Wat verwachten patiënten met overspanning en burn-out van hun behandelaars in de eerste lijn?

Ellen Seys

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. T. Declercq, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Inhoudstabel

Abstract 1
1. Inleiding 2
2. Methodiek 3
2.1 Literatuurstudie 3
2.2 Semi-gestructureerde interviews 4
2.2.1 Selectie van de kandidaten 4
2.2.2 Rekrutering 5
2.2.3 Interview 5
2.2.4 Analyse 6
3. Resultaten 7
3.1 Literatuurstudie 7
3.1.1 Definitie 7
3.1.2 Diagnostisch landschap 8
3.1.3 Epidemiologie 9
3.1.4 Behandeling 9
3.1.5 Verwachtingen 12
3.2 Kwalitatief onderzoek 13
3.2.1 Onderzoekspopulatie 13
3.2.2 Analyse semi-gestructureerde interviews 13
4. Discussie 23
4.1 Samenvatting van de resultaten getoetst aan de literatuur 23
4.2 Sterktes en zwaktes 25
4.3 Toekomstig onderzoek 26
5. Conclusie 28
6. Referenties 29
7. Bijlages 31
7.1 Goedkeuring Ethisch Comité 31
7.2 Goedgekeurd protocol 33
7.3 Vragenlijst semi-gestructureerd interview 35
7.4 Informatieformulier voor de patiënt 36
7.5 Toestemmingsformulier voor de patiënt 37

Abstract

Huisarts-in-opleiding: Ellen Seys, UGent
Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent
Co-promotor: Dr. T. Declercq, UGent

Probleemstelling

Mensen worden blootgesteld aan een hoge prestatiedruk op de werkvloer en ervaren stress in hun privéleven. Hierdoor neemt het aantal patiënten met overspanning en burn-out de laatste jaren sterk toe. Bij de behandeling van overspanning en burn-out is het belangrijk de verwachtingen van de patiënt te kennen om zo hieraan tegemoet te komen of eventueel bij te sturen.

Het doel van dit onderzoek is nagaan wat de verwachtingen zijn van patiënten met overspanning of burn-out ten opzichte van hun huisarts en andere eerstelijns hulpverleners.

Methode

Het onderzoek startte met een literatuuronderzoek, aan de hand van de definitie van overspanning en burn-out werden de inclusiecriteria voor het onderzoek bekomen. Het kwalitatief onderzoek betreft een semi-gestructureerd interview met tien patiënten. De tien patiënten voldeden aan de inclusiecriteria en komen uit eenzelfde huisartsenpraktijk in West-Vlaanderen. De interviews werden met een audio-recorder opgenomen. Daarna werden deze woordelijk uitgetypt en verwerkt.

Resultaten

Patiënten met overspanning of burn-out verwachten dat hun huisarts naar hun verhaal luistert, het probleem erkent en begrip toont. De meerderheid wenst daarnaast dat er nagegaan wordt of er geen lichamelijke oorzaak is voor hun klachten. Opmerkelijk is dat de helft van patiënten weinig verwachtingen hebben, ze leggen hun lot als het ware in handen van hun huisarts. Ze vertrouwen erop dat de huisarts hen verder kan helpen en indien nodig verwijst voor verdere begeleiding/behandeling. De stap naar de psycholoog of psychotherapeut is voor vele patiënten een grote drempel, ze vinden hun situatie vaak niet ernstig genoeg. Maar als het aangeraden wordt door hun huisarts, zijn ze wel bereid er op in te gaan.
Bij een eerste consult heeft de meerderheid van de patiënten geen vraag naar arbeidsongeschiktheid, integendeel, de huisarts moet de patiënt vaak overtuigen om thuis te blijven van het werk. Ten opzichte van medicatie staan de patiënten eerder weigerachtig, toch worden in enkele gevallen benzodiazepines/antidepressiva voorgeschreven.

Discussie en conclusie

Hoewel overspanning en burn-out veel besproken zijn in de media, is het opmerkelijk dat de helft van de geïnterviewde patiënten niet goed weten wat ze kunnen verwachten van de huisarts en de eerstelijns psycholoog. Vandaar het belang om bij het eerste consult na te gaan wat de verwachtingen zijn bij de patiënt en deze indien nodig bij te sturen.
Voor toekomstig onderzoek is het formuleren van een definitie van overspanning en burn-out met diagnostische criteria een absolute noodzaak, zodat de diagnostiek correcter en eenvoudiger kan worden. Aangezien overspanning en burn-out toenemen in onze samenleving wordt het belangrijk om meer in te zetten op preventie en te onderzoeken hoe de rol van arbeidsgeneesheer als preventie-adviseur kan uitgebreid worden.

1. Inleiding

Het aantal patiënten met overspanning en burn-out neemt de laatste jaren sterk toe. Het is veel meer dan louter een gezondheidsprobleem, het is ook een belangrijk maatschappelijk probleem.

Het begrip burn-out is voor het eerst beschreven door de Duits-Amerikaans psycholoog Freudenberger in de jaren ’70, in die tijd kwam het vooral voor in het onderwijs en in de zorgsector. Tegenwoordig is er een enorme druk op de moderne mens, de nadruk ligt op presteren. Niet enkel op de werkvloer, maar ook in het privéleven, zoals in relaties, opvoeding van de kinderen, vrije tijd. In geïndustrialiseerde landen ligt de werkdruk hoog, er wordt steeds meer verwacht van de werknemers, herstructureringen,… dit alles zorgt voor extra stress, zodat mensen ook meer kans hebben om er finaal aan onderdoor te gaan (1-3).

'Als iemand tot tien uur 's avonds heeft gewerkt, moet je niet zeggen: "Chapeau!"'(2)

Burn-out is een thema dat tegenwoordig veel in de media verschijnt. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block wil burn-out laten erkennen als een beroepsgerelateerde ziekte. Deze erkenning laat de overheid toe om samen met het Fonds voor Beroepsziekten preventieprogramma’s te ontwikkelen (4). Overspanning en burn-out zijn niet enkel in België een belangrijk probleem, ook in onze buurlanden is het gekend. In Frankrijk is er sinds 1 januari 2017 een wet in voege die werknemers het recht geeft om na de werkuren telefoontjes en e-mails van het werk te negeren (5).

Toen ik begon als huisarts-in-opleiding kwam ik geregeld in contact met patiënten met klachten van stress, overbelasting, vermoeidheid, overspanning. Toen pas viel het mij op hoe weinig ik afwist van overspanning en burn-out, laat staan wat ik er mee moest aanvangen. Vaak was het voor mij niet altijd duidelijk wat de patiënt precies van mij verwachtte. Dit speelde niet enkel bij mij, maar ook bij collega-huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Vandaar de interesse voor het onderwerp van mijn masterproef. Ik hoopte met dit onderzoek te weten te komen wat patiënten met overspanning of burn-out verwachten van hun huisarts en andere eerstelijn hulpverleners, zodat de psycho-educatie en beleid hierop kunnen afgestemd worden.

2. Methodiek

De masterproef startte met een literatuuronderzoek, om zo meer te weten te komen over de begrippen surmenage/overspanning en burn-out. Op basis hiervan werden de inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Daarna volgde er een semi-gestructureerd interview met de geïncludeerde patiënten.

2.1 Literatuurstudie

Het literatuuronderzoek werd gestart binnen de Nederlandstalige literatuur, met volgende zoektermen: "surmenage", "overspanning", "psychisch", "eerstelijn", "burn-out", "verwachting" in verschillende combinaties. Deze combinaties van zoektermen werden gebruikt in verschillende databases. Er werd geen tijdslimiet ingesteld aangezien de literatuur omtrent overspanning en burn-out reeds schaars is. In het archief van het tijdschrift Huisarts Nu werden drie bruikbare artikels gevonden, in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde twee. In het tijdschrift Huisarts en Wetenschap werden acht interessante artikels geselecteerd. Het Tijdschrift voor Geneeskunde kon geen bijdrage leveren. Via Google Scholar werden aan de hand van de zoektermen zeven artikels/boeken weerhouden en via de sneeuwbalmethode werden er nog een paar extra gevonden. In het Tijdschrift voor Psychiatrie werd één artikel geschikt bevonden.

Daarnaast werd gezocht in de internationale wetenschappelijke literatuur. Hiervoor moesten de termen vertaald worden naar het Engels. Vertaling was niet evident aangezien er in deze taal geen equivalent van overspanning of burn-out bestaat. De termen die het meest overeenkomen met overspanning en burn-out zijn: "adjustment disorder", "minor depression" en "neurasthenia", deze werden gebruikt in combinatie met "primary (medical) care", "stress", "work-related stress", "job stress". Deze zoektermen werden in verschillende combinaties gebruikt in de Embase database, dit leverde één bruikbaar artikel op.

In de database Pubmed werden volgende Mesh-termen gebruikt: "burnout, professional", "stress, psychological", "neurasthenia" en "primary health care". Deze werden gecombineerd via AND en OR operatoren tot specifieke zoekacties. Dit leverde heel wat artikels op, maar slechts één ervan werd weerhouden, ook met het sneeuwbaleffect konden geen geschikte artikels gevonden worden. De meerderheid van de artikels behandelen het onderwerp burn-out bij gezondheidswerkers, wat geen betrekking heeft tot de onderzoeksvraag.

In totaal werden 22 Nederlandstalige artikels, 3 Engelstalige artikels en 2 boeken weerhouden.

2.2 Semi-gestructureerde interviews

Het onderzoek betreft een kwalitatieve studie, meer bepaald een semi-gestructureerd interview.
Een kwalitatief onderzoek gaat over zaken die niet meetbaar zijn. Er kunnen verhalen, betekenissen, meningen, opvattingen en interpretaties mee geëxploreerd en onderzocht worden. Het wordt vooral toegepast op terreinen waar nog weinig kennis voorhanden is (6, 7). Bij een semi-gestructureerd interview liggen de vragen niet van tevoren vast, de onderwerpen wel. De onderzoeker stelt open vragen, aan de hand van extra vragen kan er worden doorgevraagd. De vragen worden in een logische volgorde opgesteld, maar de onderzoeker is vrij om deze volgorde te veranderen. Uiteraard moeten alle vragen aan bod komen tijdens het interview. Individuele interviews leveren een breed en diep inzicht op vanuit het perspectief van een persoon en kunnen helpen bij het doorgronden van redeneringen en meningen (8).

