

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 ArbeidsReïntegratie Checklist van Blonk et al.

→ Verricht zo nodig een gericht lichamelijk 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: - Probleem-oriëntatie aanvullen? - Diagnose wijzigen? - Interventies aanpassen? - Zorgplan aanpassen?
Probleem en oplossing <i>Er is oriëntatie op de problemen.</i>	Structuur In kaart brengen van problemen en oplossings-richtingen.	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen.	Eerste stap interventies.	Keuze uit: - Doorloop opnieuw de fase (+ bijbehorende taken) - Psychologische behandeling
Toepassing <i>Er is toepassing van de gewenste vaardigheden.</i>	Oriëntatie op toepassingen.	Oppakken van alle rollen en taken functionerings-herstel.	Eerste stap interventies.	

→ 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