpt met de aanbevolen definitie voor overspanning in deze richtlijn; en (b) met participatie bedoelen wij zowel betaald als onbetaald werk en maatschappelijke activiteiten. Dit laatste betekent dat iedere structurele en terugkomende taak of activiteit die een verplichting inhoudt naar een andere persoon of naar een organisatie wordt opgevat als participatie. Voorbeelden hiervan zijn: vrijwilligerswerk, mantelzorg, huishoudelijke taken, maatschappelijke activiteiten en studeren.

4.1.1 Checklist probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek

Gebaseerd op Van der Klink en Terluin (2005), aangepast voor deze richtlijn (2011).

Voor het vaststellen van een werkhypothese kan gebruik worden gemaakt van onderstaande checklists. Met behulp van de eerste vier worden de klachten en het functioneren in kaart gebracht. Vervolgens komen respectievelijk aan de orde:

- de oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden waarbinnen die factoren spelen
- de belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt
- het probleemoplossend vermogen van de omgeving(s-systemen)
- de visie van de patiënt en van de omgeving.

Het is niet de bedoeling dat deze checklists als gestructureerd instrument in de dagelijkse praktijk wordt toegepast, daarvoor is deze te uitgebreid.

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 *burnout* 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):

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

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

- 1 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?
- 2 Bestaat het al tenminste 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)

- 1 gewicht/eetlust veranderd,
- 2 slaapstoornissen,
- 3 agitatie of remming,
- 4 moeheid/verlies van energie,
- 5 besluiteloosheid/ concentratie-problemen,
- 6 gevoelens van schuld of niets waard te zijn,
- 7 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-IV-TR om te komen tot een definitieve classificatie

Deel 3 angst beoordelen

Eerst drie screenende vragen:

- 1 bent u vaak angstig, bang?
- 2 bent u vaak overmatig bezorgd?
- 3 maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, u zich trillerig voelt en/of benauwd?

Indien ja op een screenende vraag dan drie vervolgvragen:

- 1 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?
- 2 Bestaat er vermijdingsgedrag?
- 3 Zijn er dwanggedachten?

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

Deel 4 functioneren en controle beoordelen

1 Welke rollen of taken heeft de patiënt/werknemer laten vallen?

Werkrol
Vrijwilligersrol
Sociale rollen
Gezinsrollen

Vragen:
Wanneer ging het niet meer?
Wat ging er niet meer?
Waarom ging het niet meer?

2 Welke rollen of taken vult de patiënt/werknemer nog wel in?

Wat gaat er nog wel goed?
Waarom gaat dat nog goed?

Dagstructuur (opstaan, activiteiten, maaltijden)
Zelfverzorging (douchen, scheren, opmaken)
Ontspanning
Gezinstaken en -rollen (kinderen verzorgen, helpen met huiswerk, boodschappen, huishoudelijke taken, klusjes).

3 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?

Betek het antwoord op deze vragen in uw problemdiagnose (zie 4.1.2 werkhypothese, en uw differentiaal diagnostiek in classificerende zin.

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
- ebek aan regelmogelijkheden
- gebrek aan sociale steun
- ongewenst gedrag
- praktische consequenties/concrete belemmeringen naar het werk toe van bijvoorbeeld verlieservaringen

Mogelijke uitwerking

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

Voorbeeldvragen

Wie of wat veroorzaakt uw probleem (problemen)?

Wie of wat staat een oplossing van uw probleem (problemen) in de weg?

Wat is de aanleiding om nú hulp te zoeken (/u nú ziek te melden)? Zijn er andere mensen betrokken bij de problemen?

Wie hebben er nog meer last van?

Eisen

Voorbeeldvragen

Werk u vaak tegen een achterstand aan? Wordt er meer van u gevraagd dan u aankan? Heeft u veel problemen?

Zijn er het laatste jaar ingrijpende / sterk aangrijpende dingen gebeurd? Zo ja, op welk gebied?

Regelruimte

Voorbeeldvragen

Kunt u met de problemen die u in uw werk tegenkomt op uw eigen manier omgaan?

Kunt u bij belangrijke dingen zeggen: "ik doe dat zo"?

Sociale steun

Voorbeeldvragen

Krijgt u steun van uw leidinggevende?

Krijgt u steun van uw collega's?

Krijgt u belangrijke informatie voor uw werk altijd tijdig?

Zijn de hulpmiddelen / is de ondersteuning voor uw werk altijd goed geregeld?

Kunt u uw hart wel eens luchten?

Krijgt u steun thuis / van uw vrienden?

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

- eerdere decompensatie
- frequent verzuim

Indien één van bovenstaande items of beide aanwezig, doorvragen:

- niveau van ervaren controle
- ambitieniveau
- copingrepertoire
- ziektegedrag en op herstel gerichte activiteiten
- rationaliteit van gedachten
- persoonlijkheidsaspecten
- persoonlijke voorgeschiedenis en huidige carrière- en levensfase
- familiale aspecten

Algemeen indicatief: belastbaarheid/ verwerkings- vermogen van de patiënt

Heeft u wel eens eerder een periode van psychische klachten (overspanning depressie) doorgemaakt?

Heeft u de afgelopen twee, drie jaar veel problemen ondervonden?

Bent u, de afgelopen periode (al eerder) ziek geweest van de problemen? Bent u wel eens van baan veranderd vanwege problemen?

Wie of wat zou uw probleem(/problemen) kunnen oplossen?

Appraisal

Voorbeeldvragen

Denkt u dat de manier waarop u tegen de situatie/problemen aankijkt een rol speelt?

Vindt u een onverwachte storing in uw werk meestal leuk of volgt u liever ongestoord uw planning?

Kunt u, onder tijdsdruk, weleens denken '80% is ook goed genoeg' of moet het voor u altijd 100% zijn?

Vindt u uzelf een positief ingesteld iemand?

Denkt u bij iets nieuws vaak: 'dat is voor mij te moeilijk, dat kunnen ze van mij niet vragen'?

Ergert u er zich vaak aan dat dingen niet helemaal eerlijk toegaan?

Coping

Voorbeeldvragen

- Kunt u meestal snel een oplossing voor uw problemen vinden?
- Probeert u een probleem altijd meteen op te lossen of kijkt u soms eerst de kat uit de boom?
- Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing voor uw huidige probleem te vinden?
- Wat zou u nog meer kunnen proberen?
- Wie of wat zou het probleem(/problemen) kunnen oplossen?
- Wat hield u tot nu toe op de been?
- Waar put u energie uit / geniet u van?

Deel 7 probleemoplossend vermogen van de omgeving(s-systemen) (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

Indicatief:

- is er een hoog ziekteverzuim van de afdeling / organisatie?
- is er een groot verloop / veel problematiek in de werkomgeving?
- Is er hoge medische consumptie / veel problematiek in het gezin?

Algemeen: probleemoplossend vermogen van de omgeving

Voorbeeldvragen

- Wordt uw probleem (op uw werk / thuis) serieus genomen? Bij wie kunt u op uw werk / thuis terecht met uw problemen?
- Wat heeft 'men' (uw baas / partner/...) tot nu toe bijgedragen om een oplossing te vinden?
- Wat zou 'men' nog meer kunnen doen?
- Worden problemen op uw werk / bij u thuis meestal soepel opgelost? Denkt u dat uw baas / collega's u terug willen op uw werk?
- Zijn ze voor uw gevoel nog even betrokken op de oplossing van uw probleem als (...) weken geleden?
- Wat zou in dit verband voor mij nog van belang kunnen zijn om te weten?