De keuze voor een kwalitatief onderzoek is evident aangezien de verwachtingen van patiënten niet meetbaar zijn, het gaat over subjectieve meningen en opvattingen. Er werd gekozen voor een semi-gestructureerd interview omdat de onderzoeker hier nog een deel vrijheid heeft en de geïnterviewde persoon voldoende ruimte heeft om in eigen bewoordingen te antwoorden op de vragen, waardoor veel informatie kan bekomen worden.

2.2.1 Selectie van de kandidaten

Voor de selectie van mogelijke deelnemers aan het onderzoek werden patiënten aangesproken waar de onderzoeker haar opleiding als huisarts-in-opleiding volgde. Hiervoor werden er inclusie- en exclusiecriteria opgesteld.

Inclusiecriteria

De inclusiecriteria werden gebaseerd op de definitie van overspanning zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals en de Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraak overspanning en burn-out (9, 10):

- Ten minste drie van de volgende distressklachten zijn aanwezig:
    - Moeheid
    - Gestoorde of onrustige slaap
    - Prikkelbaar zijn, niet tegen drukte kunnen
    - Emotionele labiliteit
    - Piekeren
    - Zich gejaagd voelen
    - Concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid

- Sociaal disfunctioneren
- Er is een relatie met stress: de gevoelens van controleverlies/machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren.
- De bovenstaande symptomen zijn niet het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Bij burn-out wordt voldaan aan de criteria van overspanning, maar daar bovenop zijn de klachten al meer dan zes maanden geleden begonnen en staan gevoelens van moeheid en uitputting op de voorgrond (9, 10).

Bovenstaande inclusiecriteria werden nog aangevuld met enkele voorwaarden:

- Patiënten moeten ouder zijn dan 18 jaar
- Geen gekende psychiatrische problematiek, noch middelenafhankelijkheid
- Patiënt mag niet in behandeling zijn voor overspanning of burn-out bij de onderzoeker zelf.

2.2.2 Rekrutering

De patiënten werden gerekruteerd uit de huisartsenpraktijk waar de onderzoeker de opleiding tot huisarts volgde. Aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria werden potentiële kandidaten geselecteerd. Aangezien het geen patiënten mochten zijn die de onderzoeker zelf behandelt of behandelde voor overspanning of burn-out, waren het de twee collega's in de praktijk die de patiënten aanbrachten en hen informeerden naar aanleiding van een consultatie of een telefonisch gesprek. Aan de patiënten die voldeden aan de criteria en geïnteresseerd waren, werd een informatieformulier meegegeven. Er werd hen meegedeeld dat de onderzoeker hen een week later telefonisch zou contacteren om na te gaan of de patiënt bereid was deel te nemen aan het interview.

Indien de patiënt instemde om deel te nemen, werd er telefonisch een afspraak vastgelegd, waarbij de patiënt naar de praktijk kwam voor het semi-gestructureerd interview.

2.2.3 Interview

De vragenlijst werd gebaseerd op het literatuuronderzoek en werd samen met de huisarts-collega's in de praktijk en copromotor opgesteld. De interviews vonden plaats van juli 2016 tot en met november 2016. Ze werden steeds afgenomen door de onderzoeker, Dr. Ellen Seys. Met toestemming van de patiënt werd het interview opgenomen met een audiorecorder. Vooraleer het interview van start ging, werd het toestemmingformulier samen met de patiënt overlopen en getekend. Er werd nagegaan of de patiënt nog vragen had. Deelname was volledig vrijwillig en kon op gelijk welk moment beëindigd worden.

2.2.4 Analyse

De interviews werden woordelijk uitgetypt per vraag. Elke vraag bevat een thema, bij elk thema werden de relevante uitspraken aangeduid die dan gebruikt werden bij de verdere analyse en verwerking van de interviews. De verwerking van alle data gebeurde door de onderzoeker.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 Definitie

Overspanning/burn-out is een problematiek die voornamelijk gezien wordt in de eerste lijn. Het is het gevolg van een verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht. In de meerderheid van de gevallen is er een overgewicht aan draaglast, door langdurig inwerkende stress veroorzakende factoren. De patiënt is niet meer in staat om te gaan met deze stressoren en dit uit zich in bepaalde klachten.

Deze klachten kunnen zijn: moeheid, concentratiemoeilijkheden, slaapproblemen, emotionele labiliteit, prikkelbaarheid, interesseverlies, futloosheid, moeilijkheden in sociaal en beroepsmatig leven. Patiënten ervaren dikwijls een verminderd gevoel van eigenwaarde op professioneel gebied. Niet al deze symptomen ontwikkelen zich gelijktijdig. In de meeste gevallen klaagt de patiënt eerst van moeheid. Aanvankelijk is deze vermoeidheid reactief, maar later is de patiënt voortdurend moe. Daarna ontstaan de cognitieve symptomen en ten slotte de emotionele klachten (11-16). Bij overspanning en burn-out is er geen sprake van suïcidegedachten, noch staan klachten in verband met stemming op de voorgrond.

In vergelijking met overspanning zijn bij burn-out de klachten al een hele tijd bezig, namelijk 6-12 maanden. Bij burn-out staan vooral de moeheid en uitputting sterk op de voorgrond. Burn-out is werk gerelateerd en uit zich op drie verschillende domeinen: vermoeidheid/emotionele uitputting, depersonalisatie en twijfelen aan eigen kunnen (12). De totale werkdruk van een job is de som van en de interactie tussen de zwaarte en het tempo van de werkzaamheden en daarbij de invloed van psychologische, sociale en fysieke aspecten van de werksetting. Elk van deze kenmerken kan extra inspanning vergen. (17).

Er is sprake van overspanning als er voldaan wordt aan alle vier onderstaande criteria (9, 10, 18):

- Tenminste drie van de volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- 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 greep te verliezen.
- Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren
- De spanningsklachten, het controleverlies en het sociaal disfunctioneren zijn niet het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

De diagnoses overspanning en burn-out zijn niet beschreven in de DSM: dit is opmerkelijk aangezien het vaak voorkomende ziektebeelden zijn. Surmenage, overspanning, stress en burn-out passen binnen het spectrum van de aanpassingsstoornissen. Aangezien de diagnoses niet in de DSM vermeld zijn, kunnen we stellen dat patiënten niet lijden aan een psychiatrische stoornis (12).

De meeste patiënten met overspanning/burn-out komen terecht bij hun huisarts omdat ze niet meer weten wat ze moeten doen. Vaak melden ze zich met lichamelijke klachten, maar meestal wordt het snel duidelijk wat er aan de hand is (18).

3.1.2 Diagnostisch landschap

Vooraleer er van overspanning of burn-out kan gesproken worden, moet er een zorgvuldige screening gebeuren naar mogelijke somatische oorzaken van de lichamelijke klachten van de patiënt. Eens dit gebeurd is, kan men zich toespitsen op de stress-gerelateerde/psychische problematiek aan de hand van het diagnostisch landschap. Er zijn een aantal klachten en gedragingen die de arts op dit spoor kunnen zetten. Herhaaldelijk consulteren, wisselende klachten, aspecifieke klachten, grillig patroon in het verloop van de klachten zijn herkenbare indicatoren voor stress gerelateerde problematiek (12).

In de tabel hieronder volgen enkele psychische ziektebeelden die in het diagnostisch landschap zitten. Vaak is het in de praktijk niet zo gemakkelijk en doen er zich mengbeelden voor, wat de diagnostiek bemoeilijkt.

Tabel: Differentiaaldiagnose depressie – surmenage/ overspanning – angststoornis.

Klachten/ eigenschappen	Depressie	Surmenage/ overspanning	Angststoornis
Gelijkende klachten	· Moeheid en gebrek aan energie · Concentratieproblemen · Anorexie · Slapeloosheid	· Moeheid en gebrek aan energie · Concentratieproblemen · Anorexie · Slapeloosheid	· Moeheid, gebrek aan energie · Concentratieproblemen · Anorexie · Slapeloosheid
Verschillen in klachten	· Sombere stemming, geen zin, geen plezier	· Sombere stemming hoeft niet · Plezier kan nog wel buiten werksfeer	· Sombere stemming hoeft niet · Plezier kan als er geen angstige prikkels zijn
Attributie oorzaak	· Bij zichzelf	· In werksfeer of gedrag van anderen	· Bij zichzelf
Copinggedrag	· Vermijden	· Vermijden kan, maar vaak nog beter en meer proberen te doen, niet willen stoppen vooraleer de patiënt het opgeeft	· Vermijding van angstuitlokkende situaties
Invasief karakter van klachten	· Totaal functioneren wordt beïnvloed	· Bepaalde (niet-werkgebonden) deelaspecten van leven ontsnappen aan klachten	· Bepaalde deelaspecten van leven kunnen ontsnappen aan klachten

Bron: Roland, R., et al. (2012). "Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out - deel 1." HUISARTS NU **41**(2): 66.

Andere differentiaaldiagnoses zijn slapeloosheid, middelenmisbruik of –afhankelijkheid, een aanpassingsstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en persoonlijkheidsstoornis (19).

3.1.3 Epidemiologie

Overspanning is prevalent in de eerste lijn, het maakt tot 70% deel uit van de psychische problematiek (11). De incidentie ligt tussen de 14 en 50 per 1000 patiënten per jaar (13). Voorgaande cijfers zijn afkomstig uit Nederland. Aangezien er geen duidelijke diagnostische criteria zijn voor surmenage en burn-out is het echter moeilijk om correcte cijfers van België te voorzien voor prevalentie en incidentie (12).

Het komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen, meer bij lager opgeleiden en de prevalentie neemt toe met de leeftijd (12). Sinds 2015 houdt het Riziv het aantal burn-outs bij, toen zaten een kleine 9000 Belgen ermee thuis. Het aantal mensen met verschijnselen van burn-out is vele malen groter en wordt geschat op 10-15% van alle werkenden (2).

De maatschappelijke kost van ziekteverzuim door overspanning en burn-out in België wordt door de mutualiteiten geraamd op 1.2 miljard euro per jaar (12).

3.1.4 Behandeling

Herstel vraagt tijd en geduld van de patiënt. Na 12 weken is meer dan 75% van de patiënten hersteld, na 6 maand functioneren bijna alle patiënten terug op hun oude niveau (11).
De behandeling van burn-out is in principe dezelfde als deze van overspanning, alleen vergt het meer tijd en deskundigheid (18). Over de begrippen overspanning en burn-out bestaan er nog geen algemeen geaccepteerde richtlijnen, wat als een gemis kan worden ervaren.

Niet-medicamenteuze aanpak

Het herstelproces van overspanning/burn-out kent 3 fases. Fase 1 is de crisisfase, in deze fase is er vooral sprake van ontreddering en spanningsklachten. In fase 2, de probleemoplossingsfase, worden de problemen geanalyseerd en wordt er een oplossing voor gezocht. In de 3de en laatste fase, die de toepassingsfase genoemd wordt, probeert de patiënt terug zijn sociale rollen op te nemen.

Tabel: Schema van fasen, interventie en doel bij het herstelproces van overspanning/burn-out

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

Bron: Bastiaanssen MMH. , L. M., Terluin B, AA Vendrig AA, C.M. Verschuren CM, Vriezen JA (2011). "Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-out." Huisarts Wet 54(11): 13.

Werkhervatting is een aandachtspunt, werkverzuim langer dan drie maanden is beter te voorkomen aangezien de kans op terugkeer naar het werkleven aanzienlijk gereduceerd wordt (18).

De patiënten worden idealiter opgevolgd door hun huisarts. De frequentie van consulteren 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 (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) raadt aan de patiënt ten minste om de drie weken op te volgen (10).

Medicatie

Er is weinig onderzoek gebeurd naar de plaats van medicatie (benzodiazepines, antidepressiva) in de behandeling van overspanning en burn-out. Het effect van antidepressiva is weinig onderzocht en niet duidelijk effectief gebleken (9, 20).

Toch worden door huisartsen benzodiazepines voorgeschreven. Hiervan is geweten dat zij voor een korte periode sederend, anxiolytisch en spierrelaxerend werken, maar de grote beperking is het snel optreden van afhankelijkheid, waardoor het voorschrijven ervan afgeraden wordt. Het gebruik ervan kan gerechtvaardigd worden bij ernstig belemmerende symptomen zoals slaapproblemen, maar dan maximaal twee tot drie weken en bij voorkeur intermittent. Over het gebruik van vitamines, fytotherapie en homeopathische middelen is er geen evidentie gekend bij de behandeling van overspanning en burn-out (10, 21).

Psycholoog

Wanneer de bovenstaande aanpak met de drie fases aanslaat bij een patiënt moet er binnen drie tot vier weken een duidelijke verbetering zijn. Blijft verbetering uit, dan is een verwijzing naar een eerstelijns psycholoog, die ervaring heeft met overspanning en burn-out, aan te raden (11, 22).

De psycholoog kan de patiënt leren omgaan met stress en/of de persoonlijke effectiviteit verbeteren. Daarnaast kan de psycholoog ook aanvullende of verdiepende diagnostiek verrichten wanneer er twijfel is over de diagnose (10).

Arbeidsongeschiktheid

Indien de grootste stressbron zich in het werkveld bevindt, lijkt het logisch om hierop in te grijpen en de patiënt in de eerste plaats op tijdelijke arbeidsongeschiktheid te zetten. Want de stress op het werk heeft ervoor gezorgd dat de balans draagkracht-draaglast verstoord is. In eerste instantie is de patiënt het hiermee vaak niet eens en is toch enige overtuigingskracht van de arts nodig (21).

In de literatuur zijn er geen gegevens te vinden over de 'ideale' duur van de arbeidsongeschiktheid. Het kan variëren van twee weken tot enkele maanden (21). Toch moet langdurig verzuim, langer dan drie maanden, voorkomen worden omdat de kans op succesvolle werkhervatting snel kleiner wordt naarmate het werkverzuim langer duurt. De patiënt ervaart een steeds hogere drempel om terug aan het werk te gaan, ook bij de werkgever ziet men een toenemende drempel voor re-integratie van de patiënt. In het meest recente artikel van B. Terluin wordt er zelfs gesteld dat iedere patiënt binnen de zes weken weer een deel van zijn werk zou moeten kunnen hervatten (18). Toch is er een opvallende spreiding in de duur van een burn-out, dit gaat van enkele maanden tot meer dan een jaar. Het ziekte- en herstelproces van een burn-out neemt nu eenmaal wat tijd in, maar er zijn ook kenmerken van de leefomgeving en het herstelgedrag van de patiënt die de genezing onnodig vertragen. (17).

Arbeidsgeneesheer

Bij patiënten die al een langere periode arbeidsongeschikt zijn, is het aangewezen dat de huisarts de arbeidsgeneesheer mee betrekt. De arbeidsgeneesheer kan na overleg met de werknemer tijdelijke of blijvende aanpassingen voorstellen aan de werkgever. Het is dan aan de werkgever om te beslissen of hij al dan niet instemt met het voorstel (21).

3.1.5 Verwachtingen

In de literatuurstudie werden er geen artikels gevonden waarin gepeild wordt naar de verwachtingen van patiënten met overspanning of burn-out.

Er zijn wel publicaties over de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de communicatie van de huisarts in het algemeen. De verwachtingen hangen samen met de reden van het consulteren en met de individuele kenmerken van de patiënt. Patiënten met een somatisch probleem willen iets anders van hun huisarts dan mensen met psychische problemen, zieke mensen willen wat anders dan gezonde mensen en oudere mensen hebben andere verwachtingen dan jongeren. Patiënten willen serieus genomen worden, ze willen het gezondheidsprobleem verstaan en zich begrepen voelen. Goede communicatie speelt hierin een essentiële rol (23).

Patiënten vinden het belangrijk dat de arts luistert naar het verhaal van de patiënt en hiervoor voldoende tijd neemt. Ze zien de huisarts als een aandachtig, open, empathisch persoon en als een goede luisteraar (23). De gezondheidstoestand van de patiënt wordt bevorderd als de huisarts voldoende aandacht heeft voor de emoties, verwachtingen en informatiebehoefte van de patiënt (24, 25).

Aangezien patiënten een langdurige relatie hebben met hun huisarts weten ze meestal wat ze al dan niet van hem/haar kunnen verwachten. Dit is een belangrijk voordeel omdat de verwachtingen die patiënten al vóór een bezoek aan de dokter hebben, meer bepalend zijn voor de uitkomst dan de verwachtingen die ontstaan tijdens het bezoek aan een arts (24).

In een kwalitatief onderzoek van Van den Brink-Muinen A et al. geven de meeste patiënten aan dat de communicatie met hun huisarts aansluit bij hun voorkeuren. Patiënten vinden zowel affect- als taakgerichte communicatieaspecten belangrijk, hieraan kwam de huisarts vaak tegemoet. Huisartsen blijken goed aan te voelen wat patiënten verwachten van de communicatie.
De auteurs van het artikel raden huisartsen aan om rekening te houden met de voorkeuren van de patiënten wat betreft communicatie en op het einde van het consult te vragen of de communicatie naar wens verlopen is (23).

3.2 Kwalitatief onderzoek

3.2.1 Onderzoekspopulatie

Er werden tien patiënten gerekruteerd, allen patiënt in de opleidingspraktijk van de onderzoeker. Het betreft 7 vrouwen en 3 mannen. Hun leeftijd varieerde tussen 29 tot 60 jaar, waarvan de meesten in de leeftijdsklasse van 50 tot 60 jaar zaten. Het opleidingsniveau is bij de meerderheid van de patiënten secundair onderwijs.

Van de tien patiënten die geïnterviewd werden, waren er acht die voldeden aan de criteria van burn-out. De twee andere patiënten hadden de klachten van overspanning, waarvan één patiënte met een mengbeeld met een post-traumatische stressstoornis.

Zoals wenselijk bij een kwalitatief onderzoek bevonden de patiënten zich in verschillende stadia van overspanning/burn-out, wel werd hen gevraagd zich terug te verplaatsen naar het moment van de eerste consultatie.

Alle geïnterviewde patiënten voldeden aan de inclusiecriteria en werden gerekruteerd uit eenzelfde praktijk in West-Vlaanderen.

3.2.2 Analyse semi-gestructureerde interviews

WAT WAS DE AANMELDINGSKLACHT?

Van de tien patiënten met overspanning/burn-out waren er slechts enkele die zelf op consultatie bij de huisarts suggereerden dat hun klachten uitgelokt werden door de psychische stress.

> *“Ik had op internet vaak al zitten zoeken naar lijstjes met kenmerken/tekens van burn-out, ik herkende daar veel in. “ (P10)*

> *“De eerste klacht waarmee ik kwam was verschrikkelijke maagpijn en hoofdpijn, wat ik niet gewoon ben. Van het ene is het andere gekomen, het besef dat ik het eigenlijk niet meer zag zitten. De druk op het werk was veel te groot, er wordt veel te veel geëist, er wordt steeds meer van ons gevraagd omdat er reorganisatie gaande is. Het lukte niet meer. Ik had zelf al gedacht aan burn-out.” (P4)*

De meerderheid van de patiënten had er nog niet bij stilgestaan dat de problemen mogelijks psychisch waren en consulteerden vooral met somatische klachten zoals hartkloppingen, spierspanning, maagpijn, hoofdpijn, vermoeidheid.

"Tijdens de eerste consultatie hier had ik vooral last van de ademhaling, niet genoeg adem en een gespannen gevoel in de borststreek. Toen had ik nog geen idee van wat er aan de hand was. Ik was enorm moe, had geen behoefte om iemand te zien, was prikkelbaar." (P2)

Het meest opvallende is dat de meeste patiënten plots 'crashen'. Ze gaan tot het uiterste, willen niet toegeven aan hun klachten totdat het hen te veel wordt. Bij burn-out staat vooral de uitputting, zowel fysiek als psychisch, op de voorgrond.