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

Visie van de patiënt

Voorbeeldvragen

- Wat zou u willen dat er nu op het werk / thuis veranderde?
- Wilt u terug naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden? Hoe bent u er aan toe als deze problemen er niet meer zijn?
- Wanneer denkt u dit bereikt te hebben?
- Wat verwacht u dat ik kan bijdragen aan (verandering in) uw situatie? Wat verwacht u van andere hulpverleners?
- Is dat voldoende voor u om weer verder te kunnen?
- Wie of wat zou het probleem(/problemen) kunnen oplossen? Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing te vinden?
- Hebt u al gepraat met?
- Wat zou u nog meer kunnen proberen?

Visie van de omgeving

Voorbeeldvragen

- Is het op de afdeling duidelijk of problemen op het werk hebben bijgedragen aan het ziek worden van x? en zo ja, welke?
- Wat zou u kunnen doen om de problemen duidelijk te krijgen? Is er nagedacht over oplossingen?
- Zo ja, hoe zien die er uit?
- Is er nagedacht hoe die oplossingen daadwerkelijk kunnen worden toegepast? Wilt u dat betrokkene terugkomt / -gaat naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden?

4.1.2 werkhypothese

- 1 problemdiagnose
Stel een voorlopige problemdiagnose op door aan de hand van bovenstaande vraagstellingen een beeld op te bouwen waarom deze patiënt op dit moment relevante klachten ervaart en/of zin of controle heeft verloren.
- 2 Classificatie van de klachten
Stel vast of er sprake is van overspanning of burnout.
Stel een classificatie vast volgens DSM-IV-TR.

4.2 vragenlijsten

Bij het aanbrengen van een ordening maken we onderscheid tussen vragenlijsten die expliciet ontwikkeld zijn om 'overspanning' of hieraan sterk verwante concepten te meten en vragenlijsten die dit zijdelings doen doordat een indirecte afleiding te maken valt. Een tweede ordening die gemaakt kan worden is een onderscheid tussen het meten van het 'toestandsbeeld van de overspanning' en het meten van de 'oorzaken van de overspanning'. Bij het meten van overspanning ligt het accent op het meten van klachten en bij het meten van oorzaken worden factoren van de context waarbinnen de overspanning is ontstaan in kaart gebracht. Gemakshalve spreken we hierbij van contextfactoren. In de praktijk houdt dit meestal in het in kaart brengen van stressoren, coping en persoonskenmerken. In paragraaf 4.2.1. worden de vragenlijsten besproken die het toestandsbeeld van overspanning, of hieraan gerelateerde concepten, meten en in paragraaf 4.2.2 worden de vragenlijsten besproken die de contextfactoren meten. Vragenlijsten die zowel het toestandsbeeld zelf als de contextfactoren meten worden twee keer besproken. Bij iedere vragenlijst zal tevens worden aangegeven of er een beoordeling is geweest van de COTAN (Commissie Test Aangelegenheden Nederland van het NIP; Evers et al. 2000). Tevens wordt vermeld waar de vragenlijst verkrijgbaar is en welke kosten er aan zijn verbonden.

4.2.1 meten van het toestandsbeeld van overspanning/burnout

In Nederland kennen we zes vragenlijsten die het toestandsbeeld van overspanning meten, elk met een andere opzet en een verschillend theoretisch kader. Wij bespreken in deze sectie ook de vragenlijsten die 'burnout' meten omdat in onze optiek burnout onderdeel uitmaakt van overspanning.

In het eerste deel worden klachtenlijsten gericht op overspanning en burnout besproken, in het tweede deel algemene klachtenlijsten. De vragenlijsten worden in alfabetische volgorde beschreven.

Overspanning en burnout klachtenlijsten

BurnOut-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS)

De BO-NKS (Verbraak et al. 2008) is oorspronkelijk opgezet met het doel de ernst van klinische burnout (werkgerelateerde neurasthenie) te kunnen meten. Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) hebben eerder een voorstel gedaan tot het construct klinische burnout. De BO-NKS is het resultaat van een vertaalslag van dit construct naar een vragenlijst. Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) stellen klinische burnout voor als een samenvoeging van het cluster van symptomen aangeduid als neurasthenie en enkele vaker beschreven kenmerken van burnout zoals uitputting. De neurasthenie items van de BO-NKS komen redelijk overeen met items die we ook zien in de OK, 4DKL, en VAR, hoewel de BO-NKS meer items over lichamelijke klachten bevat.

De testbetrouwbaarheid is goed tot zeer goed. De BO-NKS kan echter de mensen met burnout niet onderscheiden van mensen met een andere psychische stoornis (Verbraak et al. 2008). De BO-NKS is dus niet geslaagd in zijn doelstelling om burnout te kunnen onderscheiden van andere psychische stoornissen.

Vooralsnog is de positie van de BO-NKS onduidelijk. Ook kan de vraag gesteld worden of het construct van 'klinische burnout' iets wezenlijks toevoegt aan het concept overspanning.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij M. Verbraak (HSK groep). Link: <http://www.hsk.nl>

Checklist Individuele Spankracht (CIS)

De Checklist Individuele Spankracht (CIS; Vercoulen et al. 1994; Beurskens et al. 2000) is een vragenlijst die subjectieve vermoeidheid en gedragsaspecten die hieraan gerelateerd zijn meet. Deze lijst onderscheidt vier subfactoren; 'Ernst van de ervaren vermoeidheid' (8 items), 'Concentratie' (5 items), 'Motivatie' (4 items) en 'Lichamelijke activiteit' (3 items). De psychometrische eigenschappen van de CIS zijn goed. De items van de CIS lijken voor een groot deel te overlappen met de items van de BO-NKS. Uit onderzoek blijkt dat patiënten op de UBOS en de CIS nauwelijks van elkaar zijn te onderscheiden (Leone et al. 2007). In mindere mate lijkt de CIS te overlappen met de OK, 4DKL schaal 'Distress' en de VAR-schaal 'Distress'. Dit is ook logisch omdat overspanning meer symptomen omvat dan moeheid alleen. Zo bezien is de CIS niet geschikt om het toestandsbeeld van overspanning te meten. Wel kan de CIS een aanvulling bieden bij het in kaart brengen van moeheid bij overspanning/burnout. In de alledaagse praktijk lijkt de CIS voor dat doel echter niet zoveel toe te voegen aan de UBOS. De CIS is gebruikt in diverse studies naar vermoeidheid bij werknemers. Het blijkt dat werknemers die een score hoger dan 76 op de CIS behalen een groot risico lopen op langdurig verzuim (Bültman et al. 2000; Janssen et al. 2003).

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid.