"Ik voelde mij al een hele tijd niet goed. Ik was moe, ik voelde me niet goed in mijn vel. […] Op het einde had ik ook last van concentratiestoornissen. Er waren ochtenden dat als je me duwde met een vinger dat ik langs de grond zou gelegen hebben, zo zwak , zo ten einde was ik. Ik heb er hard tegen gevochten. Ik sliep ook slecht, vroeg wakker worden, liggen piekeren over het werk." (P3)

"Ik had last van een enorme vermoeidheid, je batterij niet kunnen opladen, ongeacht of je nu 10u slaapt, je geraakt gewoon niet uitgeslapen. Dit was tegengesteld aan mijn karakter, ik ben een energiek persoon, een optimist, ik wil alles geven. Maar dan merk je dat je lichaam niet mee wilt. Je sleept jezelf vooruit. Ik had van die momenten dat ik dacht van 'wat zit ik hier nog te doen', enkel op werkvlak." (P7)

De klachten waren: prikkelbaarheid, mijden van sociaal contact, vermoeidheid, concentratiestoornissen, slecht slapen, emotioneler zijn dan gewoonlijk, twijfelen aan eigen kunnen.

HAD DE PATIËNT ZELF AL IETS ONDERNOMEN VOORALEER NAAR DE HUISARTS TE GAAN?

Enkele ondervraagde personen hadden al hulp gezocht vooraleer op consultatie te gaan bij de huisarts. Een patiënte bij wie er een mengbeeld is van overspanning met post-traumatisch stresssyndroom had al hulp gekregen via slachtofferhulp en een psychologe. Een andere patiënte had haar toevlucht gezocht bij de cardioloog. Een derde patiënte had contact opgenomen met de arbeidsgeneesheer.

"Ik had in het begin nog een andere huisarts. Ik had vooral last van hartkloppingen, ik had dat al gezegd aan haar, maar zij deed daar niet veel mee. Een vriendin van mij was patiënte bij professor B., en zij heeft mij verplicht om naar hem te gaan. Ik dacht dus eerst dat het allemaal fysiek was, ik heb toen een ablatie gehad. Ik dacht dat alle klachten zouden verdwijnen, maar zo was het niet." (P2)

"We moeten af en toe op medisch onderzoek bij de arbeidsgeneesheer, ondanks het feit dat ik niet opgeroepen was, ben ik toch geweest om eens de hele situatie uit te leggen, maar dit heeft

geen gevolg gehad. Hij had een aanbevelingsbrief geschreven naar mijn werkgever om eens een gesprek met mij te hebben over de stress, maar ik heb nooit een gesprek gehad. Ook al wisten ze op het werk dat ik het moeilijk had. Ik had het idee dat ze vonden dat het mijn schuld was, dat ik niet sterk genoeg was. " (P10)

In de meerderheid van de gevallen was de huisarts het eerste aanpreekpunt. Vaak omdat patiënten lichamelijke klachten ervaren, waarvan ze denken dat er mogelijks een somatische oorzaak is.

WAT WAREN DE VERWACHTINGEN VAN HET EERSTE CONSULT?

Een deel van de geïnterviewde patiënten verwachtten bij het eerste consult verder onderzoek, zoals bloedafname/doorverwijzing, om zo tot een somatische aandoening te komen als verklaring voor hun klachten. De patiënten die reeds dachten dat hun klachten het gevolg waren van stress, verwachtten geen onderzoeken.

"*Ik verwachtte vooral een luisterend oor, begeleiding, begrip, erkenning van het probleem. Omwille van mijn maagklachten, wou ik hiervoor toch verder onderzoek." (P4)*

"Ik dacht dat het mijn CMV infectie was die terug opflakkerde, dus ik verwachtte een bloedafname om dit vast te stellen. Dat de huisarts de psychologische toer op zou gaan had ik niet verwacht. Ik had gedacht dat mijn huisarts me enkele dagen rust zou geven. En dan zou ik gewoon weer de draad opnemen." (P7)

"Ik dacht dat de dokter me een pil ging kunnen geven waardoor dat alles ging opgelost worden en dat ik morgen zou kunnen gaan werken. Ik wist dat alle klachten die ik had, veroorzaakt werden door de psychische problemen, dus ik verwachtte geen onderzoeken zoals een bloedonderzoek." (P6)

Anderen hadden geen/weinig verwachtingen, ze zochten vooral een luisterend oor en wilden hun verhaal kwijt aan een buitenstaander.

"Eigenlijk had ik weinig verwachtingen, ik wou gewoon geholpen worden. Ik liet mij leiden door de huisarts. Ik had er ook niet over nagedacht." (P2)

"Ik verwacht een luisterend oor van de huisarts, iemand die je begrijpt. Ik vind het belangrijk dat ik me op mijn gemak kan voelen, dat ik mezelf kan zijn. En wanneer de huisarts aanvoelt dat hij/zij niet meer kan helpen, dat die je doorstuurt." (P1)

WELKE BEHANDELING HAD DE PATIËNT VOOR OGEN ÉÉNMAAL DE DIAGNOSE GESTELD?

> *"Mijn verwachtingen was: "ik ga naar de dokter, de diagnose wordt gesteld, en nu kan ik genezen, maar zo simpel is het niet."" (P2)*

- **Arbeidsongeschiktheid**

Indien de grootste stressbron zich in de werkomgeving bevindt, is het logisch om de patiënt op tijdelijke arbeidsongeschiktheid te zetten. Er zijn geen gegevens over de ideale duur, het kan variëren van twee weken tot enkele maanden. De minderheid van de patiënten verwachtten arbeidsongeschiktheid. Vaak moet de huisarts de patiënt overtuigen om thuis te blijven. Dit enerzijds omdat ze de ernst van het probleem op dat moment niet inzien, anderzijds heerst er een schuldgevoel, ze willen hun collega's niet extra belasten.

> *"Ik ben niet veel thuisgebleven, 2 weken door de huisarts voorgeschreven, voor de rest heb ik vooral verlof opgenomen. Ik had een enorm schuldgevoel ten opzichte van mijn werkgever." (P7)*

> *"Mijn huisarts heeft mij enorm moeten verplichten om thuis te blijven van het werk. Ik wou echt kost wat het kost nog gaan werken. Maar dit is dan snel gekeerd, na enkele dagen wou ik echt niet meer gaan werken. In het totaal heb ik 3 maand en 3 weken thuisgezeten." (P3)*

> *"Bij het eerste gesprek bij de psycholoog zij ze 'je bent zo moe, je zou beter ziekteverlof nemen', ze drong daar nogal op aan, terwijl ik absoluut nog niet dat idee had. Ik dacht: ik ga naar de psycholoog, en ik kom er hopelijk door." (P10)*

Tijdens de interviews valt het op dat mensen die thuis zitten met overspanning of burn-out vaak schaamte ervaren ten opzichte van de werkgever en collega's, maar ook ten opzichte van hun omgeving. Er heerst nog een soort van taboe, ze durven het niet aan iedereen te vertellen.

> *"Mijn huisarts heeft mij toen een maand thuis gezet, ik durfde dat niet zeggen op mijn werk, ik durfde niet onder de mensen te komen, bijna niemand weet het. Ik was wel blij dat ik thuis mocht blijven, maar ik zou het zelf niet gevraagd hebben." (P9)*

Uit de citaten van de geïnterviewde patiënten blijkt dat eens ze enkele dagen thuis zijn, ze beseffen dat het echt wel nodig is. Dan pas merken ze hoe uitgeput ze echt zijn, de eerste dagen/weken staat vooral rusten op de voorgrond.

Naarmate het einde van het ziekteverlof nadert, voelen de meeste terug de stress om aan het werk te moeten opkomen.

> *"Ik ervaarde veel stress met het idee dat ik misschien terug aan het werk zou moeten binnen x aantal weken." (P8)*

- **Medicatie**

In de wetenschappelijke literatuur is er geen evidentie voor medicatie in de behandeling van overspanning en burn-out. De meerderheid van de patiënten verwachtte geen medicatie, de meeste staan er zelfs weigerachtig tegenover.

> *"Eigenlijk had ik geen verwachtingen, het enige dat ik wou was dat ik erdoor kom. Zeker geen medicatie, het zal wel lukken zonder, mijn huisarts was ook geen voorstander. Psychologische ondersteuning, omdat ik voel dat het niet alleen zal gaan. De huisarts heeft ook gezegd, je mag altijd bellen als het niet gaat!" (P9)*

Een aantal patiënten kregen benzodiazepines voorgeschreven in kader van slaapproblemen, dit werd meestal voorgeschreven op vraag van de patiënt. De huisarts gaf in deze gevallen wel informatie over de snelle afhankelijkheid, er werd geprobeerd het gebruik van slaapmedicatie te beperken in duur. Eén patiënt heeft naast een benzodiazepine een antidepressivum (venlafaxine, een SNRI) voorgeschreven gekregen, dat na bijna anderhalf jaar afgebouwd en gestopt werd.

> *"Ik heb slaapmedicatie gekregen omdat ik niet meer kon slapen, maar dit neem ik bijna niet, heb er bijwerkingen van, van een halfje heb ik geen effect, van een volledige pil loop ik overdag rond als een zombie." (P4)*

Aan één patiënt werd een plantaardig geneesmiddel voorgeschreven.

> *"Rodizen is mij voorgeschreven geweest, ik twijfel aan de werkzaamheid, misschien is het een placebo-effect?" (P7)* (Rodizen= middel op basis van planten bij de verlichting van mentale en fysieke symptomen van stress en overbelasting, zoals vermoeidheid, uitputting, prikkelbaarheid en spanningen. Gedroogde Rhodiola rosea wortel extract 200mg (26))

- **Psycholoog**

Vanuit het literatuuronderzoek blijkt dat een verwijzing naar een psycholoog aan te raden is wanneer het herstelproces stagneert. Het kan ook interessant zijn wanneer de huisarts twijfelt aan de diagnose van overspanning/burn-out.

De meeste patiënten ervaren de stap naar psychologische begeleiding door een psycholoog of psychotherapeute als een grote drempel. Maar op aanraden van de huisarts zouden ze wel de stap durven zetten. Ze vertrouwen hierbij op het advies van hun huisarts.

> *"Er is niet gesproken geweest van een psycholoog. Voor mij is dat al een serieuze stap verder. Een psycholoog, dan link je dat meteen aan zwaardere gevallen… Zo diep heb ik niet gezeten denk ik." (P7)*

> *"Een psycholoog, ik hoopte dat het enkel bij de huisarts kon blijven. […] Als een psycholoog niet echt nodig is, liever niet. Als mijn huisarts het zou aangeraden hebben, zou ik het zeker gedaan hebben" (P3)*

> *"De huisarts stelde voor om eens langs te gaan bij de psycholoog, ik heb dit aanvaard en gedaan. Ik ben zes keer gegaan, het was een interessant gesprek, maar ik heb niet het idee dat dit iets veranderde. Je moet jezelf er uit trekken, dat is mijn gedacht. Al wat zij zei wist ik eigenlijk al." (P5)*

IS ER EEN ROL VOOR ANDERE EERSTELIJNS HULPVERLENERS DAN DE HUISARTS?

Een minderheid van de patiënten was enkel in opvolging bij de huisarts. De andere patiënten lieten zich bijstaan door meerdere eerstelijnshulpverleners, waaronder de huisarts.

- **Kinesitherapeut**

Een aantal geïnterviewde patiënten zijn naar de kinesitherapeut geweest. De kinesitherapie was voornamelijk gericht op relaxatie, dit door middel van relaxerende ademhalingsoefeningen en massage. Er werd ook gewerkt aan de lichamelijke klachten, zoals spierspanning in de nek.

> *"Omdat mijn nek volledig vast zat in die stressvolle periode ben ik naar de kinésitherapeut geweest. Sindsdien heb ik er geen last meer van gehad." (P6)*

> *"De huisarts had mij ook voorgesteld om iets te doen om te leren ontspannen. […] Ze heeft me dan doorgestuurd naar een kinesitherapeut. Daar was ik heel tevreden van. Ik heb eerst*

ademhalingstechnieken aangeleerd. […] Ze heeft ook massage gedaan, gericht op ontspanning. Dat was wat ik nodig had." (P10)

- **Psycholoog/psychotherapeut**

De meerderheid van de patiënten is naar de psycholoog/psychotherapeut geweest. Wat opvalt is dat de verwachtingen van de patiënt anders zijn dan wat de therapie inhoudt. Bij vele patiënten is er toch een zekere teleurstelling omdat hun verwachtingen niet ingevuld worden. Vaak denkt men dat de psycholoog/psychotherapeut het probleem zal benoemen en oplossen, maar zo eenvoudig is het helemaal niet.

"Naar de psychotherapeute gaan was niet zoals ik het mij voorgesteld had. Ik wist eigenlijk niet goed wat ik daarvan kon verwachten, ik had er een totaal verkeerd beeld van. Ik dacht: ik kom daar toe met mijn probleem en dat zij ging zeggen, we gaan dit, dit en dit doen en we gaan dat oefenen en je bent vertrokken. Maar dat was niet zo. Het heeft mij wel geholpen." (P8)

"Op voorhand dacht ik dat de psycholoog de oplossing ging zijn voor alles, maar dat was niet." (P10)

"Ik ben vanaf het begin van de diagnose naar de psycholoog geweest, gedurende meer dan 1 jaar, maar eigenlijk heeft mij dat niet veel geholpen. Omdat ik het gevoel had dat ze iets ging benoemen, er ging rond werken en dat het voorbij zou zijn, maar zo was het niet. Dat was toch een teleurstelling. De psycholoog kon niet benoemen wat er verkeerd was.. ofwel lagen mijn verwachtingen anders." (P2)

Naast bovenstaande hulpverleners in de eerste lijn, hebben een aantal patiënten ook beroep gedaan op andere hulpmiddelen:

- **Slaaptraining**

Een patiënte volgde cognitieve gedragstherapie in kader van slaapproblemen, maar dit verliep niet zoals verwacht werd.

"Ik heb slaaptraining gevolgd dit werd aangeraden na mijn slaaponderzoek. Dat was een vorm van gedragstherapie. Het was mij echt niet goed bevallen, er waren wel een aantal goede dingen. Maar de slaaprestrictie was geen succes. De nadruk lag vooral hierop terwijl er ook nog andere facetten (ontspanning, slaapritueel, gedachten over slaap) waren." (P10)

- **Yoga**

Twee patiënten hebben yoga gedaan, beide zijn ze er heel positief over. Het helpt volgens hen vooral te ontspannen en even niet te piekeren.

> *"Ik heb het meeste baat gehad van de yoga. Die ademhalingsoefeningen. Nu nog als ik alleen thuis ben doe ik ademhalingsoefeningen, yoga en bodyscan om te ontspannen." (P10)*

- **Mindfulness**

Enkele patiënten volgden een cursus mindfulness, hierover zijn de meningen verdeeld.

> *"Ik heb mij 1.5 jaar geleden ingeschreven voor een cursus mindfulness, CM organiseerde dat. Ik deed dat omdat ik veel nadenk 's nachts, ik lig veel wakker. In die cursus had ik het gevoel dat alle medecursisten zoals mij waren. Daar heb ik geleerd om in het nu te leven en niet na te denken wat ik straks allemaal moeten doen." (P8)*

- **Bibliotherapie**

Enkele patiënten vermelden dat ze op zoek zijn gegaan naar literatuur over hun problematiek. Dit deden ze om verklaringen te vinden waarom hen dit overkwam en wat ze eraan kunnen doen. Hun zoektocht begint vaak op internet, maar echt diepgaande en goede informatie vinden ze in boeken. De geïnterviewde patiënten lazen boeken over stress, psychologie, mindfulness, burn-out.

HOE ZIET DE PATIËNT DE OPVOLGING DOOR DE HUISARTS?

In de huisartsengroepspraktijk waar het onderzoek uitgevoerd werd, zijn er twee artsen, elk hebben ze hun eigen aanpak. De ene arts laat de afspraken vooral afhangen van de patiënt zelf en plant ze niet op voorhand, dit wordt overgelaten aan de patiënt. De patiënt voorziet een afspraak wanneer hij/zij het nodig acht. Een nadeel hiervan kan zijn dat de patiënt niet durft om regelmatig een afspraak te maken (bv. Als hij/zij een arbeidsongeschiktheidsattest van een maand of meer gekregen heeft) en zo het gevoel heeft aan zijn lot overgelaten te worden.

> *"Ik ging regelmatig bij de huisarts voor een gesprek, niet op vaste tijdstippen, maar ik belde voor een afspraak wanneer ik het nodig vond of mijn medicatie op was." (P2)*

"Ik heb altijd zelf mijn afspraak gemaakt, maar de dokter zorgt ook wel dat ze je terug ziet, ze schrijft maar een bepaalde hoeveelheid medicatie voor, zodat je moet terugkomen. […] Er zijn tijden geweest dat ik wekelijks langsging, nu nog kom ik maandelijks op consultatie. Ik vond het goed hoe het gelopen was, als het verplicht zou zijn geweest, 'zoals kom binnen 2 weken terug', zou ik het gevoel hebben gehad, ik kom voor niets." (P10)

"Ik kwam thuis met een briefje van 3 maand, ik wist niet wat ik moest doen. Ik vond het moeilijk om mijn weg te vinden. Ik voelde mij op een bepaald vlak verloren, ik had niet meteen een stappenplan. In het begin had het misschien beter geweest dat er een vervolgconsult vastlag na 2 weken om de vele vragen die ik had, beantwoord te zien. Zelf vond ik het niet evident om terug te gaan, want ik had een briefje gekregen voor 3 maand, dus ik had zo iets van, waarom moet ik nu teruggaan." (P8)

De andere arts legt opvolgconsulten vast, bij elk consult wordt de volgende afspraak meteen vastgelegd. Uit de interviews blijkt dat het voordeel hiervan is dat de patiënt wel degelijk goed opgevolgd wordt en het gevoel heeft dat de huisarts betrokken is. Een mogelijk nadeel is dat de patiënt dit op termijn te veel/te frequent vindt.

"De afspraken lagen op voorhand vast. In het begin moest ik snel terugkomen, om de week, daarna om de 2 weken, daarna werd er een maand tussengelaten. Ik vond dat een goed systeem. Anders zou ik niet zoveel durven langskomen." (P3)

"Ik werd om de twee weken opgevolgd door de huisarts. In het begin was het heftig, na verloop van tijd ging het beter. Op de duur was het misschien genoeg geweest, maar ik begrijp dat hij mij verder wou opvolgen. Op het einde was het misschien een beetje te langdradig." (P7)

De bovenstaande werkwijzen hebben hun voor- en tegenstanders, de meningen bij de geïnterviewde patiënten zijn verdeeld.

KWAM DE AANPAK VAN DE HUISARTS OVEREEN MET DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT?

De geïnterviewde patiënten waren over het algemeen positief over de aanpak van hun huisarts. Ze verwachten een luisterend oor, erkenning, empathie, iemand die hen verder kan helpen met het zoeken naar oplossingen.

"Als ik terugkijk naar de voorbije jaren, toen ik vaak consulteerde met allerlei klachten waar er niet veel uitkwam. Misschien had de huisarts het vroeger moeten detecteren, maar ik besef ook dat het niet evident is." (P8)

“Ik vond het straf dat mijn huisarts het had vastgesteld, ik wist niet dat een huisarts dit ook kon. Ik dacht dat zij doorstuurden naar een psycholoog. De manier waarop hij met mij omging was heel vertrouwelijk, persoonlijk, gericht, samen op pad gaan.” (P7)

“Achteraf gezien had ik graag meer uitleg gehad over burn-out en de behandelingsmogelijkheden. De huisarts was karig met achtergrondinformatie. Voor mij had dit een grote hulp geweest zijn.” (P10)

“Ik voelde mij gesteund door de huisarts, de gesprekken waren beter dan bij de psycholoog. Er werd goed geluisterd naar mij, er werden oplossingen gezocht.” (P2)

“Ik ben tevreden over hoe het gelopen is. Als het niet goed ging met me, belde ik en kon ik langsgaan, ik kon alles aan de huisarts vertellen.” (P5)

Opvallend is dat enkele patiënten verwonderd zijn over het feit dat een huisarts ook psychische problemen behandelt, zij dachten dat deze enkel lichamelijke klachten behandelde.

4. Discussie

4.1 Samenvatting van de resultaten getoetst aan de literatuur

Zoals eerder aangehaald is er geen literatuur te vinden over de verwachtingen van patiënten met overspanning/burn-out. Wel zijn er gegevens te vinden over wat patiënten verwachten van de communicatie met hun huisarts in het algemeen. Deze literatuur kan getoetst worden aan de bevindingen van deze kwalitatieve studie.
De tien geïnterviewde patiënten met overspanning of burn-out zijn voornamelijk op zoek naar een luisterend oor, ze willen hun verhaal kwijt aan iemand die het probleem erkent en hen begrijpt. Deze rol vinden ze in de huisarts. In de meeste gevallen was de huisarts dan ook het eerste aanspreekpunt. Deze bevindingen komen overeen met de gevonden literatuur.