Link via: <http://www.umcn.nl/>

Depressie-Angst-Stress-Schaal (DASS)

Zoals de naam aangeeft bestaat de DASS (Lovibond & Lovibond, 1995) uit 3 schalen van elk 14 items. Er bestaat ook een verkorte versie van de DASS die in totaal 21 items telt die wat psychometrische eigenschappen nauwelijks onderdoet voor de 42-item versie (Henry & Crawford, 2005). Internationaal is veel onderzoek gedaan naar de DASS. In Nederland hebben Croon e.a. (2005) de DASS onderzocht in een populatie verzuimende werknemers. De DASS werd in dit onderzoek vergeleken met andere angst- en depressielijsten en hun conclusie was dat de DASS betrouwbaar en valide angst en depressie kan meten en dit even goed doet als de 4DKL. De stressschaal is helaas niet onderzocht in het onderzoek van Croon e.a. Een pluspunt voor de DASS ten opzichte van de 4DKL is dat de DASS eenvoudiger en sneller te scoren is. Als we de schaal Stress van de DASS vergelijken met de schaal Distress van de 4DKL dan valt op dat de eerste meer alledaagse stresssymptomen bevat en de schaal Distress van de 4DKL meer de typische klachten van overspanning bevat. Als instrument om routinematig angst- en depressie uit te sluiten is de DASS zeer geschikt. Vanwege het ontbreken van onderzoek en op basis van beoordeling van de items van de schaal Stress van de DASS wordt geconcludeerd dat deze schaal (nog) niet geschikt is als hulpmiddel bij de diagnostiek van overspanning.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos te downloaden. Link via: <http://www.psynip.nl/>

De Overspanningsklachtenlijst (OK)

De Overspanningsklachtenlijst (OK; Schmidt 2001) bestaat uit 22 representatieve items van klachten die gebaseerd zijn op een volledige inventarisatie van chronische stressklachten die vaak in de literatuur worden genoemd. Aan elkaar verwante klachten zijn telkens samengevat in één item. De items van de OK blijken op één dimensie te liggen en hangen onderling sterk samen (Schmidt & Dorant 2007). Acht van de 22 items blijken het sterkst bij te dragen aan deze dimensie -hebben de grootste factorlading- en worden door de auteur gerekend tot het kernconcept van overspanning. Deze items zijn: 'Vergeetachtigheid', 'Geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen', 'Zich niet in staat voelen problemen aan te pakken', 'Interesseverlies', 'Minder presteren', 'Het niet meer aankunnen', 'Moeite hebben met helder denken' en 'Concentratieproblemen'. Op basis van onderzoek wordt een afkapwaarde van 20 gehanteerd voor de optelsom van de acht kernitems als ondergrens om in combinatie met informatie uit de anamnese de diagnose overspanning te kunnen stellen. In het onderzoek naar de OK zijn overspannen werknemers vergeleken met gezonde werknemers en studenten. Het is onduidelijk of de OK ook overspannen patiënten weet te onderscheiden van bijvoorbeeld depressieve patiënten. Dat wil zeggen dat er geen gegevens bekend zijn over de specificiteit van de OK. Om die reden lijkt de OK (voorlopig) minder geschikt om als zelfstandig instrument te gebruiken bij screening voor overspanning. Wel kan de OK een goede aanvulling zijn op een breder screeningsinstrument zoals de SCL-90, juist omdat de SCL-90 geen schaal bevat die specifieke stressklachten meet die de basis vormen voor overspanning. Als instrument om het beloop van de klachten te volgen is de OK zeer geschikt omdat de vragenlijst zeer beknopt is en alleen het concept meet (overspanning) waar de klachtenreductie bij een overspannen patiënt te verwachten valt.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid Te bestellen bij de auteur voor eenmalige aanschafkosten, waarna voor eigen gebruik gekopieerd mag worden: a.j.m.schmidt@home.nl

Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)

De Utrechtse Burnout Schaal (Schaufeli & Van Dierendonck 2000) is gebaseerd op de Maslach Burnout Inventory (MBI) en meet 3 dimensies van burnout, te weten 'Emotionele uitputting', 'Distantie' en 'Verminderde competentie'. Er bestaan 3 versies van de UBOS: de UBOS-C specifiek voor contactuele beroepen, de UBOS-L specifiek voor leraren en een algemene versie: de UBOS-A. Het aantal items per dimensie verschilt per versie. De algemene versie wordt hier toegelicht.

UBOS-A

De schaal 'Emotionele uitputting' bestaat uit 5 items en richt zich vooral op het zich vermoeid, overbelast, leeg en opgebrand voelen. De schaal 'Distantie' bevat 5 items en kijkt naar een afstandelijke, cynische en weinig betrokken houding ten aanzien van het werk. De 'Verminderde Competentieschaal', bestaat uit 6 items en is gebaseerd op het gevoel dat men het werk aankan, zelfvertrouwen heeft, een positieve bijdrage levert en waardevolle dingen in het werk bereikt. Een hoge tot zeer hoge score op 'Emotionele Uitputting', gecombineerd met een hoge tot zeer hoge score op de subschaal 'Distantie' en een lage tot zeer lage score op de subschaal 'Verminderde Competentie' wijst op burnout.

Binnen een niet-klinische setting zou de regel hoge uitputting gecombineerd met een hoge distantie en/of lage verminderde competentie op burnout duiden, de zogenaamde "Uitputting plus één regel". Bij zowel klinische als niet-klinische populaties geldt de regel dat uitputting groter of gelijk moet zijn aan 2.67. Er zijn 14 studies opgenomen in de handleiding van de UBOS en er zijn normen voor verschillende beroeps groepen. Eveneens zijn er algemene normen voor mensen die werken en werknemers met burnoutklachten.

Op basis van het beschikbare onderzoek is de conclusie dat de UBOS burnout goed in kaart brengt. Ten aanzien van de UBOS in het diagnostisch proces zijn wel enkele kanttekeningen te maken. Ten eerste is ons geen onderzoek bekend waarin de UBOS is onderzocht bij overspannen werknemers. Op basis van de UBOS kan snel tot de conclusie van burnout worden gekomen, maar is dat wel zo? Het zou kunnen zijn dat 'gewone' overspannen werknemers scores behalen boven de afkapwaarden van burnout. Ook is tot op heden niet onderzocht hoe depressieve patiënten op de UBOS scoren. Het lijkt dus onverstandig om de 'diagnose' burnout vast te stellen op basis van de UBOS alleen.

COTAN beoordeling de uitgangspunten bij de testconstructie van de UBOS en de kwaliteit van het testmateriaal goed; de kwaliteit van de handleiding, de normen en de betrouwbaarheid voldoende; de begrips- en criteriumvaliditeit goed.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com>

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Als hulpmiddel bij de diagnostiek van psychische klachten in het algemeen en overspanning in het bijzonder wordt zowel in de NVAB-richtlijn van de bedrijfsartsen als in de NHG-standaard van de huisartsen de 4DKL (Terluin 1996) aanbevolen (Romeijnders et al. 2005). De 4DKL heeft als doel distressklachten te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De 4DKL kan handmatig en met behulp van de computer worden gescoord. De vragenlijst bestaat uit 50 items; 16 items voor 'Distress', 6 items voor 'Depressie', 12 items voor 'Angst' en 16 items voor 'Somatisatie'. Een hogere distress-score (> 20) in combinatie met relatief lage scores voor depressie, angst en somatisatie is indicatief voor overspanning.