Verschillende patiënten consulteerden de eerste keer vooral met lichamelijke klachten, zonder in te zien dat deze symptomen een psychische oorzaak hadden. Deze patiënten verwachtten verder onderzoek om een somatische oorzaak aan te wijzen of uit te sluiten. De meest frequente klachten bij het eerste consult waren: prikkelbaarheid, hoofdpijn, spierspanning, mijden van sociaal contact, ernstige vermoeidheid, concentratiestoornissen, slecht slapen, emotioneler zijn dan gewoonlijk, twijfelen aan eigen kunnen. Deze symptomen komen overeen met wat er gevonden werd in de literatuur.
Opmerkelijk is dat andere patiënten weinig verwachtingen hebben, ze laten het over aan de huisarts. Ze vertrouwen erop dat de huisarts hen verder kan helpen en indien nodig verwijst voor verdere begeleiding/behandeling. Het is frappant dat ondanks het feit dat burn-out een topic is die tegenwoordig veel in de media komt, de patiënten niet weten wat ze kunnen verwachten van behandeling. Het valt op dat de geïnterviewde patiënten hun lot als het ware in de handen van hun huisarts leggen.

Een arbeidsongeschiktheidsattest werd door de meerderheid van de patiënten niet verwacht, er was zelfs enige overtuigingskracht nodig van de huisarts. Die weerstand komt enerzijds omdat de patiënt de ernst van het probleem nog niet inziet en anderzijds omdat er een schuldgevoel is tegenover de werkgever en collega's. Achteraf bekeken vinden ze wel dat de huisarts de situatie goed had ingeschat en dat het nodig was om even thuis te blijven van het werk.

In de literatuur zijn er geen duidelijke richtlijnen over de termijn van arbeidsongeschiktheid, een termijn van enkele weken tot enkele maanden naargelang de ernst van de symptomen wordt algemeen aanvaard. Een arbeidsongeschiktheidsattest van bv. drie maanden moet vermeden worden, dit kan mogelijks het herstel en de werkhervatting hypothekeren. Een mogelijk nadeel van het

voorschrijven van korte arbeidsongeschiktheidsattesten, bv. twee weken, is dat dat de patiënt bij een te nabij moment van mogelijkse werkhervatting, zich hierover zorgen maakt en meer daarmee bezig is dan met het herstelproces (21).

De patiënten staan weigerachtig ten opzichte van medicatie, enerzijds vinden ze hun probleem niet erg genoeg, anderzijds is er een angst voor de bijwerkingen. Een minderheid van de patiënten kreeg een benzodiazepine voorgeschreven omwille van slaapproblemen, dit was in de meeste gevallen op vraag van de patiënt. Bij de behandeling van overspanning en burn-out is er geen plaats voor medicatie. Benzodiazepines kunnen overwogen worden bij patiënten met ernstige slaapproblemen. Maar het is belangrijk dat hier informatie gegeven wordt en de inname beperkt wordt in duur (9, 20).

De stap naar de psycholoog of psychotherapeut is voor vele patiënten een grote drempel. Ze vinden hun situatie vaak niet ernstig genoeg. Maar als de huisarts hen dit aanraadt, volgen ze dit advies. Ze vertrouwen in de deskundigheid van hun huisarts. Opvallend is dat bij de meerderheid van de doorverwezen patiënten de verwachtingen niet volledig ingelost worden. Ze hebben het simplistisch idee dat de psycholoog het probleem zal benoemen en hen tools zal aanreiken om dit op te lossen, maar zo loopt het helaas niet.
De taak van de huisarts zou hierin kunnen zijn dat er tijdens de psycho-educatie getoetst wordt naar de kennis en verwachtingen van de patiënt ten opzichte van psychotherapie en waar nodig de verwachtingen bijgestuurd worden zodat de patiënt beter weet wat hij/zij kan verwachten van de psycholoog/psychotherapeut.

Andere hulpmiddelen of behandelingen die geïnterviewde patiënten met overspanning of burn-out helpen zijn: kinesitherapie, yoga, mindfulness, slaaptraining en literatuur over stress/burn-out. In de literatuur is hierover weinig te lezen. Het enige wat teruggevonden werd is dat het aanleren van yoga, meditatie/mindfulness of relaxatieoefeningen patiënten kan helpen om in het dagelijkse leven anders om te gaan met stress (21).

Wat de opvolging door de huisarts betreft zijn de meningen bij de geïnterviewde patiënten verdeeld. De twee artsen in de onderzoekspraktijk hadden elk hun eigen werkwijze: de ene legt de consulten steeds vast, de andere arts laat dit over aan de patiënt en vertrouwt erop dat de patiënt een afspraak zal vastleggen als hij/zij dit nodig acht. In de literatuur zijn hierover geen richtlijnen te vinden. Het belangrijkste is dat de patiënt een zekere opvolging krijgt. De frequentie van opvolgingsconsulten is mede afhankelijk van de ernst van de overspanning/burn-out, het herstelgedrag van de patiënt en zijn vermogen om op tijd hulp in de schakelen. De LESA geeft het advies om de patiënt ten minste om de

drie weken te zien, hierbij wordt dan nagegaan welke herstelbelemmerende en -bevorderende factoren er spelen (10).

4.2 Sterktes en zwaktes

Een grote beperking van dit onderzoeksproject is dat de onderzoekspopulatie slechts tien patiënten bevat, dit is veel te weinig om de resultaten te veralgemenen, maar voldoet wel aan de criteria van de masterproef. Het feit dat de patiënten uit dezelfde huisartsenpraktijk komen, maakt dat er te weinig heterogeniteit is op vlak van sociale achtergrond, regio, verwachtingen ten opzichte van de huisarts en opvolging door huisarts vermits het om eenzelfde beperkte groep huisartsen gaat. De meningen en verwachtingen omtrent surmenage en burn-out kunnen verschillen naargelang bovenstaande factoren.

Het betreft een kwalitatief onderzoek, namelijk een semi-gestructureerd interview, waarbij de patiënten individueel geïnterviewd werden. Dit is een interessante onderzoekvorm, want het levert veel informatie en een brede verscheidenheid aan meningen op. Alle patiënten werden door dezelfde persoon geïnterviewd en de interviews werden door diezelfde persoon geanalyseerd. Dit heeft als voordeel dat de interviews op dezelfde manier afgenomen en geïnterpreteerd worden. Anderzijds is het ook een nadeel, de resultaten worden namelijk beïnvloed door het standpunt van de onderzoeker, waardoor het te subjectief kan zijn.

De onderzoekspopulatie omvat meer vrouwen dan mannen en de meerderheid bevindt zich in de leeftijdscategorie 50 tot 60 jaar. Dit komt ongeveer overeen met de epidemiologie van overspanning, anderzijds is dit ook een beperking.

De onderzoeker heeft geen eigen patiënten geïnterviewd, zo kunnen de patiënten vrijuit spreken en zijn hun antwoorden niet beïnvloed door de arts-patiënt relatie. De collega-huisartsen brachten de patiënten aan, hierdoor kunnen ze mogelijks terughoudend zijn in hun antwoorden uit angst dat de arts die hen opvolgt te weten komt wat gezegd wordt. Nochtans werd in het begin van het interview duidelijk gecommuniceerd dat alles anoniem blijft, ook voor de collega-artsen uit de praktijk.

Nog een belangrijke beperking is dat er geen duidelijke definitie bestaat van overspanning en burn-out. Er zijn geen internationaal erkende criteria voor de diagnose van overspanning of burn-out. De inclusiecriteria voor dit onderzoek werden gebaseerd op de definitie van de LESA (10). De grens tussen burn-out en andere psychiatrische aandoeningen is dun, waardoor het in bepaalde gevallen heel moeilijk is om het onderscheid te maken. Dit kan geïllustreerd worden door het feit dat in de onderzoekspopulatie een patiënt geïncludeerd was met een mengbeeld van surmenage en post-

traumatische stressstoornis. Het onderscheid tussen een angststoornis en overspanning is soms erg klein, zeker als mensen door een gebeurtenis op het werk getraumatiseerd worden (12).

De geïnterviewde patiënten bevonden zich in verschillende stadia van overspanning/burn-out. Bij patiënten die reeds behandeld worden/waren kunnen hun verwachtingen beïnvloed worden door de behandeling van de arts of andere eerstelijns werkers. Aan de andere kant hebben patiënten die net gediagnosticeerd zijn vaak geen verwachtingen, ze kunnen zich moeilijk concentreren waardoor het moeilijk kan zijn om probleemoplossend te denken (27).

4.3 Toekomstig onderzoek

Zoals reeds aangehaald is er geen duidelijke omschrijving van de begrippen overspanning en burn-out. Het ontbreken van een duidelijke definitie en diagnostische criteria zorgen ervoor dat het als huisarts soms moeilijk is om het onderscheid te maken tussen overspanning, burn-out en andere psychische aandoeningen zoals depressie. In de praktijk is er ook niet zelden een overlap tussen twee aandoeningen. Hopelijk kan er in verder onderzoek een duidelijke definitie met diagnostische criteria ontwikkeld worden, waardoor de juiste diagnose kan gesteld worden. Gecontroleerde onderzoeken naar de behandeling van overspanning en burn-out ontbreken, waardoor algemeen geaccepteerde richtlijnen ontbreken (27).

Overspanning en burn-out worden niet vermeld in de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), hét naslagwerk over de classificatie van psychiatrische aandoeningen. Hieruit kunnen we afleiden dat ze geen psychiatrische aandoening zijn, maar waartoe behoren ze wel?

Een ander probleem is dat de termen overspanning en burn-out geen internationaal begrip kennen. Er is geen Engelstalige vertaling voor overspanning, wat het zoeken naar artikels in de internationale wetenschappelijke literatuur moeilijk maakt. Burn-out is wel een Mesh-term, maar het betreft vooral burn-out in één bepaalde professionele groep, namelijk de gezondheidszorg. In de Engelstalige literatuur worden ook andere termen gebruikt, zoals adjustment disorder, minor depression en neurasthenia, waarbij het onduidelijk is in hoeverre ze de diagnose overspanning/burn-out overlappen, dan wel als synoniemen gebruikt kunnen worden (20). In Noord-Amerika betekent burn-out een lichte, niet-medische term zonder het stigma van een psychische diagnose (28).

In dit onderzoek werden de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de eerste lijn nagegaan. Het kan interessant zijn om eens de rollen om te keren, wat is de visie van de huisarts bij patiënten met overspanning en burn-out. Voelen huisartsen zich bekwaam om deze patiënten te behandelen en

op te volgen? Wat is hun aanpak en komt deze overeen met de richtlijnen (die er momenteel nog niet zijn)?

In de Vlaamse literatuur komt de rol van de arbeidsgeneesheer amper aan bod. Dit blijkt ook uit de interviews: de rol van de arbeidsgeneesheer lijkt minimaal te zijn. De huisarts beschikt over de mogelijkheid om bij een langere periode van arbeidsongeschiktheid de hulp in te roepen van de arbeidsgeneeskundige dienst, die een overleg tussen werkgever en werknemer kan afdwingen. De bedoeling is om de patiënt reeds in het begin van zijn arbeidsongeschiktheid te laten concentreren op wat wel nog mogelijk is op werkgebied (21).

In de Nederlandse literatuur daarentegen wordt in de richtlijn overspanning en burn-out van de LESA de samenwerking tussen de huisarts, psycholoog en bedrijfsarts beschreven, zij functioneren complementair ten behoeve van de patiënt. Ze zijn op de hoogte van elkaars bedoelingen en inzet, zodat er een goede afstemming is in de behandeling van de patiënt. Gedurende het ziekteverzuimtraject heeft de bedrijfsarts een adviserende en ondersteunende rol. Bij arbeidsconflicten treed de bedrijfsarts op als bemiddelaar (10, 18).

Het zou zeer zinvol kunnen zijn om in Vlaanderen de rol van de arbeidsgeneesheer-preventieadviseur in de aanpak van overspanning en burn-out te vergroten.

5. Conclusie

Overspanning en burn-out komen steeds meer voor in onze samenleving en vormen naast een medisch probleem tevens een belangrijk maatschappelijk probleem. Het is essentieel om rekening te houden met de verwachtingen van de patiënt om zo optimale zorg te bekomen.

Patiënten met overspanning of burn-out verwachten dat hun huisarts naar hun verhaal luistert, het probleem erkent en begrip toont. De meerderheid wenst daarnaast ook dat er nagegaan wordt of er geen lichamelijke oorzaak is voor hun klachten. De patiënt vertrouwt erop dat de huisarts hem/haar verder kan helpen en begeleiden en indien nodig verwijst voor naar andere hulpverleners.

Hoewel overspanning en burn-out veel besproken zijn in de media, is het opmerkelijk dat een deel van de geïnterviewde patiënten niet goed weten wat ze kunnen verwachten van de huisarts. Opvallend is dat sommige patiënten zelfs niet wisten dat de huisarts zich bezighoudt met psychische klachten. Ook zijn de verwachtingen ten opzichte van de psycholoog niet altijd correct, waardoor de patiënt mogelijks teleurgesteld wordt. Het kan de taak van de huisarts zijn om deze verwachtingen bij te sturen.

Aangezien de incidentie van overspanning en burn-out de laatste tijd toeneemt, zou het opportuun zijn om de zorg te optimaliseren. Aan de hand van verder onderzoek kunnen er hopelijk duidelijke diagnostische criteria en richtlijnen geformuleerd worden. Zo kan de diagnosestelling correcter en eenvoudiger worden.

Daarnaast kan verder onderzoek aan het licht brengen hoe er preventieve maatregelen kunnen getroffen worden en hoe hierbij de rol van de arbeidsgeneesheer uitgebreid kan worden.

6. Referenties

1. Dewulf L. Burn-out. De Tijd. 7 januari 2017:44-5.
2. Renard H. Het grote burn-outdebat. Knack. 9 november 2016:28-34.
3. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. Journal of psychosomatic research. 2001;51(5):697-704.
4. Steel T. Bij burn-out moeten ook werkgevers verantwoordelijkheid opnemen. De Tijd. 2 december 2016:6.
5. Renout F. Fransen gaan 'offline'. De Standaard.2 jan 2017:14.
6. Lucassen P, Olde Hartman T. Kwalitatief onderzoek. Huisarts en wetenschap. 2015;58(1):19.
7. Lucassen PLBJ, Olde Hartman T. Kwalitatief onderzoek: Springer; 2007.
8. Plochg T, Van Zwieten M. Kwalitatief onderzoek. Handboek gezondheidszorgonderzoek: Houten, Bohn Stafleu van Loghum; 2007. p. 77-93.
9. Verschuren C. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Psychopraktijk. 2010;2(6):27-31.
10. Bastiaanssen MMH. LM, Terluin B, AA Vendrig AA, C.M. Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-out. Huisarts Wet 2011;54(11): 11-6.
11. Henskens LHG, Badr M. Overspanning. Huisarts en wetenschap. 2012;55(1):42.
12. Roland R, Declercq T, Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out - deel 1. Huisarts Nu. 2012;41(2):62-6.
13. Schmidt A. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? Huisarts en wetenschap. 2001;44(7):443-7.
14. Smith A. Overspanning: een zee van klachten of een bron van onderzoek? Tijdschrift voor Psychiatrie. 2001;43(3):141-9.
15. Terluin B, Winnubst J, Gill K. Kenmerken van patienten met de diagnose 'psychische surmenage'in de huisartspraktijk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 1995;139:1785-9.
16. Verkuil B, Holtrop R. Een patiënt met stress en burnout: In de huisartspraktijk: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
17. van Zweden S, Meijer Y, de Haan E, van Paassen F, Oprel D, van den Berg A, et al. Waarom duurt burn-out zo lang? Tijdschrift voor Psychotherapie. 2015;41(1):5-21.
18. Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts en wetenschap. 2015;58(4): 212-6.

19. Rovasalo A. Burn-out EBMPracticeNet2011. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918# . Geraadpleegd 2016 september 30.
20. Terluin B vDD, van der Klink J, Hulshof C, Romeijnders A. De behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2005;48(1):7-12.
21. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, ik zit erdoor!: de behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts, deel 2. Huisarts nu. 2012;41(3): 134-40.
22. Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? burn-out geestelijke gezondheidszorg overspanning spanningsklachten surmenage. Huisarts en wetenschap. 2002;45(3):700-2.
23. van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts en wetenschap. 2008;51(3):141-6.
24. van Dulmen S. De helende werking van het arts-patiëntcontact. Huisarts en wetenschap. 2001;44(11):194-8.
25. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38-43.
26. VSM Belgium bvba. Samenvatting van productkenmerken: Rodizen. 2014.
27. Schmidt A. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. Huisarts en Wetenschap.45(3):711-6.
28. Schaufeli W. Burn-out in discussie. De Psycholoog. 2007;10:534-40.

7. Bijlages

7.1 Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof.dr. Thierry CHRISTIAENS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0439	08-apr-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Welke verwachtingen hebben patiënten met overspanning/surmenage in de eerstelijn ten opzichte van hun behandelaars.
(MaNaMa Ellen Seys)
Belgisch Registratienummer: B670201628243
Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers
  via mail Dr. Ellen Seys dd. 25/03/2016 op opmerkingen EC dd. 22/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 25/03/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 25/03/2016
* Vragenlijsten dd. 25/03/2016
  Vragenlijst als leidraad voor het semi-gestructureerd interview (bijlage 3) - versie 2

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. T. CHRISTIAENS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 1/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 1/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 1/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 1/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185, B-9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0439	08-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0439

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

7.2 Goedgekeurd protocol

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

WELKE VERWACHTINGEN HEBBEN PATIËNTEN MET OVERSPANNING/SURMENAGE IN DE EERSTELIJN TEN OPZICHTE VAN HUN BEHANDELAARS?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR
- NAAM: PROF. DR. THIERRY CHRISTIAENS
- FUNCTIE: PROFESSOR HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/VAKGROEP FARMACOLOGIE
- TELEFOONNUMMER: 09/ 332 55 44
  FAX: 09 332 49 88
- E-MAIL: THIERRY.CHRISTIAENS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. ROMAIN LEFEBVRE

CO-PROMOTOR
- NAAM: DR. TOM DECLERCQ
- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/ 332 33 12
- E-MAIL: TOMRW.DECLERCQ@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER : PROF. DR. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: SEYS ELLEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478/732395
- E-MAIL: ELLEN.SEYS@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. GILBERTE WATTÉ
- ADRES: DEKEN DARRASLAAN 44, 8700 TIELT
- TELEFOONNUMMER: 051/400 225
- E-MAIL: GILBERTE.WATTE@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NVT.
- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/03/2016
- EINDE ONDERZOEK: 31/07/2017

7. SOORT ONDERZOEK

■ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- ■ INTERVIEW

■ **RETROSPECTIEF ONDERZOEK**
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ■ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: 08/2015 – 07/2017

■ **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ■ **ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)**
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…
  - ■ INTERVIEW

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

De onderzoeksvraag van dit praktijkproject is: 'Wat verwachten patiënten met surmenage/overspanning van hun behandelaars in de eerste lijn?'

Aan de hand van het elektronisch patiëntendossier zal retrospectief nagegaan worden welke patiënten in aanmerking komen om deel te nemen aan de studie. De inclusiecriteria zijn: wilsbekwame volwassenen (ouder dan 18 jaar) met overspanning, die de Nederlandse taal machtig zijn. Overspanning wordt gekenmerkt door distressklachten (zoals moeheid, prikkelbaarheid, slaapproblemen, emotionele labiliteit, piekeren, concentratieproblemen, gespannenheid) en sociaal disfunctioneren. Bovenstaande symptomen beperken het functioneren in het privé-leven en/of beroepsleven EN hangen samen met een situatie op het werk/thuis die voor de patiënt belastend is, waarbij de balans tussen draagkracht en draaglast aangetast is. Daarnaast zijn er geen aanwijzingen voor andere ernstige somatische of psychiatrische aandoeningen. De exclusiecriteria zijn: ernstige psychische comorbiditeit inclusief middelenafhankelijkheid, ernstige depressie en patiënten die door de onderzoeker zelf behandeld werden/worden. Zowel patiënten die in het verleden behandeld zijn geweest als patiënten die momenteel in behandeling zijn, komen

in aanmerking. Potentiële kandidaten zullen door hun behandelend arts telefonisch gecontacteerd worden met de vraag of er interesse in deelname is. Indien de patiënt bereid is mee te werken, zal een informatie- en toestemmingsformulier bezorgd worden en zal de onderzoeker de patiënt opbellen om een afspraak voor het interview in de praktijk vast te leggen. Dit interview zal maximaal 1 uur duren.