De toegevoegde waarde voor de klinische praktijk is dat de 4DKL kan helpen bij het onderscheiden van distress, angst, depressie en somatisatie. Als screeningsinstrument is de 4DKL zeer geschikt. Als we kijken naar de itempool van de schaal Distress dan lijkt de Distress-schaal van de 4DKL het concept overspanning iets minder evenwichtig in kaart te brengen in vergelijking met de OK. Bij individueel gebruik in de klinische praktijk kan gebruik worden gemaakt van normscores voor onderscheiden doelgroepen (Terluin 1998a, 1998b, 1996). COTAN beoordeling de uitgangspunten bij de testconstructie en de begripsvaliditeit zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding en de normen zijn als onvoldoende beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij het EMGO instituut. Link: <http://www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp>

Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR)

De VAR telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid' en 'Belastende thuissituatie'. De VAR meet met de schaal 'Distress' het toestandsbeeld en met de overige schalen worden stressbronnen in kaart gebracht. De psychometrische eigenschappen van de VAR zijn goed tot zeer goed (Vendrig 2005). De items (13) van de Distress-schaal van de VAR komen voor een deel overeen met de items (16) van de Distress-schaal van de 4DKL. De Distress-schaal van de VAR bevat meer items over moeheid dan de Distress-schaal van de 4DKL en de OK. De Distress-schaal van de VAR is niet geconstrueerd om een zo zuiver mogelijke meting te verzorgen van overspanning zoals de OK maar is meer bedoeld om een globale indruk te krijgen van de aanwezige psychische spanning in een individu, dat wil zeggen het meten van de specifieke stresscomponent. Als hulpmiddel bij de screening van overspanning duikt hier hetzelfde probleem op als bij de OK: verhoogde scores op de schaal Distress verwijzen hoogst waarschijnlijk niet naar overspanning alleen. Dit zien we ook bij de 4DKL; depressieve patiënten scoren verhoogd op zowel de Distress-schaal als op de Depressie-schaal van de 4DKL; overspannen patiënten scoren ook verhoogd op de Distress-schaal, maar niet op de Depressie-schaal. Omdat naar de 4DKL aanzienlijk meer onderzoek is verricht in vergelijking met de VAR lijkt de voorkeur uit te gaan naar de 4DKL voor het alleen meten van klachten. De toegevoegde waarde van de VAR lijkt vooral uit te gaan naar het in kaart brengen van de mogelijke stressbronnen.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.
Verkrijgbaarheid kosteloos bij de auteur. Link: <http://www.vendrig.praktijkinfo.nl>

Algemene klachtenlijsten

De tot dusver besproken vragenlijsten zijn allemaal ontwikkeld om een beperkt klachtengebied te meten. In de dagelijkse praktijk maken de meeste psychologen gebruik van generieke klachtenlijsten zoals de Symptom Checklist-90 (SCL-90, Arrindell, & Ettema, 1986, herzien in 2003) en de Brief Symptom Inventory (BSI; Beurs, 2006). Er is geen onderzoek gedaan naar SCL-90 of BSI profielen van werknemers die overspannen zijn. Uit onderzoek van Terluin et al. (2009) komt naar voren dat de Distress-schaal van de 4DKL vrij sterk (.86) correleert met de Depressieschaal van de SCL-90. Aspecifieke psychische klachten zijn klachten die niet specifiek zijn voor een bepaalde stoornis maar bij alle stoornissen kunnen voorkomen.

Omdat de SCL-90 en de BSI geen afzonderlijke schaal bevatten voor aspecifieke psychische klachten ofwel 'distress' die zo kenmerkend zijn voor overspanning, bieden de algemene klachtenlijsten weinig directe ondersteuning om de diagnose overspanning te onderbouwen. De distress-items zijn verdeeld over alle schalen van de SCL-90 en BSI (Terluin et al. 2009). De SCL-90 en BSI zijn wel behulpzaam bij het in kaart brengen van specifieke psychische stoornissen zoals een angststoornis en een depressieve stoornis. Lichte tot matige verhogingen zijn te verwachten op de meeste schalen van SCL-90 en BSI bij de overspannen patiënt, zonder dat enkele schalen extreem zijn verhoogd.

SCL-90: 6 groepen

COTAN beoordeling SCL-90 Betrouwbaar bevonden: goede interne consistentie. Geschikt bevonden om potentiële psychiatrische patiënten onder bevolking te detecteren. Diverse positieve aanwijzingen voor validiteit: goede divergente en discriminerende factoren.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com>

COTAN beoordeling BSI niet beoordeeld. Zie artikel van Beurs E de, Zitman FG (2006) over betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. Verkrijgbaarheid bij auteur E de Beurs via NVvP: <http://www.nvvp.net/nvvp/contact/>

4.2.2 meten van contextfactoren bij overspanning

In paragraaf 4.2.1 staan vragenlijsten die het accent leggen op het meten van het toestandbeeld van overspanning. In de diagnostische screenende fase is het niet alleen van belang om te weten of er nu wel of niet sprake is van een overspanning. De arts of eerstelijnspsycholoog zal in gevallen waarin er sprake is van overspanning ook iets te weten willen komen over de aanwezigheid van belastende factoren. We willen daarom tevens zaken meten over de context waarin de overspanning is ontstaan. Meestal wordt een onderscheid gemaakt in: stressoren, kenmerken van de werksituatie, copinggedrag en persoonlijkheidskenmerken. We richten ons in deze bespreking voornamelijk op instrumenten die zijn ontwikkeld om belastende situaties in de werkcontext te meten.

Belastende situaties in de werkcontext

Job Content Questionnaire (JCQ)

De Job Content Questionnaire (JCQ; Karasek et al.1998; Houtman 1995) is gebaseerd op het Job Demand Control Support model van Karasek. De JCQ bevat vijf schalen; 'Psychologische taakeisen', 'Sturingsmogelijkheden', 'Ondersteuning door leidinggevende', 'Ondersteuning door collega's' en 'Lichamelijke taakeisen'. Met de JCQ kunnen de door de werknemer waargenomen zwaarte van het werk, de regelmogelijkheden en de sociale steun op het werk in kaart worden gebracht. Uit onderzoek blijkt dat de JCQ betrouwbaar is en samenhangt met een aantal gezondheidsvariabelen en werkvariabelen (Doef & Van der Maes, 1999). Het voordeel van de JCQ is dat deze gebaseerd is op een gangbare theorie over werkstress waar veel onderzoek naar is gedaan. Nadeel van de JCQ is dat er alleen normgegevens zijn van gezonde werknemers waardoor interpretatie bij overspannen werknemers enigszins bemoeilijkt wordt.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij I. Houtman, TNO Arbeid. Link: <http://www.arbeid.tno.nl>

Job Stress Survey (JSS)

De Job Stress Survey (JSS; Spielberger en Vagg 1999; Wolff et al. 2002) meet twee aspecten van de arbeidssituatie die werkstress kunnen veroorzaken: 'Werkdruk' en 'Sociale steun'. De JSS telt 30 items. Daarnaast wordt een totaalscore voor 'Werkstress' berekend die voor tweederde uit items van deze beide schalen bestaat. Voor zowel werkdruk, sociale steun als werkstress wordt een intensiteit- en een frequentiescore berekend, alsmede een totaalscore die het product van beiden is. De JSS is genormeerd voor groepen gezonde werknemers. Omdat normgegevens van patiënten ontbreken bestaat de kans dat de ernst van de stressbronnen te hoog wordt ingeschat. De JSS meet een klein facet van het totale spectrum van de psychosociale arbeidsbelasting en lijkt om die reden minder geschikt als screeninginstrument in de eerste lijn.

COTAN beoordeling betrouwbaarheid en testmateriaal goed en op alle andere onderdelen onvoldoende.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com/>

Sociale Veiligheidsindex (SVI)

Gevoelens van onveiligheid is een van de stressoren die kan leiden tot stressreacties en uiteindelijk tot overspanning. Recentelijk is een instrument uitgebracht dat sociale (on)veiligheid meet. De term 'sociale veiligheid binnen de werkomgeving' verwijst naar de bescherming of het zich beschermd voelen tegen gevaar dat veroorzaakt wordt door of dreigt van de kant van menselijk handelen in relatie tot het uitoefenen van arbeid. De SVI (Verschuren, 2009) telt 154 items verdeeld over 5 hoofdschalen: organisatiekenmerken, incidenten, wijze van hanteren, gevolgen, en beleidsmaatregelen. Iedere hoofdschaal bestaat uit een aantal subschalen. De meerwaarde van de SVI is dat deze lijst een tot nu toe bestaande leemte opvult in het onderzoek naar stressbronnen bij bedrijven. De SVI biedt de mogelijkheid om organisatiebeleid van bedrijven met betrekking tot sociale veiligheid handen en voeten te geven. Ook kunnen bedrijven onderling vergeleken worden. De SVI kan ook worden toegepast bij individuele patiënten.

Als breed screeningsinstrument van de psychosociale belasting van werknemers is de SVI minder geschikt omdat het slechts een beperkte groep van stressoren, te weten sociale onveiligheid, in de diepte meet. De gehanteerde normgroep bestaat voor 97,5% uit vrouwen en bestaat qua werksector uitsluitend uit thuis- en alfahulpverleners, hetgeen in de dagelijkse klinische praktijk generalisatie bemoeilijkt. Er zijn geen normgegevens bekend van overspannen of verzuimende werknemers, en de SVI is nog niet gevalideerd met externe criteria. Voorsnog heeft de SVI de status van een instrument met een potentieel toegevoegde waarde waarnaar eerst meer onderzoek moet worden gedaan voor wat betreft de validiteit en de normgegevens.

COTAN beoordeling nog niet aangemeld.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson.

Link: <http://www.pearson-nl.com/> en <http://www.stagira.nl>

Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR)

De Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR; Vendrig 2005, 2007) telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid', en 'Belastende thuissituatie'. Het doel van de VAR is globale screening van de totale psychosociale arbeidsbelasting, en in het verlengde hiervan van de werknemers die kortdurend verzuimen diegenen te selecteren die een groot risico lopen langdurig te gaan verzuimen. De VAR is gebaseerd op een model waarin psychische klachten en ervaren beperkingen (klachteninterferentie) verondersteld worden direct de verzuimduur te beïnvloeden. Enkele gangbare theorieën zijn in de VAR verwerkt: het Job Demand Control Support model, relevant copinggedrag (passief/vermijnd en overactief), en het concept van 'illness behaviour'. De psychometrische eigenschappen zijn goed tot zeer goed (Vendrig 2005). De VAR is genormeerd op verzuimende werknemers met uiteenlopende klachten. De VAR blijkt bij werknemers die kortdurend verzuimen voorspellend te zijn voor het optreden van langdurig verzuim (Vendrig 2007). De verhouding tussen de omvang van de test en het meetbereik (het aantal concepten of dimensies dat een test kan meten) is gunstig voor de VAR. De VAR lijkt om die reden voor de eerstelijns een geschikt instrument te zijn om een idee te krijgen van de contextfactoren bij overspanning. Het probleem van de normering die zich bij de VBBA en de JJS voordoet, is niet aan de orde bij de VAR. Een kritische noot met betrekking tot de VAR is dat er nog niet zoveel onderzoek naar is gedaan.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij de auteur. Link: <http://www.vendrig.praktijkinfo.nl>

Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA; Van Veldhoven & Meijman, 1994; Van Veldhoven et al. 2002) is een instrument dat psychosociale arbeidsbelasting en werkstress meet. De schalen en losse vragen zijn gegroepeerd rond de thema's: 'Taakeisen', 'Veelzijdigheid van het werk', 'Regelmogelijkheden in het werk', 'Sociaal-organisatorische aspecten', 'Arbeidsvoorwaarden', 'Welbevinden en spanning'. Voor het interpreteren van de resultaten van VBBA-onderzoek wordt gebruik gemaakt van referentiegegevens. Er kan gebruik worden gemaakt van verschillende referentiegroepen. Zo zijn er naast de referentiegegevens van de totale Nederlandse beroepsbevolking ook referentiegroepen van verschillende branches. De complete VBBA omvat 201 vragen verdeeld over 27 schalen met 42 aanvullende losse vragen. De volledige lijst is in de praktijk niet altijd handzaam te gebruiken. Naast de volledige VBBA is er ook een verkorte versie (VBBA-kern) die bestaat uit 14 schalen met 108 vragen en zijn er nog twee andere kortere versies.

De VBBA kan in geringe mate (8% verklaarde variantie) toekomstig verzuim voorspellen (Smulders & Winter 1993). Naar de schaal 'Herstelbehoefte' van de VBBA is in Nederland veel onderzoek gedaan. Deze schaal meet de behoefte aan herstel na het werk en kan gezien worden als een indicatie voor de totale werkbelasting. Bij een score van 6 of meer (op een schaal van 0-11) wordt geadviseerd op individueel niveau actie te ondernemen (Broersen et al. 2004).

Met betrekking tot diagnostiek van belastende psychosociale factoren bij overspanning doet zich wel een probleem voor. De normgegevens van de VBBA hebben betrekking op populaties gezonde werknemers. Negatieve affectiviteit blijkt voor confounding te zorgen in de relatie tussen beoordeling van psychosociale oorzaken en gerapporteerde stressreacties (Kwaastenen 1993). Beoordeling van de VBBA bij individuele patiënten kan zo gemakkelijk tot overschatting van de ernst van de psychosociale oorzaken leiden. De kracht van de VBBA lijkt met name te zitten bij beoordeling van de psychosociale arbeidssituatie op groepsniveau.

COTAN beoordeling de betrouwbaarheid en validiteit van de VBBA zijn als goed en voldoende beoordeeld, de normen van de VBBA zijn als onvoldoende beoordeeld.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij SKB. Link: <http://www.skbvsn.nl>

De Dutch Workaholism Scale (DUWAS)

De Dutch Workaholism Scale (Schaufeli, Wijhe, Peeters, & Taris, 2011) meet de door Oates gelanceerde definitie van werkverslaving als '... the compulsion or uncontrollable need to work incessantly' (1971, p. 11). De DUWAS is een korte zelfbeoordelingslijst en bestaat uit twee subschalen van ieder vijf items: excessief werken (EW) en compulsief werken (CW). Er zijn geen gegevens bekend over de test-hertestbetrouwbaarheid. De interne consistentie van de twee schalen is bevredigend. De DUWAS is genormeerd op basis van een zeer grote steekproef (n = 11.060) uit de Nederlandse beroepsbevolking. Voor de DUWAS zijn ook normen opgesteld voor de afzonderlijke twee schalen zodat werknemers op beide aspecten beoordeeld kunnen worden. De DUWAS is gecorrigeerd met verschillende omgevingskenmerken, persoonlijkheidskenmerken en uitkomsten zoals arbeidssatisfactie en uitputting. De twee subschalen vertonen correlaties in de verwachte richtingen. Echter, de combinatie van de twee subschalen voegt niet zoveel toe aan wat een van de twee subschalen ook al meten. Met name de subschaal compulsief werken lijkt het meest problematisch voor psychische gezondheid.

Personen die alleen hoog scoren op excessief werken lijken weinig problemen te ondervinden. Er is geen prospectief onderzoek verricht naar de voorspellende waarde van de DUWAS met betrekking tot de ontwikkeling van overspanning of verzuimuitval. Ook zijn er geen gegevens bekend over personen die overspannen zijn. Vanwege het smalle meetbereik lijkt de toegevoegde waarde bij de diagnostiek van overspanning gering. De toepassing lijkt meer te liggen bij screening van gezonde werknemers die mogelijk een risico lopen op overspanning of burnout. Of de DUWAS inderdaad een goede individuele voorspelling kan leveren van toekomstige overspanning of burnout zal afhangen van de uitkomsten van prospectief onderzoek.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid de DUWAS is opgenomen in de publicatie van de Schaufeli et al., 2011.

4.2.3 persoonlijkheid en copinggedrag

Om tot een goede beoordeling te komen van de overspannen patiënt dient de eerstelijnspsycholoog of arts ook zicht te krijgen op relevant copinggedrag en de persoonlijkheid van de betrokkene. Kenmerken zoals conflicten ontlopen, omgaan met grenzen, vermijdingsgedrag, subassertiviteit, etc. kunnen een beslissende rol spelen bij het ontstaan van de overspanning en meestal zal de patiënt iets moeten gaan doen met deze kwetsbaarheden om een toekomstige episode van overspanning te voorkomen.

Sommige van de hiervoor besproken vragenlijsten die werkcontextfactoren meten, meten tevens copinggedrag. Een korte copinglijst zoals bijvoorbeeld de UCL (Schreurs et al. 1984, Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993) kan een eerste beoordeling van de overspannen patiënt meer compleet maken.

Een omvangrijk onderzoek naar de persoonlijkheid en het copinggedrag is in de eerste lijn meestal niet te realiseren vanwege de kenmerken van de eerste lijn, namelijk een laagdrempelige en snelle aanpak. Uitgebreid onderzoek naar de persoonlijkheid is te overwegen bij stagnatie. Meestal zal ook een 'niet-pluis' gevoel meespelen om te besluiten tot een meer uitgebreid onderzoek. Bijvoorbeeld als de persoon een geschiedenis laat zien van frequent verzuim of eerdere episodes van overspanning, of geregeld conflicten heeft met collega's of leidinggevenden, etc. Uit een studie van Meijns en Eurlings-Bontekoe (2009) bleek dat bij jonge vrouwen die vanwege psychische oorzaken in de WAO komen relatief veel persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Het bespreken van persoonlijkheidsvragenlijsten wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

UCL

COTAN-beoordeling De herziene UCL schalen (1993) hebben een redelijke interne consistentie. Uit correlaties met andere tests werden voor alle subschalen diverse aanwijzingen gevonden voor begripsvaliditeit.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com/>

4.3 aanbevelingen

- Of er sprake is van overspanning dient eerst duidelijk te worden op basis van de anamnese (zie de gestelde criteria in paragraaf 3.5). In aanvulling op de anamnese kunnen vragenlijsten worden gebruikt.
- Alle disciplines kunnen terugvallen op de aangepaste checklist van Van der Klink & Terluin (zie paragraaf 4.1.1) omdat daarmee alle relevante domeinen bevraagd worden die in de anamnese aan de orde kunnen komen. Het is niet de bedoeling dat deze checklists als gestructureerd instrument in de dagelijkse praktijk wordt toegepast, daarvoor is deze te uitgebreid.
- Als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning is de 4DKL het meest geschikt voor bedrijfsartsen en huisartsen.
- Als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning kunnen psychologen een keuze maken tussen de 4DKL of de OK. De OK wordt aanbevolen als de SCL-90 of BSI al standaard wordt afgenomen. Als dit niet het geval is wordt de 4DKL aanbevolen.
- Indien er onvoldoende duidelijkheid bestaat over de bijdrage van contextfactoren dan kunnen optioneel extra vragenlijsten worden in gezet. De checklist van Blonk et al. is een beknopt gestructureerd interview. De VAR laat van alle vragenlijsten die contextfactoren meten de beste balans zien tussen aantal items, psychometrische eigenschappen en het aantal relevante factoren dat gemeten wordt.

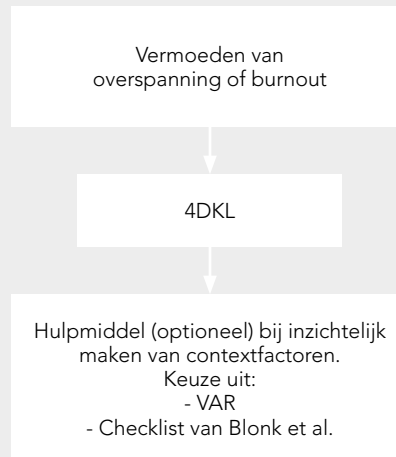


Fig 1 Flowchart diagnostiek bij overspanning/burnout voor bedrijfsarts en huisarts

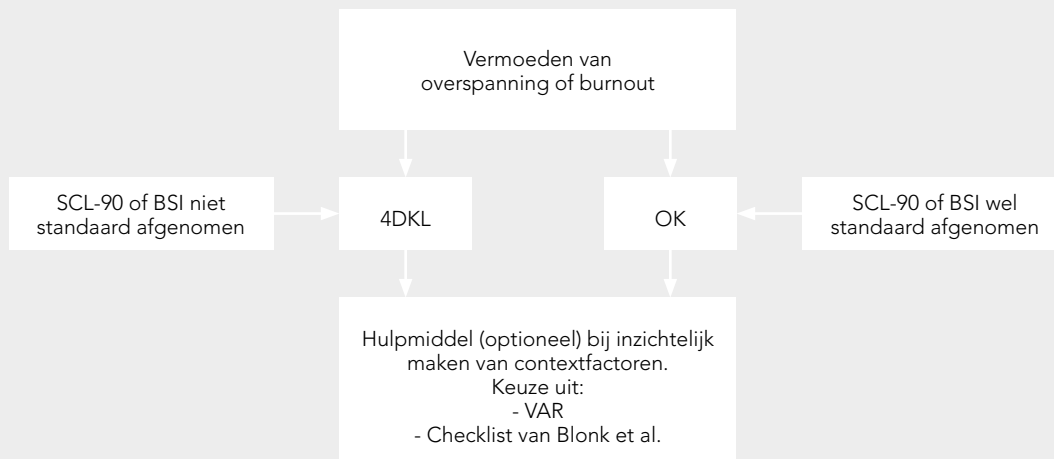


Fig 2 Flowchart diagnostiek bij overspanning/burnout voor eerstelijnspsycholoog

4.4 Literatuur

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. 1986, SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. 2003, SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beurs, E. de, Zitman, F.G., (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Beurs, E., de 2006, Handleiding Brief Symptom Inventory. Leiden: PITS B.V.
- Beurskens, A.J.H.M., Bültmann, U., Kant, I.J., et al. 2000. Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 353-357.
- Blonk, R.W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., & Houtman, I.L.D. 2006, Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress*, 20, 129-144.
- Broersen, J.P.J., Fortuin, R.J., Dijkstra, M., Veldhoven, M. van, Prins, J. 2004, Monitor arboconvenanten: kengetallen en grenswaarden. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 12, 100-104.
- Bültmann, U., Vries, M. de, Beurskens, A.J., Bleijenbergh, G., Vercoulen, J.H., Kant, I. 2000, Measurement of prolonged fatigue in the working population: determination of a cutoff point for the checklist individual strength. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 411-416.
- Croon, E.M., de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R., & Dijk, F.J.H., van (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13, 98-103.
- Doef, M., Meas, S., van der 1999, The Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13, 87-114.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. 2000, Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen: Van Gorcum
- Geus, M. & Scholte, M. 2005, Begrijp ik u goed? Richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE/NIZW-SB.
- Henry, J.D., & Crawford, J.R. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111-131.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R. & Methorst, G.L. 1996, Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. In: C.A.L. Hoogduin, C.P.D.R., Schaap, A.J., Kladler, & Hoogduin W.A. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (pp. 33-41). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Houtman, I. 1995, Reliability and validity of the Dutch version of the Karasek Job Content Questionnaire. NIOSH/APA conference on stress, work and health. Washington, DC: APA.
- Janssen, N., Kant, I.J., Swaen, G.M.H., Janssen, P.P.M. & Schröer, C.A.P. 2003, Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, i71-i76.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. 1998, The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.
- Kwaastniet, M.J., de 1993, Inkleuring bij invulling: onderzoek naar de invloed van het persoonskenmerk negatieve affectiviteit op het invullen van stress- en gezondheidsklachtenvragenlijsten, en op gezondheidsgedragingen zoals verzuim, artsbezoek en ziekenhuisopname. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Leone, S.S., Huibers, M.J., Knottnerus, J.A., & Kant, I.J. 2007, Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working populations. *QJM*, 100, 617-627.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychological Foundation.
- Van der Klink, J. J. L., Aulsems, C. C. M., Beijderwelles, B. D., Blonk, R. W. B., Bruinvels, D. J., Dogger, J., Hoedeman, R., Janssen, J., Loo, M., Nieuwenhuijsen, K., Oeij, T. S., Van Rees, E., Van Rhenen, W. & De Roos, L. 2007, Handelen van de bedrijfsarts bij verkerden met psychische problemen. Richtlijn. NVAB, Utrecht.
- Marwijk, H.W.J., Van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., Van Gelderen, M.G., De Haan, M., Van Weel-Baumgarten, E.M., Burgers, J.S., Boukes, F.S. & Romeijnders, A.C.M. 2003, NHG-standaard depressieve stoornis (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 46, 614-623.
- Meijs, R. & Eurlings-Bontekoe 2009, Jonge vrouwen in de WAO. *Afstudeerscriptie: Universiteit Leiden*.
- Oates, W. 1971, Confessions of a 'workaholic' (a serious jest). *Pastoral Psychology*, 19, 16-20.
- Robinson, B.E. & Philips, B. 1995, Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657-658.
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A., Klink, J.J.L. van der, Hulshof C.T. J., Terluin, B., Flikweert, S. & Baart, P.C. 2005, Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken overspanning. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 20-23.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D., van 2000, UBOS – Utrechtse Burnout Schaal. Lisse: Harcourt.
- Schaufeli, W., Wijhe, C. van, Peeters, M., & Taris, T. (2011). Werkverslaving, een begrip gemeten. *Gedrag en Organisatie*, 24, 43-63.
- Schmidt, A.J.M. 2001, Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton. *Huisarts en Wetenschap*, 44, 283-287.
- Schmidt, A.J.M. & Dorant, E. 2007, De Overspanningsklachtenlijst: achtergronden en praktische toepassing. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 15, 25-27.
- Schreurs, P.J.G., Tellegen, B. & Willige, G., van de 1984, Gezondheid, stress en coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag: tijdschrift voor psychologie*, 12, 101-117.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J. F., Tellegen, B. & Graus, G. M. H. (1993), *Herziene handleiding UCL*, Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Smulders, P.G.W. & Winter, C.R., de 1993, De voorspellende waarde van arbeidssituatie en gezondheid voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. (Red.), *Handboek arbeid en gezondheidspsychologie*. Deel 2: toepassingen. Utrecht: LEMMA.
- Spielberger, C. D. & Vagg, P. R. 1999, *The Job Stress Survey: JSS professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Taris, T.W., Schaufeli, W.B., Van Hoogenhuyze, C.L.P. & Zon, A.C.B. 2003, Werkverslaving, stress en gezondheid: Ontwikkeling en validatie van een Nederlandse workaholisme-schaal. *Gedrag en Gezondheid*, 23, 2-18.
- Terluin, B. 1996, De Vierdimensionele klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.
- Terluin, B. 1998a, De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. *Psychodiagnostisch gereedschap. De Eerstelijns psycholoog*, 33, 18-24.
- Terluin, B. 1998b, Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441.
- Terluin, B. & Klink, J.J.L. 2005, Diagnostiek. In: J.J.L. van der Klink & B. Terluin (red.), *Psychische problemen en werk*. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts (pp. 21-46). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Terluin, B., Neeleman-van der Steen, K., Verbraak, M., Smitskamp, J. & Duijsens, I. 2009, Vergelijking van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en de Symptom Checklist (SCL-90). Kunnen SCL-90 scores worden voorspeld op basis van 4DKL-scores? *De Eerstelijns psycholoog* (in druk).
- Veldhoven, M. van, & Meijman, T.F. ,1994, Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid (VBBA). Amsterdam: NIA.
- Veldhoven, M., van, Meijman, T.F., Broersen, J.P.J. & Fortuin, R.J. 2002, Handleiding VBBA. Amsterdam: SKB Vragenlijst Services.
- Vendrig, L. 2005, De Vragenlijst ArbeidsReïntegratie. *Diagnostiekwijzer*, 8, 27-39.
- Vendrig, L. 2007, Risico op langdurig verzuim onderzocht met de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR).
- *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 85, 386-391.
- Verbraak, M.J.P.M., Griendt, J.T.M. & Hoogduin, C.A.L. 2006, Ontwikkeling van de Burnout-Neurasthenie

- Klachtenschaal (BO-NKS). Diagnostiekwijzer, 9, 30-53.
- Verbraak, M., Kleyweg, J., Griendt, J., van de & Hoogduin, K. 2008, Nadere verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten? Directieve Therapie, 28, 187-211.
- Vercoulen, J.H.M.M., Swanink, C.M., Fennis, J.F., et al. 1994, Dimensional assessment of chronic factigue syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 38, 383-392.
- Verschuren, C.M. 2009, Handleiding Sociale Veiligheidsindex (SVI) Amsterdam: Pearson Assessment.
- Wolff, B., de Swinnen, L., Fruyt, F., de Wolff, C., de & Spielberger, C.D. 2002, Job Stress Survey. Handleiding. Amsterdam: Pearson.

Aanpassingsstoornis (inclusief overspanning en burn-out)

De stoornis

De zorgstandaard richt zich op aanpassingsstoornissen, overspanning en burn-out (verder: A-OB). Bij deze aandoeningen staat centraal dat de balans van draaglast en draagkracht door één of meer stressoren is verstoord. Daardoor ervaren patiënten lijdensdruk en verminderd functioneren op relevante levensgebieden.

Werk is de meest voorkomende stressor voor een A-OB. Het is echter zeker niet de enig mogelijke stressor. Ook intensieve mantelzorgtaken, relationele spanningen, verlies van een dierbare of een (levensbedreigende of chronische) somatische aandoening kunnen stressoren zijn die A-OB veroorzaken.

De kern van A-OB is het verlies van controle en, daaronder liggend, 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 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 voortgang van het herstelproces wordt gemonitord door gebruik te maken van het fasetakenmodel.

De epidemiologische kenmerken

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

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

In de generalistische basis 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 specialistische ggz is de prevalentie circa 11%.

Uit de vragenlijst van de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden blijkt dat in 2011 en 2013 ongeveer 13% van de beroepsbevolking een burn-out had. Daarbij was het aandeel van mannen (13%) en vrouwen (12%) nagenoeg gelijk.

Vroege onderkenning en preventie

Vroege onderkenning

Vroege onderkenning van A-OB vindt primair plaats in de huisartsenpraktijk of bij de bedrijfsarts door case-finding. Veel patiënten komen met specifieke of somatische klachten, die in een later stadium blijken samen te hangen met psychische problematiek. Het is belangrijk dat u zich hiervan bewust bent. De zorgstandaard geeft hiervoor handvatten door een beschrijving van de risicogroepen bij A-OB.

Symptomen van een A-OB

- Aanhoudende moeheid of wisselende lichamelijke klachten zonder oorzaak.
- Aanhoudende specifieke 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.

Diagnostiek

→ Vraag specifiek naar:

- moeheid, slaapproblemen en prikkelbaarheid;
 - niet tegen drukte/herrie kunnen;
 - emotionele labiliteit;
 - stemming;
 - piekeren en concentratieproblemen;
 - zich gejaagd voelen;
 - 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.
- Overweeg of een heteroanamnese gewenst is.
- Sluit een angststoornis of depressie uit.
- Wees alert op huiselijk geweld en kindermishandeling.

- Gebruik eventueel een van de volgende vragenlijsten:
 - Huisarts/POH-GGZ/ bedrijfsarts: 4DKL
 - Psycholoog/psychiater: BSI en OK of 4DKL
- Gebruik voor het in kaart brengen van contextfactoren eventueel de Vragenlijst ArbeidsReintegratie Checklist van Blonk et al.
- Verricht zo nodig een gericht lichamenlijk onderzoek.

Behandeling en begeleiding

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

Fasen-takenmodel				
Fase <i>Toelichting</i>	Hersteltaken	Doel	Behandeling en begeleiding	Stagnatie
Crisis <i>De patiënt ervaart een crisis en is de controle kwijt.</i>	Acceptatie Rust en ontspanning.	Begrip en inzicht Zicht op herstel Voorkomen (volledige) uitval van rollen.	Psycho-educatie Eerste stap interventies. Sociale problematiek.	Heroverweeg de uitgangspunten: <ul style="list-style-type: none"> - Probleem-oriëntatie aanvullen? - Diagnose wijzigen?
Probleem en oplossing <i>Er is oriëntatie op de problemen.</i>	Structuur In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen.	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen.	Eerste stap interventies.	<ul style="list-style-type: none"> - Interventies aanpassen? - Zorgplan aanpassen?
Toepassing <i>Er is toepassing van de gewenste vaardigheden.</i>	Oriëntatie op toepassingen.	Oppakken van alle rollen en taken functioneringsherstel.	Eerste stap interventies.	Keuze uit: <ul style="list-style-type: none"> - Doorloop opnieuw de fase (+ bijbehorende taken) - Psychologische behandeling

- Gebruik participatie in de maatschappij (gezin, werk, mantelzorg, vrijwilligerswerk etc) als een herstel bevorderende factor, een belangrijke sociale ondersteuningsstructuur en plaats van handeling.
- Volg en evalueer het beloop systematisch op basis van het zorgplan.
- Neem bij stagnatie een actievare rol en zet (psychologische) behandelingen in, gericht op het vervullen van de hersteltaken.
- Maak na herstel een afspraak voor nacontrole ter voorkomen dan wel opsporing van een recidief.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel is het hervinden van persoonlijke balans hervonden 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 bevredigend leven met of zonder de psychische kwetsbaarheid.

- Stimuleer herstel aan de hand van het fasen-takenmodel (per fase geeft de zorgstandaard handvatten voor herstel).

Participatie is het deelnemen aan sociale, maatschappelijke en werkrollen. Het behouden of weer oppakken van deze rollen is onderdeel van herstelproces.

- Ondersteun de participatie door het wegnemen van barrières voor het oppakken dan wel behouden van deze rollen.

Organisatie van zorg

Randvoorwaarden voor goede zorg

Een randvoorwaarde voor goede zorg is een samenwerkende zorgketen. Dit stimuleert het herstel. Samenwerken betekent tijdig (terug)verwijzen met daarbij heldere schriftelijke communicatie over onder meer alle verrichte diagnostiek. Samenwerking betekent ook het niet herhalen van diagnostiek of behandeling en tijdig mondeling overleg bij stagnatie of verslechtering. Hiervoor is nodig dat zorgverleners weten wat de competenties van de andere zorgverleners zijn en wat ieders rol is bij de begeleiding en behandeling.

Naast de competenties zoals beschreven in zijn desbetreffende competentieprofiel beschikken de betrokken zorgverleners over voldoende kennis van de aandoeningen A-OB en gepaste diagnostiek bij A-OB en bij het uitvoeren van een behandeling over voldoende vaardigheden.

Organisatie van zorg

De huisarts en bedrijfsarts zijn primair het eerste aanspreekpunt voor patiënten met A-OB. Deze zullen starten met psycho-educatie en eerste stap interventies en maken een inschatting van de ernst van de klachten. Bij ernstige klachten of stagnatie van herstel verwijzen ze door. De zorgstandaard beschrijft de verwijscriteria.

Samenhang met generieke modules

- Arbeid als medicijn
- Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk
- Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ
- Herstelondersteunende zorg
- Landelijke samenwerkingsafspraken ggz
- Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- Psychotherapie
- Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg
- Ziekenhuispsychiatrie