Er zal gebruikt gemaakt worden van een vooraf opgestelde vragenlijst die als leidraad zal dienen voor het semi-gestructureerd interview, deze is terug te vinden in bijlage. Laagdrempelige opvolging wordt voorzien in de praktijk.

Met mijn onderzoek hoop ik de verwachtingen en hulpvragen van de patiënten met surmenage/overspanning ten opzichte van hun behandelaars in de eerste lijn in beeld te brengen.

Er valt winst te verwachten voor alle partijen, zowel voor de behandelende (huis)artsen, HAIO als de (toekomstige) patiënt. De artsen zullen aan de hand van de verkregen resultaten beter kunnen ingaan op de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt. Hierdoor voelen patiënten en toekomstige patiënten met surmenage/overspanning zich beter begrepen en zal de kwaliteit van zorg verhogen.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ■ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ■ NEEN

ER IS WEL EEN SAMENWERKING MET DE ANDERE TWEE COLLEGA'S IN DE PRAKTIJK, NAMELIJK DR. GILBERTE WATTÉ (PO) EN DR. PIETER MAERTEN. ZIJ ZULLEN HELPEN DE PATIËNTEN TE RECRUTEREN (ZIE HOGER BESCHREVEN) EN OP TE VOLGEN.

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ■ JA
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ■ JA
  ER ZAL GEEN CHEMISCHE SUBSTANTIE OF IETS ANDERS TOEGEDIEND WORDEN. ER ZAL ENKEL EEN INTERVIEW AFGENOMEN WORDEN, DUS HET RISICO VOOR ZOWEL DE ZWANGERE VROUW ALS VOOR HET ONGEBOREN KIND IS NIHIL.
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: DOEL: 8-10 PROEFPERSONEN

D. LEEFTIJD : OUDER DAN 18 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE BEHANDELENDE ARTS ZAL NADAT DE GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITÉ VERKREGEN IS, DE POTENTIËLE PROEFPERSONEN TELEFONISCH CONTACTEREN EN TOESTEMMING VRAGEN OM DE UITLEG OVER HET ONDERZOEKSPROJECT TE AANHOREN EN EVENTUELE DEELNAME AAN HET PROJECT TE OVERWEGEN. BIJ INTERESSE ZAL HET INFORMATIEFORMULIER GEGEVEN WORDEN. INDIEN DE PATIËNT BEREID IS OM DEEL TE NEMEN AAN HET PROJECT ZAL DE ONDERZOEKER DE PATIËNT TELEFONISCH CONTACTEREN OM EEN AFSPRAAK VAST TE LEGGEN OM HET INTERVIEW AF TE NEMEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ■ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :
- ■ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :
- ■ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

- ❑ JA
- ■ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
- ❑ JA
- ■ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
■ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

■ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

■ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

IN DE EERSTE LIJN IS ER REEDS LITERATUUR OVER SURMENAGE EN OVERSPANNING TERUG TE VINDEN (TERLUIN, B. (2015). "INTERVENTIES BIJ OVERSPANNING EN BURN-OUT." HUISARTS EN WETENSCHAP 58(4): 212-216.). IN VELE ARTIKELS WORDT DE TERM OVERSPANNING TOEGELICHT EN EEN MOGELIJKE AANPAK BESPROKEN. OVERSPANNING WORDT GEKENMERKT DOOR DISTRESSKLACHTEN (ZOALS MOEHEID, PRIKKELBAARHEID, SLAAPPROBLEMEN, EMOTIONELE LABILITEIT, PIEKEREN, CONCENTRATIEPROBLEMEN EN GESPANNENHEID) EN SOCIAAL DISFUNCTIONEREN. BOVENSTAANDE SYMPTOMEN BEPERKEN HET FUNCTIONEREN IN HET PRIVÉ-LEVEN EN/OF BEROEPSLEVEN EN HANGEN SAMEN MET EEN SITUATIE OP HET WERK DIE VOOR DE PATIËNT BELASTEND IS, WAARBIJ DE BALANS TUSSEN DRAAGKRACHT EN DRAAGLAST AANGETAST IS. DAARNAAST ZIJN ER GEEN AANWIJZINGEN VOOR ANDERE ERNSTIGE SOMATISCHE OF PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN.
IN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR ZIJN ER AMPER ARTIKELS WAARIN GEPEILD WORDT NAAR DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

■ JA
❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

■ JA
❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
■ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

■ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN BIJWERKINGEN TE VERWACHTEN TIJDENS HET VERLOOP VAN HET ONDERZOEKSPROJECT.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

■ JA
❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DE ARTSEN UIT ONZE HUISARTSENPRAKTIJK DE WATERTOREN (DR. WATTÉ, DR. MAERTEN EN DR. SEYS). TIJDENS HET WEEKEND EN 'S NACHTS KAN DE PATIËNT TERECHT BIJ DE HUISARTS VAN WACHT.

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

■ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

■ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? HUISARTSENPRAKTIJK DE WATERTOREN: DR. WATTÉ, DR. MAERTEN, DR. SEYS. 'S AVONDS OF 'S NACHTS KAN DE ARTS VAN WACHT GECONSULTEERD WORDEN.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

/

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
■ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

■ NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

BVBA Dr. Watté Gilberte
Dekenijdreef 45 - 8700 Tielt
Tel. 051/42 02 22
Rijksr. 1.36750.02.504
0 1.36859.14.504

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 22.02.2016
NAAM : Ellen Seys
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 22.02.2016
NAAM : Dr. Watté Gilberte
HANDTEKENING :

PROMOTOR
DATUM : 8/3/2016
NAAM : Prof. Dr. CHRISTIAENS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR
DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

7.3 Vragenlijst semi-gestructureerd interview

1. Aanmeldingsklacht
    - Wat waren de lichamelijke klachten
    - Wat waren de mentale/psychische klachten
    - Waarom kwam u op dat moment bij uw huisarts?

2. Had u zelf al iets ondernomen of ergens hulp gezocht vooraleer bij de huisarts te consulteren? Zo ja, wat en bij wie?

3. Verwachtingen van het eerste consult?
    - Wat verwachtte u op medisch vlak (bloedonderzoek, verwijzing naar specialist, andere onderzoeken)?
    - Wat verwachtte u op vlak van psycho-educatie en benoeming van het probleem?
    - Wat verwachtte u van uw huisarts?

4. Welke behandeling had u voor ogen éénmaal de diagnose van overspanning/burn-out gesteld.
    - Verwachtte u medicatie?
    - Wat verwachtte u van arbeidsongeschiktheid?
    - Wat verwachtte u van de psycholoog?

5. Hoe ziet/zag u de opvolging door uw behandelende arts?

6. Wat is de rol van andere eerstelijnsmedewerkers (psycholoog, kinesitherapeut,..)? Is er een rol?

7. Kwam de aanpak van de behandelend arts overeen met de verwachtingen van de patiënt?

7.4 Informatieformulier voor de patiënt

Informatieformulier voor de patiënt

Onderzoeksproject: Wat verwachten patiënten met surmenage/overspanning van hun behandelaars in de eerstelijn?

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Ellen Seys, huisarts-in-opleiding, een onderzoeksproject waarin gepeild wordt naar de verwachtingen van patiënten met overspanning ten opzichte van hun behandelaars in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit onderzoek verloopt onder toezicht van de UGent en loopt van maart 2016 tem juli 2017.

Indien u geïnteresseerd bent en toestemming geeft om mee te werken, zal Dr. Ellen Seys u contacteren om een afspraak vast te leggen om het interview af te nemen, dit kan bij voorkeur in de praktijk. Dit is voor u volledig kosteloos. Het interview zal maximaal 1 uur duren en er zullen vragen gesteld worden over de periode wanneer u er even door zat, het even niet meer zag zitten. Het gesprek zal worden opgenomen op een recorder en er kunnen notities genomen worden. Uw persoonlijke en klinische gegevens worden tijdens deze studie gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. De geluidsopnames worden na het afronden van het onderzoeksproject verwijderd en zullen absoluut niet gebruikt worden door derden (dit in overeenstemming met de wet op de privacy en het beroepsgeheim). Er kunnen bijkomende gegevens uit uw medisch dossier gehaald worden en de onderzoeker kan eventueel nog telefonisch contact opnemen met u indien er onduidelijkheden zouden zijn.

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Als u deelneemt aan de studie wordt gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen, waarin u toestemming geeft om mee te werken aan het onderzoek. Deelname is volledig vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken uit de studie zonder dat dit voor u nadelige gevolgen heeft.

Indien u nog bijkomende vragen hebt, aarzel absoluut niet om contact met mij of behandelend arts op te nemen!

Alvast bedankt voor de interesse en medewerking!

Dr. Ellen Seys
Huisarts-in-opleiding

7.5 Toestemmingsformulier voor de patiënt

Toestemmingsformulier voor de patiënt

Onderzoeksproject: Wat verwachten patiënten met surmenage/overspanning van hun behandelaars in de eerste lijn?

Ik, ondertekende, ……. verklaart hierbij dat ik voldoende geïnformeerd ben over het onderzoeksproject en toestem om deel te nemen. Hierbij ga ik akkoord met onderstaande voorwaarden:

1. Ik ben goed geïnformeerd door mijn behandelend arts en heb het informatieformulier grondig doorgenomen en begrepen.
2. Deelname aan het project is volledig vrijwillig, dit betekent ook dat u op elk moment uit de studie kan stappen zonder dat dit nadelige gevolgen heeft voor u.
3. Er worden audio-opnames gemaakt van het interview, deze worden niet gedeeld met derden. Na afronding van het onderzoeksproject worden de opnames vernietigd.
4. Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.
5. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.
6. Dr. Ellen Seys, huisarts-in-opleiding, heeft inzage in uw dossier en mag gegevens hieruit gebruiken voor het onderzoek. Zij mag u opbellen indien dit nodig zou zijn.

Naam arts/onderzoeker:	Naam patiënt:
Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening