De aanpak van overspanning
Een kwaliteitsbevorderend project

Anneleen Peeters, KU Leuven

Promotoren: em. prof. dr. Marc Van Nuland, KU Leuven
prof. dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Co-promotor: dr. Kristien Coteur, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

DANKWOORD

Een kwaliteitsbevorderend project opstellen en uitvoeren was voor mij nieuw, net zoals het schrijven van een wetenschappelijk artikel. Het uitwerken van deze masterproef was daarom geen evidentie. Daarom wil ik graag enkele mensen bedanken die dit project mede mogelijk hebben gemaakt.

Vooreerst wil ik mijn eerste promotor em. prof. dr. Marc Van Nuland bedanken voor zijn hulp bij het leren kennen van een kwaliteitsbevorderend project en vervolgens zijn gulle adviezen, kritische bemerkingen en veelvuldige aanmoedigingen bij het uitwerken van mijn eigen kwaliteitsbevorderend project.

Verder bedank ik ook graag mijn tweede promotor prof. dr. Birgitte Schoenmakers en mijn co-promotor dr. Kristien Coteur, die mij vervolgens met raad en daad bijstonden bij het uitwerken van deze masterproef in de vorm van een wetenschappelijk artikel.

Uiteraard bedank ik ook al mijn collega's uit de huisartsenpraktijk 'Huisarts en Co' voor de fijne samenwerking voor dit project, zonder hun enthousiasme en motivatie was dit project niet mogelijk geweest. Ook een dankjewel aan de collega's uit 'Huisartsenpraktijk Bergheem' voor hun adviezen en commentaren bij het nalezen van mijn tekst.

Ten slotte bedank ik ook nog graag de mensen die ook aan het thuisfront altijd voor mij klaarstonden en luisteren naar mijn monologen over dit project.

Maar bovenal wil ik ook mijn allerliefste partner Joren bedanken voor alle hulp en steun. Woorden schieten hiervoor tekort, maar ik kan proberen… Bedankt voor de nodige expertise en commentaren bij het schrijven van dit wetenschappelijk artikel. Bedankt voor de onuitputtelijke steun en adviezen. Bedankt voor het luisteren. Bedankt om zowel mijn gas- als rempedaal te zijn op alle juiste momenten. Bedankt voor wie je bent en wie je ook zal zijn voor dat andere wondermooie project… onze dochter.

Anneleen Peeters

ABSTRACT

Huisartsen stellen steeds vaker de diagnose ‘overspanning’. Deze diagnose wordt gekenmerkt door spanningsklachten, een gevoel van controleverlies en een disfunctioneren als gevolg van een disbalans in draagkracht en draaglast in zowel maatschappelijke, werkgerelateerde en privé-domeinen. Voor diagnose en beleid in de huisartsenpraktijk bestaan momenteel een aantal richtlijnen die ondersteuning en houvast bieden, maar ze zijn vaak niet goed gekend waardoor consultaties moeizaam verlopen. Dit kwaliteitsbevorderend project heeft als doel de consultvoering in het kader van overspanning te vergemakkelijken voor huisartsen in de multidisciplinaire groepspraktijk ‘Huisarts en Co’. De NHG standaard ‘Overspanning en burn-out’ en de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus vormen de basis van dit onderzoek. Uit verschillende focusgroepgesprekken met de deelnemende huisartsen kwamen drie prioritaire werkpunten naar voren: ‘stagnatie’, ‘return to work’ en ‘verwijzing’. Op basis van concrete doelstellingen per werkpunt werd een actieplan ontwikkeld en geïmplementeerd in de praktijk, bestaande uit een flowchart, een bijbehorende leidraad, een flyer over de arbeidsarts en een psychosociale kaart. De flowchart benadrukt de stapsgewijze aanpak bij overspanning met bijbehorende richttermijnen en is een tool dat alle huisartsen wensen te blijven gebruiken in de toekomst. De implementatie van dit actieplan zorgde voor nieuwe gewoontes en een betere bewustwording van het begrip overspanning bij de deelnemende huisartsen in de groepspraktijk ‘Huisarts en Co’.

1 INLEIDING

Overspanning is een veelvoorkomend en actueel probleem. Volgens de NHG Standaard 'Overspanning en burn-out' is overspanning een combinatie van spanningsklachten, een gevoel van controleverlies en een disfunctioneren, dewelke niet het gevolg zijn van een psychiatrische stoornis. Deze definitie werd in 2011 voor het eerst voorgesteld in de 'Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals' door het NHG, NVAB en LVE. Het invoeren van deze definitie liet in eerste instantie toe om overspanning te koppelen aan meer dan alleen werkgerelateerde klachten. Overspanning komt voort uit een disbalans in draagkracht en draaglast in zowel maatschappelijke, werkgerelateerde en privé-domeinen. (1,2,3)

In de differentiaal diagnose van overspanning staan ziektebeelden zoals depressie, burn-out, angststoornissen en zelfs chronisch vermoeidheidssyndroom. Bij depressie staat anhedonie op de voorgrond en worden de schuldgevoelens eerder bij zichzelf gelegd, terwijl bij overspanning voornamelijk gevoelens van uitputting verwacht worden en de schuld voornamelijk buiten zichzelf gelegd wordt. Bij angststoornissen ligt de nadruk vooral op de angstige beleving. Bij chronisch vermoeidheidssyndroom staat als allesoverheersende klacht onafgebroken vermoeidheid op de voorgrond. Wanneer de klachten langer dan zes maanden aanhouden en voornamelijk vermoeidheid en uitputting op de voorgrond staan, is burn-out een meer waarschijnlijke diagnose. (1,2,4)

Naast overspanning worden er ook andere termen gebruikt om deze diagnose te omschrijven. Zo wordt deze diagnose in de ICPC gedefinieerd als 'neurasthenie/surmenage' onder code P78 of als 'acute stressreactie' onder code P02. In de internationale literatuur worden termen zoals 'adjustment disorder', 'burnout', 'neurasthenia', 'nervous breakdown' en 'distress' gebruikt. Volgens de epi-tool van INTEGO zijn zowel prevalentie als incidentie van de diagnose 'neurasthenie/surmenage' over de afgelopen jaren enorm toegenomen. De prevalentie per 1000 patiënten is gestegen met een factor 11 (van 2,34 naar 24,96) van het jaar 2000 tot het jaar 2021. De incidentie per 1000 patiënten voor diezelfde periode is gestegen met een factor 12 (van 1,07 naar 13,04). Dat wil zeggen dat artsen steeds vaker geconfronteerd worden met consultaties waarin overspanning hoofdzaak of een bijkomende factor is, of het alleszins vaker oppikken en noteren in hun dossier. (5)

Voor diagnose en beleid in de huisartsenpraktijk bestaan er tot op heden slechts enkele richtlijnen. Zo zijn er in Nederland bijvoorbeeld de NHG standaard 'Overspanning en burn-out', de GGZ zorgstandaard 'Aanpassingsstoornis (inclusief overspanning en burn-out)' en de 'Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals' door de NVAB. (2,6,7) Er is echter nog geen Vlaamse richtlijn voor deze problematiek. Domus Medica gaf in 2012 wel reeds een aanzet tot ondersteuning bij diagnose en beleid van overspanning in een tweeledig artikel 'Help, ik zit erdoor!'. (4,8)

De bestaande richtlijnen bieden ons een belangrijke houvast en reiken hulpmiddelen aan waarmee huisartsen aan de slag kunnen gaan, maar ze zijn vaak niet goed gekend en worden daardoor te weinig gebruikt. Enkele voorbeelden van hulpmiddelen zijn het KOP model, de 4DKL vragenlijst, het weegschaalmodel, verschillende schrijfopdrachten, ontspanningsoefeningen, zelfhulpinterventies en mindfulness. Toch is de rode draad qua behandeling in deze verschillende richtlijnen dat er wordt uitgegaan van een gestructureerde zorg die in fases verloopt. Omdat de behandeling van overspanning ook steeds afhankelijk is van de patiënt die voor je zit, is er geen vaste manier van werken met al deze hulpmiddelen. Dit maakt het vaak moeilijk om door het bos de bomen te zien. De diagnose, consultvoering en begeleiding van patiënten met overspanning zijn dus niet altijd eenduidig, aangezien huisartsen het probleem onderling verschillend aanpakken. (1,3,9)

In dit kwaliteitsbevorderend project wordt op zoek gegaan naar manieren om op basis van de bestaande NHG standaard 'Overspanning en burn-out' consultvoering in het kader van overspanning te vergemakkelijken voor huisartsen in de groepspraktijk 'Huisarts en Co'.

2 METHODEN

2.1 SETTING EN ONDERZOEKSPOPULATIE

Dit project werd uitgevoerd in de multidisciplinaire groepspraktijk 'Huisarts en Co' te Booischot, een deelgemeente van Heist-op-den-Berg in de provincie Antwerpen, met in totaal vijf deelnemende huisartsen. In de praktijk 'Huisarts en Co' waren er in maart 2023 in totaal 6895 patiënten in het patiëntenbestand opgenomen, waarvan 4802 patiënten hun globaal medisch dossier (GMD) in de praktijk hadden. Voor een incidentie van 13,04 (2021, INTEGO) op 1000 patiënten per jaar, werd de incidentie in deze praktijk rond 63 patiënten per jaar verwacht. In de toepassingsperiode van het actieplan van zes maanden werden daarom ongeveer 30 patiënten met overspanningsklachten verwacht voor alle artsen samen.

2.2 ONDERZOEKSOPZET

Het vertrekpunt in dit project was de NHG standaard. Dit is een gestructureerde richtlijn die ons de nodige hulpmiddelen kon aanreiken. Als onderzoeksmodel werd gebruik gemaakt van de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus en het model for improvement. (10)

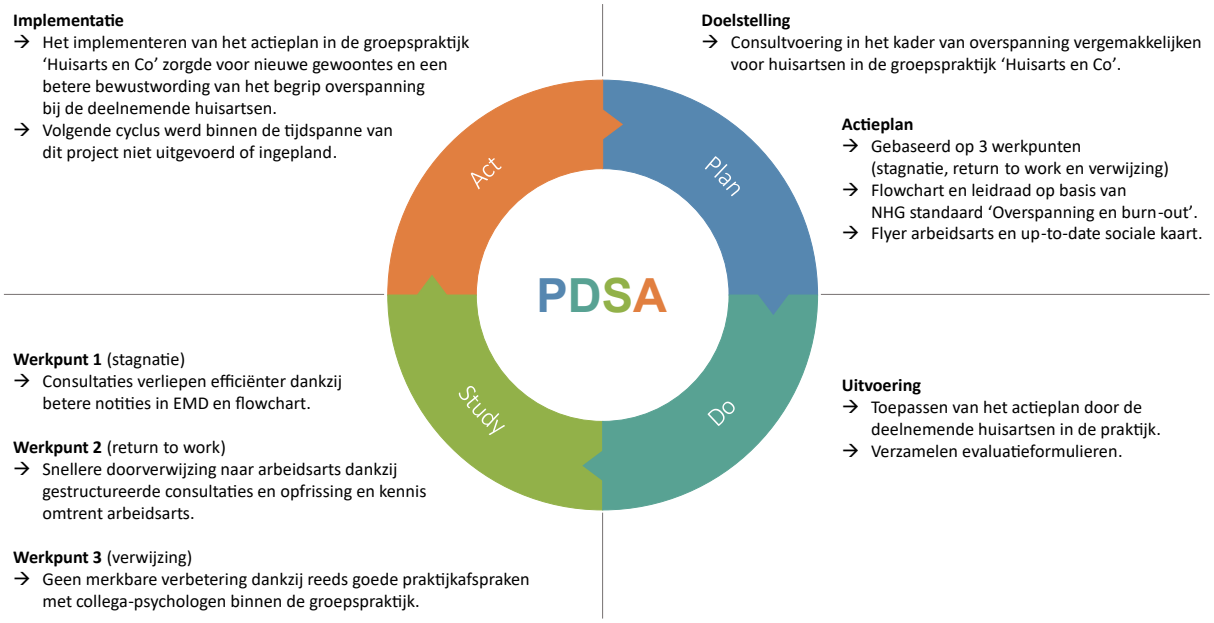
2.3 DATAVERZAMELING- EN ANALYSE

In twee focusgroepgesprekken werd achtereenvolgens de standaard toegelicht aan de deelnemende huisartsen en op basis hiervan samen naar concrete werkpunten gezocht. Vervolgens werden deze werkpunten in een actieplan verwerkt (*Plan*). Tot slot werd dit actieplan toegepast in de praktijk (*Do*). Tijdens de toepassingsperiode van het actieplan werden er door de huisartsen na elke consultatie met betrekking tot overspanning evaluatieformulieren ingevuld (*Do*). Dit evaluatieformulier (zie bijlage 7.1) bood de mogelijkheid om volgende elementen in te vullen: de algemene gegevens van de invullende huisarts, leeftijd en geslacht van de patiënt, een contextuele schets van de consultatie, de gebruikte onderdelen/werkpunten van het actieplan, de algemene beleving van de consultatie een algemeen besluit. Het opzet van dit evaluatieformulier was te komen tot een korte reflectie door de arts na de consultatie. Daarnaast fungeerde deze ingevulde formulieren als een houvast voor het laatste focusgroepgesprek (*Study*), waarin besproken werd of het actieplan in de praktijk geïmplementeerd zou kunnen blijven, aangepast moest worden of diende te worden verworpen (*Act*). Er werd in totaal dus één PDSA cyclus volledig doorlopen (zie figuur 1).

3 RESULTATEN

3.1 FOCUSGROEPGESPREK 1

Het eerste focusgroepgesprek op 2 juni 2023 was bedoeld om een beter inzicht krijgen in de know-do gap binnen de praktijk, alsook het vastleggen van enkele mogelijke werkpunten gebaseerd op de NHG standaard 'Overspanning en burn-out' om deze know-do gap te verkleinen (*Plan*). Voorafgaand aan het gesprek werden de deelnemende huisartsen reeds ingelicht over de doelstellingen van het project en welke richtlijn er gebruikt zou worden. Als startpunt werd er bevraagd of de NHG standaard gekend



Figuur 1: PDSA cyclus

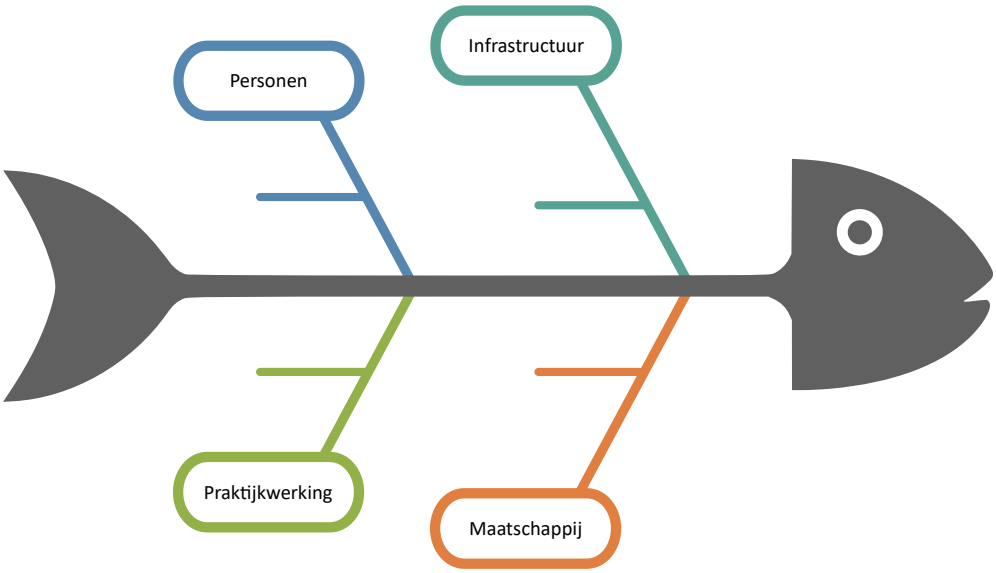
was bij de huisartsen aan de hand van enkele gestructureerde inleidende vragen. Vier van de vijf huisartsen in de praktijk wisten van het bestaan van de NHG standaard. Na de inleidende discussie werd de NHG standaard doorlopen en toegelicht, waarna er werd nagegaan wat bekend was en waar het anders verliep in de praktijk. De inhoud van de NHG standaard bleek echter niet meer bij iedereen volledig gekend. Zo kwam er bijvoorbeeld veel aandacht naar voren voor het uitsluiten van somatisch onderliggende oorzaken van overspanningsklachten aan de hand van een lichamelijk onderzoek (en eventueel aanvullende onderzoeken). Er kwamen meerdere obstakels naar voren die de consultaties moeilijk maakten voor de huisartsen: tijdnood in de agenda, geen progressie maken, ziektewinst, moeizame return to work, weinig gemotiveerde patiënten, weinig voldoening en moeilijke doorverwijzingen met lange wachttijden voor psychische hulpverlening. Uit verdere discussie van deze know-do gaps en de NHG standaard volgden vier werkpunten voor de praktijk: 'return to work', 'stagnatie', 'verwijzing' en 'middelenmisbruik'.

3.2 VISGRAATANALYSES

Na het eerste focusgroepgesprek volgde er een korte periode voor individuele reflectie door de huisartsen. De huisartsen maakten elk voor zich een individuele contextanalyse per vastgelegd werkpunt aan de hand van een visgraatdiagram (zie figuur 2) en rangschikten de werkpunten vervolgens naar eigen prioriteit. Deze contextanalyse was bedoeld om na te gaan welke interne factoren (personen, infrastructuur en praktijkwerking) en maatschappelijke factoren ervoor zorgden dat er van het onderwerp een werkpunt werd gemaakt. De visgraatanalyses werden vervolgens opgehaald en geanalyseerd door de onderzoeker ter voorbereiding van het volgende focusgroepgesprek. Uit analyse van alle visgraatdiagrammen samen volgde 'stagnatie' als meest prioritaire werkpunt, gevolgd door 'return to work' op de tweede plaats, 'verwijzing' op de derde plaats en 'middelenmisbruik' als minst prioritaire werkpunt.

3.3 FOCUSGROEPGESPREK 2

Tijdens het tweede focusgroepgesprek, dat plaats vond op 16 juni 2023, zijn de finale werkpunten en concrete praktijkafspraken overeengekomen, die vervolgens in een actieplan verwerkt zijn (*Plan*). Hierbij werden de contextanalyses per werkpunt in volgorde van zijn gemeenschappelijke prioriteit



Figuur 2: Visgraatdiagram

besproken. Tijdens deze discussie kwamen meer concrete doelen en suggesties tot verandering naar voren. Er werd na overleg uiteindelijk gekozen om verder te gaan met de drie meest prioritaire werkpunten: 'stagnatie', 'return to work' en 'verwijzing'. Middelenmisbruik als minst prioritaire werkpunt werd niet verder opgenomen, om het project doelgericht en overzichtelijk te houden.

Voor 'stagnatie', het meest prioritaire werkpunt, kwam als eerste pijnpunt naar voren: notities maken in het EMD. De notities die gemaakt worden bij consultaties met overspanning waren vaak te beperkt. Er werd daarom afgesproken aandacht te hebben voor het noteren van de gemaakte afspraken en doelen tussen huisarts en patiënt bij het gedeelte 'Planning' in het SOEP-model van de consultatie in het EMD. Dit maakte het mogelijk om aan het einde van een consultatie deze afspraken en doelen te overlopen zodat huisarts en patiënt op eenzelfde golflengte kwamen te zitten. Verder was er ook de suggestie om de sociale kaart te updaten, omdat deze verouderd was. Er werd ook afgesproken dat voor psychosociale problemen patiënten niet tussen collega's intern wisselden, maar er voor zulke problemen één vaste huisarts werd gekozen door de patiënt. Deze huisarts was daarbij zelf ook verantwoordelijk voor het inplannen van een vervolgafspraak op een gepast tijdstip. Per uitzondering kon bij overmacht natuurlijk wel een collega worden geraadpleegd, maar die collega verlengde de arbeidsongeschiktheid slechts zolang nodig was om de periode van afwezigheid te overbruggen. Wat betreft diagnostiek die niet altijd even vlot verliep of even duidelijk was, werd hiervoor als vaste tool de 4DKL vragenlijst voorgesteld.

Voor 'return to work', het tweede werkpunt, kwam als grootste moeilijkheid het gebruik van en kennis over de arbeidsarts naar voren. Er werd namelijk niet consistent nagedacht om al dan niet de arbeidsarts te betrekken, omdat dit vaak omslachtig is en huisartsen niet altijd goed weten wat wel en niet gedeeld mag worden met de arbeidsarts. Patiënten en huisartsen wisten verder niet altijd wie de arbeidsarts was of waar ze de contactgegevens van de arbeidsarts konden raadplegen. Om hier efficiënter te werk te gaan werd een kant-en-klaar stappenplan opgemaakt voor de patiënt met instructies om de contactgegevens en nodige informatie omtrent de arbeidsarts gemakkelijk terug te vinden, zodat zij tijdig zelf contact konden opnemen met hun arbeidsarts. Hierbij werd de afspraak gemaakt om bij 'notities' in het EMD de personalia te noteren van de arbeidsarts eens deze gegevens bekend waren.

Voor 'verwijzing', het laatste werkpunt, werd opgemerkt dat er voor overleg met en verwijzing naar paramedici reeds vooraf bestaande afspraken binnen de multidisciplinaire groepspraktijk bestonden.

Er kwam als suggestie naar voren dat patiënten zelf hun afspraak moeten vastleggen bij de psycholoog. Patiënten vroegen vaak naar de kostprijs van psychische hulp, maar aangezien dit zo verschillend is tussen zorgverleners en mutualiteiten, werd afgesproken om de patiënt voor deze vragen rechtstreeks door te verwijzen naar de mutualiteit.

3.4 ACTIEPLAN

De onderzoeker werkte vervolgens een actieplan uit, samengesteld uit meerdere tools in verschillende vormen, op basis van de NHG standaard en de vastgelegde praktijkafspraken met als doel de overeengekomen werkpunten aan te pakken binnen de praktijk (*Plan*). Als eerste tool werd een flowchart uitgewerkt (zie figuur 3) dewelke een kant-en-klaar overzicht biedt om mee aan de slag te gaan voor, tijdens en na de consultatie. De flowchart benadrukt de stapsgewijze aanpak bij overspanning met bijbehorende richttermijnen. Aansluitend werd als tweede tool een leidraad (zie bijlage 7.2) toegevoegd om extra informatie te voorzien bij de flowchart, beknopter dan de NHG standaard en aangevuld met informatie over de arbeidsarts. Als derde tool werd vervolgens een flyer over de arbeidsarts opgemaakt (zie bijlage 7.3), met hierin informatie over de arbeidsarts en concrete stappen om de personalia van de arbeidsarts te raadplegen. Als laatste en vierde tool werd ook een interne up-to-date psychosociale kaart uitgewerkt (zie bijlage 7.4).

Op 29 september 2023 werd dit actieplan voorgesteld en vervolgens van 2 oktober 2023 tot en met 31 maart 2024 toegepast door de huisartsen in de praktijk (*Do*).

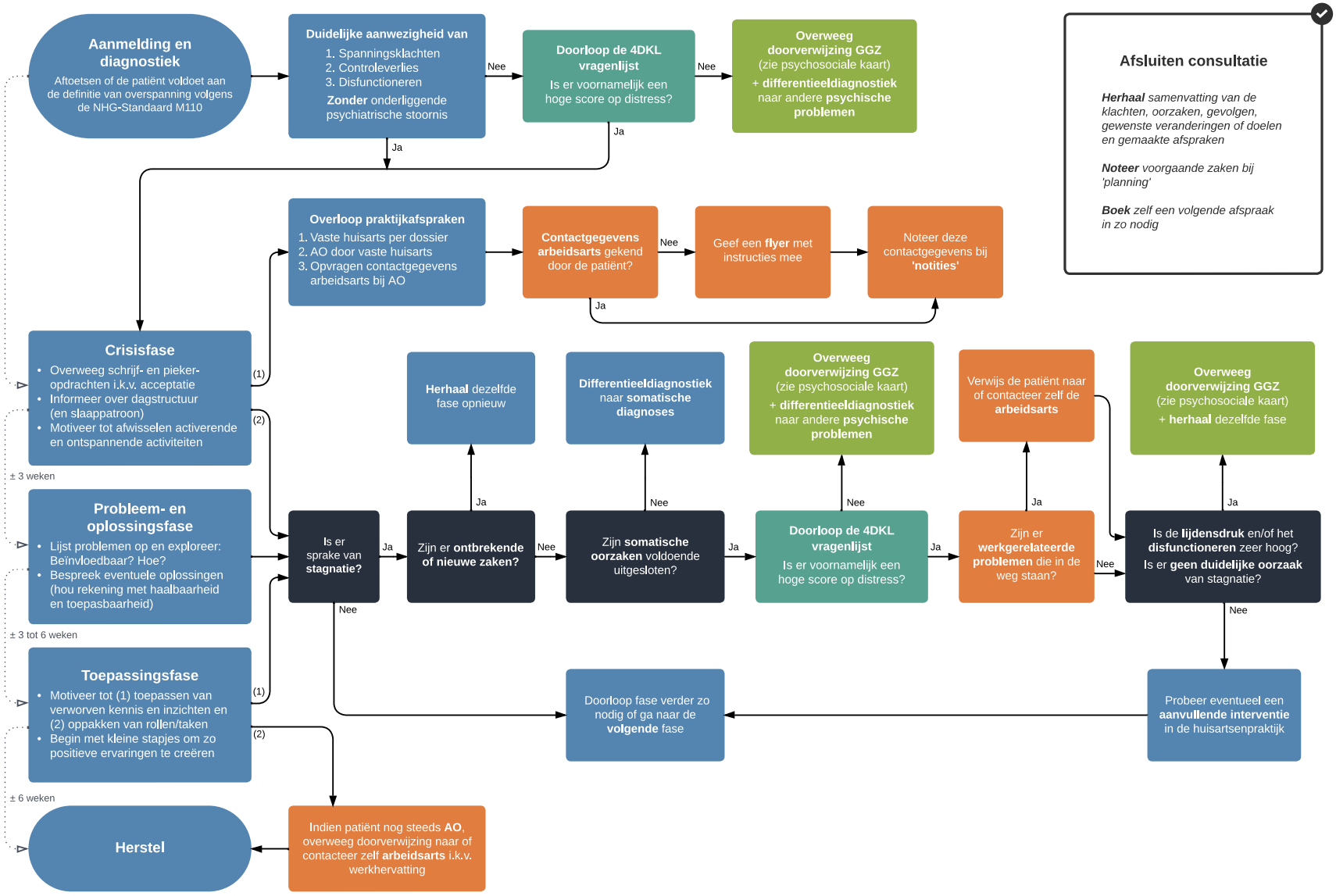
3.5 EVALUATIEFORMULIEREN

Na de toepassingsperiode van het actieplan werden alle evaluatieformulieren door de onderzoeker verzameld en geteld om een schatting te maken van de onderzoekspopulatie (*Study*). Er werden in totaal 63 evaluatieformulieren ingevuld, die konden worden herleid naar 34 verschillende patiënten. Dit aantal is in overeenstemming met de vooraf geschatte onderzoekspopulatie aan de hand van de epi-tool van INTEGO.

3.6 FOCUSGROEPGESPREK 3

Op 31 mei 2024 vond ten slotte een laatste focusgroepgesprek plaats om feedback te verzamelen over het uitgevoerde actieplan en zo te bepalen of dit actieplan voldeed aan de vooropgestelde doelen van het project (*Study-Act*).

Voor het eerste werkpunt, ‘stagnatie’, werd aanzienlijke vooruitgang geboekt. Er werd goed gebruik gemaakt van de gemaakte praktijkafspraken, met name aandacht hebben voor notities en aanstelling van een vaste huisarts per patiënt met overspanning. Door meer aandacht te besteden aan notities verliepen consultaties efficiënter. De 4DKL-vragenlijst werd indien nodig toegepast om een correcte diagnose te kunnen stellen. De flowchart diende als houvast en structuur tijdens consultaties en werd soms ook gebruikt om te tonen aan de patiënt als leidraad, ter motivatie en ter situering van de consultatie in het geheel, met als gevolg een vlottere communicatie met de patiënt. De flowchart is de tool van het actieplan die het meest werd gebruikt. De flowchart is een item dat alle huisartsen wensen te blijven gebruiken in de toekomst, in de huidige bestaande vorm, al dan niet afgedrukt. De bijbehorende leidraad bleek nodig als achtergrondinformatie en ter voorbereiding van het gebruik van de flowchart, maar werd verder niet actief gebruikt. Door het opfrissen van informatie rond de arbeidsarts werd hier in de flowchart ook meer aandacht aan gegeven en vroegen de huisartsen systematisch deze gegevens op, wat op deze korte tijd een gewoonte was geworden bij alle huisartsen.



Figuur 3: Flowchart actieplan

Voor het tweede werkpunt, ‘return to work’, werden nieuwe gewoontes ontwikkeld. Dankzij een betere structuur van de consultaties enerzijds en opfrissing van kennis omtrent de arbeidsarts anderzijds, grepen de huisartsen sneller naar een verwijzing naar de arbeidsarts met werkhervatting als gemeenschappelijk doel. Het doorverwijzen naar de arbeidsarts en het bespreken en benoemen van het belang van werkhervatting werden op deze enkele maanden een gewoonte voor alle huisartsen. De flyer met betrekking tot de arbeidsarts werd initieel wel doorgenomen door alle huisartsen, maar nadien werd deze flyer nog zelden gebruikt of uitgedeeld. De flyer diende hoofdzakelijk als hulpmiddel voor het opzoeken van de personalia van de arbeidsarts door huisarts of patiënt.

Wat betreft het derde werkpunt, ‘verwijzing’, waren er geen merkbare verschillen. Dit verliep goed, mede door de goede praktijkafspraken met enkele collega-psychologen binnen de groepspraktijk. Zowel patiënten als huisartsen worden echter vaak geconfronteerd met maatschappelijk structurele problemen zoals de hoge kostprijs en lange wachtlijsten voor psychische zorg, wat doorverwijzing bemoeilijkt. De opgestelde up-to-date psychosociale kaart werd door niemand gebruikt. Voor doorverwijzing maakte iedereen gebruik van een eigen sociale kaart samengesteld op basis van goede praktijkafspraken met enkele collega-psychologen.

4 BESPREKING

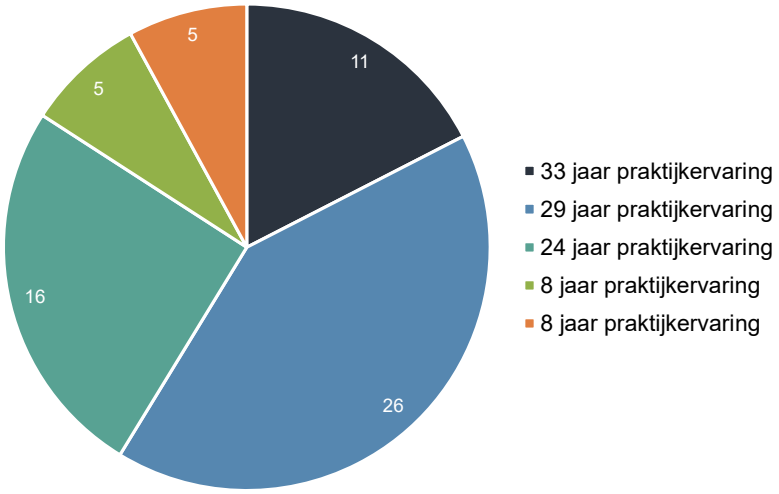
Het toelichten van de NHG standaard, het opstellen van concrete werkpunten voor de huisartsenpraktijk ‘Huisarts en Co’ en het implementeren van een actieplan zorgde voor nieuwe gewoontes en een betere bewustwording van het begrip overspanning bij de deelnemende huisartsen. Volgende secties gaan dieper in op implementatie in de praktijk, de huisarts als spilfiguur, de arbeidsongeschiktheid en de arbeidsarts, en de lange wachtlijsten en hoge kostprijs voor psychische hulp. Een kort overzicht van de sterktes en beperkingen van het onderzoek sluit de bespreking van de resultaten af.

4.1 IMPLEMENTATIE IN DE PRAKTIJK

Door de tijdspanne van dit project in de groepspraktijk, werden nieuwe gewoontes gecreëerd bij de huisartsen, wat betreft de werkpunten ‘stagnatie’ en ‘return to work’. Voor het werkpunt ‘verwijzing’ vielen de collega’s terug in hun oude gewoontes. Implementatie van deze gewoontes in hun dagelijks functioneren verzekert de duurzaamheid van het project naar de toekomst toe. Er werden echter geen concrete afspraken gemaakt om deze gewoontes in de toekomst terug onder de loep te nemen of een manier gezocht om er blijvend aandacht voor te hebben. De huisartsen beschikken over de nodige materialen onder de vorm van flowchart, leidraad en flyer van de arbeidsarts, en zullen hier verder individueel mee aan de slag gaan.

4.2 DE HUISARTS ALS SPILFIGUUR

Huisartsen voelen zich als vertrouwenspersoon van de patiënt in een centraal geplaatste rol wanneer het gaat om psychosociale problemen zoals overspanning, maar huisartsen voelen zich niet altijd even zelfzeker in die centrale rol. Huisartsen met meer praktijkervaring namen deze consultaties binnen de praktijk voor het grootste deel voor hun rekening (zie figuur 4). In dit project werd getracht de huisarts zo centraal mogelijk te plaatsen, gewapend met voldoende praktische houvast op basis van de bestaande NHG standaard. De aangeboden structuur in het actieplan van dit project, voornamelijk onder vorm van de flowchart, hielp ook minder ervaren huisartsen om zich meer zelfzeker te voelen tijdens consultaties betreffende overspanning.



Figuur 4: Aantal ingevulde evaluatieformulieren per deelnemende huisarts

4.3 ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN DE ARBEIDSARTS

Alle huisartsen ervaren een moeilijke verhouding tegenover het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid in het kader van overspanning. Het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid staat vaak centraal in de consultatie, met daarbij als hoofdzaak het in orde maken van papierwerk, terwijl de focus zou moeten liggen op het herstel en maatschappelijke re-integratie van de patiënt. Het viel ook op dat er door moeilijke vooruitgang in de consultaties vaak langer arbeidsongeschiktheid werd voorgeschreven dan de NHG standaard adviseert. De aangeboden structuur in de opgestelde flowchart en bijbehorende leidraad maakte hier een beduidend verschil. De huisartsen voelden zich meer zelfzeker bij doorverwijzing naar de arbeidsarts, beperkten de arbeidsongeschiktheid waar nodig en legden de focus op een concrete aanpak van het probleem en herstel.

4.4 WACHTLIJSTEN EN KOSTPRIJS PSYCHISCHE HULP

Eerstelijns doorverwijzingen naar psychologen en loopbaancoaches gebeuren vaak op adequate momenten en terecht, maar verlopen niet altijd even vlot door lange wachtlijsten en hoge kostprijs voor de patiënt. Huisartsen kiezen daarom vaak om een deel van die psychologische hulp zelf in te vullen, maar het vinden van een goede balans is vaak lastig. Eerdere verwijzingen binnen deze multidisciplinaire groepspraktijk zijn altijd al vlot verlopen dankzij goede afspraken met collega-psychologen intern. Desondanks het project hierin geen verbetering bracht, kan de actualisering van de psychosociale kaart wel een voorbeeld betekenen voor omliggende praktijken.

4.5 STERKTES EN BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het betreft hier een kwaliteitsbevorderend project op niveau van één groepspraktijk, uitgevoerd door één onderzoeker. Er kan op basis van het aantal ingevulde evaluatieformulieren besloten worden dat de deelnemende huisartsen het actieplan hebben toegepast waar mogelijk. Er werd slechts één PDSA cyclus doorlopen, om de resultaten overzichtelijk en beperkt te houden, alsook de haalbaarheid van het project te garanderen binnen de beperkte duur van dit project als masterproef. Dit praktijkproject kan een voorbeeld zijn voor andere praktijken. In de toekomst kunnen de aangewende methoden in dit project toegepast worden in andere huisartsenpraktijken om de leidraad en flowchart verder te verfijnen. Een kwaliteitsbevorderend project is een meerwaarde in elke huisartsenpraktijk. Het zet aan tot nadenken, bekijken wat er beter kan en doorbreken van de vaste gewoontes, wat impliciet leidt tot het verbeteren van de patiëntenzorg.

5 BESLUIT

Het toepassen van een kwaliteitsbevorderend project in het kader van overspanning bij patiënten in de groepspraktijk ‘Huisarts en Co’ creëerde een doelgerichtere aanpak tijdens de consultaties en zorgde voor een vlottere behandeling van patiënten met overspanning in het algemeen. De deelnemende huisartsen hebben de indruk patiënten met overspanning een betere zorg te kunnen aanbieden en zijn tevreden met de verbeteringen die zijn voortgevloeid uit dit kwaliteitsbevorderend project.

6 BRONNEN

1. Schmidt A. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? H&W [internet]. 2001 [geraadpleegd op 28 maart 2023];44(7):283-7. Beschikbaar via https://www.henw.org/system/files/download/henw-2001-7-283.pdf/.
2. NHG. M110 - Overspanning en burn-out [internet]. NHG; november 2018 [geraadpleegd op 19 maart 2023]. Beschikbaar via https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/64_Overspanning%20en%20burn-out_november-2018.pdf/.
3. Bastiaanssen M, Loo M, Terluin B, Vendrig L, Verschuren C, Vriezen J. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak, overspanning en burn-out. H&W [internet]. December 2011 [geraadpleegd op 28 maart 2023];54(12):11-6. Beschikbaar via https://www.henw.org/system/files/download/hw1112-L11.pdf/.
4. Rogiers R, Declerq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out - deel 1. Huisarts Nu [internet]. Maart 2012 [geraadpleegd op 19 maart 2023];41(2):62-6. Beschikbaar via https://www.huisartsnu.be/system/files/huisartsnu/41/2/20120207-Hanu-Help-ik-zit-erdoor.pdf/.
5. KU Leuven Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde. INTEGO [databank]. KU Leuven; 1990 [Geüpdated in 2023, geraadpleegd op 19 maart 2023]. Beschikbaar via https://www.intego.be/resultaten/tool/.
6. GGZ. Aanpassingsstoornis (inclusief overspanning en burn-out) [internet]. GGZ Standaarden; juli 2021 [geraadpleegd op 19 maart 2023]. Beschikbaar via https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/aanpassingsstoornis-incl-overspanning-en-burn-out/introductie/.
7. LVE, NHG, NVAB. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals [internet]. NVAB; september 2011 [geraadpleegd op 28 maart 2023]. Beschikbaar via https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf/.
8. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out - deel 2. Huisarts Nu [internet]. Mei-juni 2012 [geraadpleegd op 19 maart 2023];41(3):134-140. Beschikbaar via https://www.huisartsnu.be/system/files/huisartsnu/41/3/20120318-Hanu-Help-ik-zit-erdoor.pdf/.
9. Terluin B, Van Dijk D, Van der Klink J, Hulshof C, Romeijnders A. De behandeling van overspanning. H&W [internet]. Januari 2005 [geraadpleegd op 2 april 2023]; 48(1):7-12. Beschikbaar via https://www.henw.org/system/files/download/henw-2005-1-7.pdf/.
10. NHS Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement [geraadpleegd op 2 april 2023]. Beschikbaar via https://aqua.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/qsir-pdsa-cycles-model-for-improvement.pdf

7 BIJLAGEN

7.1 EVALUATIEFORMULIER CONSULTATIE

1. Algemene gegevens

1.1. Naam arts:

1.2. Datum consultatie:

1.3. Leeftijd en geslacht (M/V/X) patiënt:

2. Consultatie

2.1. Betreft het een eerste consultatie? JA/NEEN

Zo ja, beantwoord onderstaande vragen. Zo neen, ga verder naar punt 2.2. Beschrijf kort de aanmeldingsproblematiek:

2.2. Betreft het een opvolgconsult? JA/NEEN

Zo ja, beantwoord onderstaande vragen. Zo neen, ga verder naar punt 3. Noteer het # in de reeks van de consultaties:

Beschrijf kort de oorspronkelijke aanmeldingsproblematiek:

Beschrijf kort het huidig consult:

3. Werkpunten

3.1. Welke werkpunten uit het actieplan heb je toegepast?

3.2. Waarom koos je deze werkpunten?

3.3. Was het een meerwaarde om deze werkpunten te gebruiken? Leg uit.

4. Beleving

4.1. Wat was je algemeen gevoel bij deze consultatie?

4.2. Had je het gevoel structuur/overzicht te hebben in deze consultatie? JA/NEEN 4.3. Had je het gevoel dat je de consultatie in de hand had? JA/NEEN 4.4. Zou je bovenstaande werkpunten nogmaals op deze manier toepassen? Leg uit.

5. Besluit

Noteer hier je algemeen besluit over deze consultatie en daarbij het gebruik van de werkpunten. Eventuele andere opmerkingen zijn hier ook welkom.

7.2 PRAKTISCHE LEIDRAAD VOOR DE AANPAK VAN OVERSPANNING GEBASEERD OP NHG-STANDAARD M110

1. Inleiding

Deze leidraad hoort bij het actieplan van masterproef MP025539, het is een hulpmiddel gebaseerd op de **NHG standaard 'Overspanning en burn-out'**. De leidraad is bedoeld om toe te passen bij de behandeling van volwassen patiënten die zich aanmelden met een overspanning. Het is steeds aan de huisarts zelf om vrij te beslissen welke actiepunten er kunnen worden toegepast en wanneer.

1.1. Aanmelding

1.1.1. Vaste huisarts

Wanneer een patiënt zich aanmeldt met overspanningsklachten, wordt er voor opvolging van deze klachten een vaste huisarts aangewezen. Dit dient vermeld te worden aan de patiënt, zodat deze vrij kan kiezen welke arts de opvolging van deze klachten zal voorzien.

1.1.2. Arbeidsongeschiktheid

De aangewezen huisarts is ook de enige huisarts die hiervoor arbeidsongeschiktheid zal attesteren. Bij onvoorziene omstandigheden kan een andere huisarts uiteraard de arbeidsongeschiktheid voor telkens korte periodes verlengen.

1.1.3. Arbeidsarts

Indien een patiënt arbeidsongeschikt wordt verklaard zal steeds de arbeidsarts worden opgevraagd aan de patiënt. Er wordt ook een akkoord gevraagd aan de patiënt om indien nodig later contact op te nemen met de arbeidsarts. Dit met als gemeenschappelijke doel de arbeidsongeschiktheid zo kort mogelijk te houden.

1.2. Diagnostiek

Overspanning is het gevolg van een overbelasting waarbij de coping tekort komt. Deze **waarschijnlijkheidsdiagnose** is meestal al vrij snel duidelijk wanneer de patiënt zich aanmeldt, vaak denkt de patiënt er zelf aan, alhoewel een deel van de patiënten alleen voor somatische klachten komt. Heb steeds aandacht voor andere differentiaal diagnoses en/of onderliggende problematieken zoals alcohol en/of druggebruik.

1.2.1. Definitie

We maken gebruik van de definitie volgens de NHG-Standaard. Hiervoor zijn de volgende 4 criteria vereist:

1. **Spanningsklachten**; minstens 3 van volgende klachten: moeheid, gestoorde en/of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel, concentratieproblemen/vergeetachtigheid

2. **Controleverlies**: 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 heeft het gevoel de grip te verliezen

3. **Disfunctioneren**: er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren

4. De spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren zijn **niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis**

1.2.2. 4DKL vragenlijst

De 4DKL (VierDimensionale KlachtenLijst) is een hulpmiddel dat kan worden gebruikt indien (1) de diagnose niet helemaal duidelijk is (twijfel over diagnose of vermoeden

onderliggend/bijkomend probleem van angst, depressie of SOLK) of (2) de patiënt het moeilijk heeft om zijn klachten te verwoorden. Geef de vragenlijst mee met de patiënt om zelf in te vullen, of vul de vragenlijst samen in met de patiënt.

Bij overspanning scoort de patiënt vooral hoog op **distress**. Indien andere subschalen ook hoog scoren, is het nodig om te beoordelen of er al dan niet sprake is van angst, depressie of SOLK. In het laatste geval kan verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met de patiënt besproken worden (zie sectie 3). De resultaten die uit de 4DKL vragenlijst volgen kunnen ook gebruikt worden om samen met de patiënt zijn klachten te bespreken of te verduidelijken.

1.2.3. Beloop

Het beloop van overspanningsklachten is in te delen in 3 fases. De huisarts probeert hier de patiënt door te lopen en grijpt in bij stagnatie (zie sectie 2).

De eerste fase is een **crisisfase** en duurt gemiddeld 3 weken, hierin is de patiënt ontregeld en is het doel tot rust komen, een actieve houding creëren bij de patiënt en dagstructuur aanbrengen. Een korte periode van rust kan zinvol zijn in de crisisfase, die doorgaans enkele weken duurt, maar langdurige arbeidsongeschiktheid moet vermeden worden. Bied hier vooral hersteltaken aan zoals o.a. acceptatie van de situatie (overweeg schrijf- en piekeropdrachten), afwisselen van activerende en ontspannende activiteiten en dagstructuur aanbrengen (met aandacht voor het slaappatroon).

De tweede fase is een **probleem- en oplossingsfase** en duurt gemiddeld 3 tot 6 weken, hierin brengt de patiënt (samen met de huisarts) zijn problemen in kaart en wordt er op zoek gegaan naar oplossingen. Hiervoor kan een probleem-/oplossingenlijst gemaakt worden, met de nadruk op problemen die beïnvloedbaar zijn en wat de haalbaarheid en toepasbaarheid van eventuele oplossingen is. Indien de patiënt aan het werk blijft of er een arbeidsconflict is, kan de huisarts de patiënt motiveren om de situatie te bespreken bij de arbeidsarts en/of de werkgever. Verder mag er ook niet uit het oog verloren worden om sterke punten en energiebronnen (zoals o.a. fysieke activiteit) te benoemen.

De derde fase is een **toepassingsfase** en duurt gemiddeld 6 weken, hierin probeert de patiënt oplossingen in de praktijk toe te passen en taken en rollen opnieuw op te nemen. Hierbij is de taak van de huisarts vooral om te stimuleren tot het toepassen van verworven kennis en inzichten en het functioneren in bepaalde rollen (zowel thuis, op het werk als sociaal) terug op te nemen, let hierbij vooral op dat er gestart wordt met kleine stappen om zo positieve ervaringen te creëren als deze stappen succesvol zijn.

1.3. Planning en opvolging

Overloop aandachtig aan het einde van elke consultatie voor overspanning steeds volgende zaken om zo miscommunicaties te vermijden: samenvatting van de klachten, oorzaken, gevolgen, gewenste veranderingen of doelen en eventuele afspraken. **Verzorg je notities in het EMD**: de ICE, doelen en gemaakte afspraken worden steeds bij ‘planning’ genoteerd.

Een **vervolgafspraak** wordt na overleg met de patiënt steeds ingeboekt aan het einde van de consultatie door de behandelende arts: in de crisisfase elke 1 tot 2 weken, nadien elke 3 tot 4 weken.

2. Stagnatie

We spreken van stagnatie wanneer er geen vooruitgang is in het herstelproces na 3 tot 6 weken. Deze tijdsduur is echter indicatief, stagnatie wordt het best zichtbaar door de situatie van de patiënt te vergelijken tussen verschillende consultaties.

2.1. Mogelijke oorzaken

Stagnatie in een van de 3 fases zonder enige verklaring is meestal een reden voor doorverwijzing naar de GGZ. We moeten echter steeds enkele mogelijke oorzaken nagaan:

1. Zijn er zaken niet aan bod gekomen? Of spelen er nieuwe zaken?
   → Doorloop dezelfde fase opnieuw en hou rekening met deze zaken

2. Vermoed je eventueel toch een onderliggende somatische oorzaak?
   → Sluit eerst mogelijke somatische oorzaken uit

3. Vermoed je een onderliggend, bijkomend of complexer psychisch probleem?
   → Doorloop de 4DKL vragenlijst (opnieuw) en voer desbetreffende diagnostiek uit
   → Overweeg doorverwijzing GGZ

4. Zijn er werkgerelateerde factoren die herstel of werkhervatting tegenhouden?
   → Contacteer de arbeidsarts of laat de patiënt zelf contact opnemen

5. Is de lijdensdruk en/of het disfunctioneren zeer groot?
   → Overweeg doorverwijzing GGZ

2.2. Aanvullende interventies in de huisartsenpraktijk

Eventueel kan ook een aanvullende interventie in de huisartsenpraktijk worden gestart afhankelijk van de mate van disfunctioneren. Enkele voorbeelden zijn: begeleide zelfhulp, problem solving treatment (PST), KOP model, oplossingsgerichte gesprekken, cognitieve gedragstherapeutische technieken etc. Voor meer info: zie Bijlage 'Voorbeelden van interventie bij stagnatie' in de NHG-Standaard.

2.3. Overleg

Moeilijke casussen kunnen besproken worden tijdens de wekelijkse vergadering.

3. Verwijzing

3.1. Wie en wanneer?

Doorverwijzing naar de **GGZ** wordt aangeraden in geval van (1) vermoeden van een psychiatrische (co)morbiditeit, (2) bij stagnatie zonder duidelijke oorzaak en (3) bij ernstig disfunctioneren en/of lijdensdruk. Patiënten dienen zelf een afspraak te maken met de **psycholoog**, zodat zij zelf ook kunnen informeren naar praktische aspecten en de kostprijs. Informeer de patiënt dat terugbetalingen en voorwaarden hiervoor verschillen per mutualiteit en dat dit kan worden nagevraagd bij de mutualiteit zelf.

Doorverwijzing naar of contactname met de **arbeidsarts** wordt aangeraden indien er sprake is van werkgerelateerde problemen die herstel of werkhervatting in de weg staan (zie sectie 4). In sommige gevallen kan er ook verwijzing nodig zijn naar **andere instanties**, vaak bij meer complexe situaties zoals bvb. eenzaamheid, relatieproblemen, financiële problemen, huisvestingsproblemen etc.

3.2. Psychosociale kaart

Om doorverwijzing makkelijker te maken, geen tijd te verliezen aan opzoekingen en ervaringen te centraliseren werd er door de praktijk reeds een sociale kaart ontwikkeld. Om vlotter een overzicht te krijgen over relevante hulpverleners binnen de context van dit kwaliteitsbevorderend project, werd er een **nieuwe psychosociale kaart** opgemaakt voor intern gebruik. Deze psychosociale kaart is bedoeld om contactgegevens van hulpverleners up-to-date te houden, sneller de juiste hulpverlener in de omgeving van de praktijk terug te vinden en ervaringen uit te wisselen tussen collega's.

4. Arbeidsarts

Zoals reeds vermeld kan in de crisisfase een korte periode van rust noodzakelijk zijn, vaak onder de vorm van arbeidsongeschiktheid. Er moet echter gestreefd worden om deze periode zo kort mogelijk te houden en zo werkhervatting zo vlot mogelijk te laten verlopen. De arbeidsarts kan hierin een handige schakel zijn. Er kan een **flyer** meegegeven worden aan de patiënt met daarin (1) instructies voor het digitaal opzoeken van de contactgegevens van de arbeidsarts via Mijn Gezondheid en (2) informatie over het belang van de arbeidsarts.

4.1. Wettelijk kader

De huisarts mag de arbeidsarts enkel contacteren na **toestemming van de patiënt**. Omgekeerd mag de arbeidsarts ook alleen contact opnemen met de huisarts na toestemming van de patiënt. Uitzondering: als de werknemer tijdens zijn arbeidsongeschiktheidsperiode op consultatie gaat bij de arbeidsarts, dan gaat de patiënt volgens de wet impliciet akkoord dat er contact mag zijn tussen huisarts en arbeidsarts.

4.2. Beroepsgeheim arbeidsarts

De arbeidsarts heeft beroepsgeheim, dit wil zeggen dat de werkgever nooit door de arbeidsarts zal worden ingelicht over diagnoses. De arbeidsarts kan informatie overmaken via een formulier gezondheidsbeoordeling, dit bevat nooit een diagnose. De arbeidsarts bespreekt wel de beperkingen die voortvloeien uit de diagnose, om zo de nodige aanpassingen mogelijk te maken.

4.3. Communicatie arbeidsarts-huisarts

Wanneer de huisarts een diagnose meedeelt met de arbeidsarts, komt deze diagnose dus ook nooit bij de werkgever terecht. Opnieuw mogen enkel de beperkingen die voortkomen uit de diagnose of nood aan aanpassingen doorgegeven worden, om de werkomgeving aan te passen naar de mogelijkheden van de werknemer.

4.4. Werkhervatting

Om later succesvolle werkhervatting mogelijk te maken, is een goede samenwerking met de arbeidsarts vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid erg nuttig. Als een werkhervatting overwogen wordt, is het zinvol contact op te nemen met de arbeidsarts om werkhervatting en de voorwaarden hiervoor te bespreken. Zo kan de arbeidsarts advies geven over de arbeidstijd, de werkomgeving etc. Soms is een gedeeltelijke werkhervatting noodzakelijk, ook hierbij kan de arbeidsarts helpen. In het geval dat werkhervatting toch niet mogelijk blijkt te zijn, kan de werknemer de arbeidsovereenkomst beëindigen vanwege overmacht.

4.5. Contactgegevens arbeidsarts

De contactgegevens van de arbeidsarts kunnen teruggevonden worden in het arbeidsreglement of via de website van Mijn Gezondheid.

5. Bronnen en links

NHG-Standaard M110 ‘Overspanning en burn-out’
richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out

4DKL vragenlijst
richtlijnen.nhg.org//files/2020-02/4dkl_voor_nhg_2014_0.pdf

BESWIC (Belgisch kenniscentrum over welzijn op het werk)
www.beswic.be/nl/themas/informatie-voor-de-behandelende-artsen

Ik voel me goed op het werk
www.ikvoelmegoedophetwerk.be/nl/bij-wie-kan-je-terecht/arbeidsarts

Mijn Gezondheid
www.mijngezondheid.belgie.be

7.3 FLYER ARBEIDSARTS

Hoe vind ik de contactgegevens van mijn arbeidsarts terug?

Waar?

- in jouw arbeidsreglement, of
- via de website van Mijngezondheid

Stappenplan Mijngezondheid

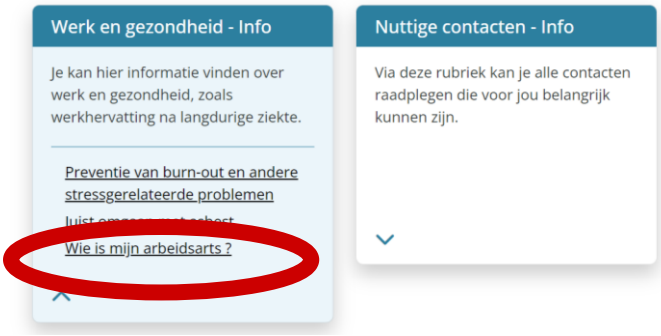
1. **Ga naar de website www.mijngezondheid.belgie.be**



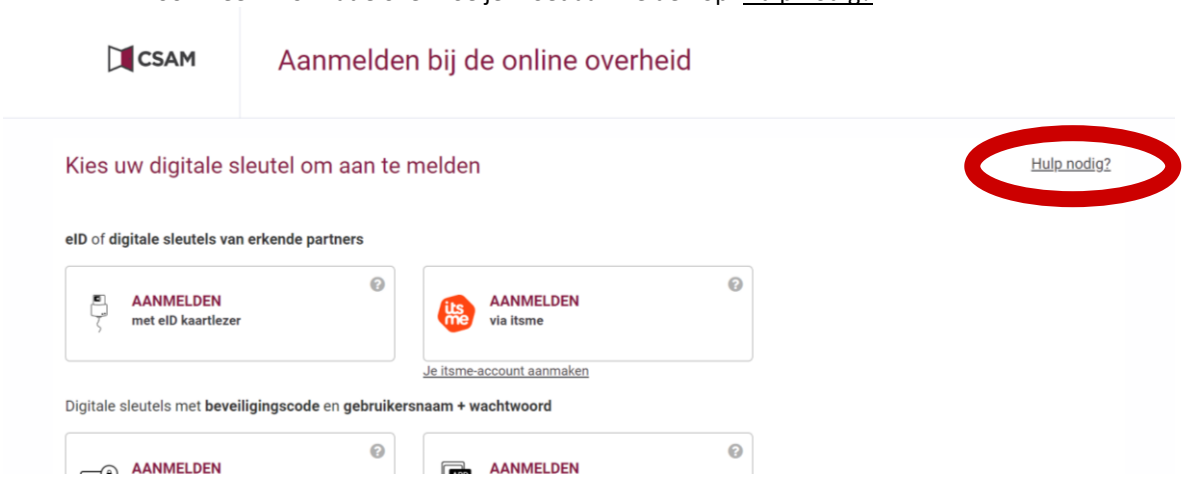
2. **Scroll naar beneden naar het vakje 'Werk en gezondheid - Info'**



3. **Klik op het pijltje en daarna op 'Wie is mijn arbeidsarts?'**



4. **Meld je vervolgens aan bij de online overheid via jouw eID of itsme app**
   Klik voor meer informatie over hoe je moet aanmelden op ‘Hulp nodig?’



5. **Hierna vind je de contactgegevens van jouw arbeidsarts terug**



De arbeidsarts: wettelijk kader - functie - beroepsgeheim - werkhervatting
Er wordt aangeraden dat de huisarts contact opneemt met de arbeidsarts wanneer er zich psychosociale problemen voordoen en het werk hierin meespeelt. Dit kan alleen na **toestemming** van de patiënt.

De arbeidsarts heeft als belangrijkste taak om toezicht te houden op de **band tussen werk en gezondheid**. De onderzoeken van de arbeidsarts hebben als doel te beoordelen of de werknemer zijn werk kan uitoefenen. Verder kan hij ook nagaan of de werkomgeving is aangepast aan de mogelijkheden van de werknemer. Hij kan ook verbeteringen voorstellen om de werkomgeving aan te passen naar de noden van de werknemer. De arbeidsarts maakt meestal deel uit van een externe dienst en neemt dus zijn beslissingen onafhankelijk van de werkgever.

De arbeidsarts heeft **beroepsgeheim**, dit wil zeggen dat de werkgever nooit door de arbeidsarts zal worden ingelicht over diagnoses. De arbeidsarts kan informatie overmaken via een formulier gezondheidsbeoordeling, dit bevat nooit een diagnose. De arbeidsarts bespreekt wel de beperkingen die voortvloeien uit de diagnose, om zo de nodige aanpassingen mogelijk te maken.

Om later succesvolle **werkhervatting** mogelijk te maken, is een goede samenwerking met de arbeidsarts vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid erg nuttig.

Voor meer informatie, zie ook www.beswic.be en www.ikvoelmegoedophetwerk.be

7.4 PSYCHOSOCIALE KAART

Psychologen/therapeuten

Naam	Contactgegevens	Specialisaties/interesses/prijsklasse
Melissa Ceulemans 	Huisarts en co Kleine steenweg 21 2221 Booischot Thuispraktijk Hallaar Broekstraat 41 2220 Hallaar 0495 34 72 20 melissaceulemans.psy@gmail.com	Psycholoog Volwassenen +18 en ouderen Depressie, angst, psychose, identiteit, rouw en verlies, suïcidaliteit €60/50 min
Joke Janssens 	Huisarts en co Kleine steenweg 21 2221 Booischot Groepspraktijk Kers&Pit Aarschotsesteenweg 172B 2230 Ramsel/Herselt Groepspraktijk Begijnendijk Puttestraat 19 3130 Begijnendijk 0468 20 33 35 jokejanssens@outlook.com	Psychotherapeut Volwassenen +18 Burn-out, stress, spanning, rouw en verlies, relationele problemen, agressieregulatie, CVS, fibromyalgie, piekeren, verlies, angst, trauma, depressie, emo-eten, … €60/50 min
An Maes 	Huisarts en co Kleine steenweg 21 2221 Booischot 0496 79 48 71 anmaes.psycholoog@gmail.com	Eerstelijnspsycholoog Jongeren en volwassenen Gezinsbegeleiding, perinataal counselor, bijzondere jeugdzorg, … Eerstelijnstarief
Griet Geeraert 	Eigenwijze psychologenpraktijk Boekeslei 5 2221 Booischot 0473 36 27 14 info@grietgeeraert.be	Psychotherapeut Psychotherapie en ondernemerscoaching Midlifecrisis (30-60) €165/60-75 min

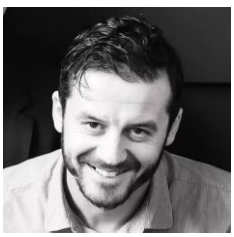
Astrid Schoeters 	Thuispraktijk Grote Braamstraat 8D 2220 Heist-op-den-Berg 04 67 03 53 45 astrid@psychologennet.be	Psycholoog Jongvolwassenen 15+ en volwassenen ACT (acceptance and commitment therapie) Ook stress, depressie, hoogsensitiviteit, onzekerheid, overspanning… €75/50 min
Annelies Aerts 	LeGo Westerlosesteenweg 81 2220 Heist-op-den-Berg 0479 50 06 18 aerts_annelies@hotmail.com	Psycholoog Jongeren en volwassenen Autismespectrumstoornis, ADHD, (faal)angst, emotieregulatie, leren en studeren, planning en organisatie €70/60 min
Veerle Vandamme 	Groepspraktijk Heist-Goor Bosweg 6 2220 Heist-op-den-Berg 0486 68 16 87	Klinisch psycholoog Verwerking, angst, depressie, identiteit, stress, burn-out, eetproblematiek, zelfbeeld, relatieproblemen, persoonlijkheidsproblematiek, … €60/50min Geregistreerd psychotherapeut bij CM
Stefanie Van Craen 	Groepspraktijk Heist-Goor Bosweg 6 2220 Heist-op-den-Berg Thuispraktijk (vanaf 12/9/2023) Broekstraat 15 2220 Hallaar stefanie.vancraen@gmail.com	Kinderpsycholoog
Merel Brams 	Groepspraktijk Heist-Goor Bosweg 6 2220 Heist-op-den-Berg Huisartsenpraktijk De Dijk Dorpsstraat 4 bus 1 3130 Begijnendijk 0474 18 91 73 merelbrams.psy@gmail.com	(Kinder)psycholoog Vinden van evenwicht, laag zelfbeeld, grenzen stellen, nachtmerries, piekeren, verlatingsangst, rouw… Therapie met hondje Lou €65/50 min

Lene Blockhuys 	WGC Heist Frans Coeckelbergstraat 6B 2220 Heist-op-den-Berg 0494 99 52 12 psychologica.lene@gmail.com	Klinisch psycholoog Zelfontwikkeling, zingeving, emotieregulatie, relationele thema's, gezinsthema's… €85/65 min Geregistreerd psychotherapeut CM, Solidaris
Femke Van Meulenbeke 	Thuispraktijk Professor Scharpélaan 236 3130 Betekom Centrum De Berk Berkenlaan 25 2200 Herentals 0498 22 11 12	Kinder- en jeugdpsycholoog (0-25) Slaapproblemen, schoolmoeheid, echtscheiding, eetstoornis, fobieën… €60/50 min
Alysia Van Saet 	OpenBlik Schaluinstraat 85 3128 Baal Gesprekken aan huis <15km 0476 57 80 31	Psycholoog (Jong)volwassenen +18 en ouderen Brede waaier aan klachten, assertiviteit, uitstelgedrag, … €60/60 min
Marthe Vandyck 	Groepspraktijk Baal Moorsemsestraat 6 bus 1 3128 Baal 016 53 08 98	Klinisch psycholoog (Jong)volwassenen +18 Angsten, burn-out, stress, piekeren, lichamelijke klachten, … €60/60 min
Elise Proesmans 	Psyche en flow Schrieksebaan 53 bus 2 3120 Tremelo 0473 90 40 44 elise@psyche-en-flow.be	Klinisch psycholoog Jongeren en volwassenen +18 Neurologische aandoeningen, MS, stress- en spanningsklachten, overprikkeling, aanvaarding, verwerking, sociaal emotionele problemen, patronen…

Christine Baert 	Psyche en flow Schrieksebaan 53 bus 2 3120 Tremelo 0477 99 98 42 christine@psyche-en-flow.be	Schoolpsycholoog Schoolproblemen €65/50 min
Sarah Vereckt 	Psyche en flow Schrieksebaan 53 bus 2 3120 Tremelo 0456 16 27 00 sarah@psyche-en-flow.be	Psycholoog en loopbaanbegeleider Jongeren en volwassenen +18 Stress, burn-out, piekeren, grenzen aangeven, re-integratie op het werk, perfectionisme, coping, zelfzorg…
Sylvie Broos 	Psyche en flow Schrieksebaan 53 bus 2 3120 Tremelo 0468 35 58 77 sylvie@psyche-en-flow.be	Klinisch gezondheidspsycholoog Angst, laag zelfbeeld, vermoeidheid, stress, piekeren, overspannen… €65/50 min
Joke Peelman 	Psyche en flow Schrieksebaan 53 bus 2 3120 Tremelo 0456 34 38 84 joke@psyche-en-flow.be	Kinderpsycholoog Angst, persoonlijke ontwikkeling, ADHD, kind - ouder problemen, autisme, verlegenheid, bedplassen, huilbaby, schoolmoe… €65/45 min
Benjamin Mas 	Thuispraktijk Schoonhovendreef 27 3200 Aarschot 0473 65 72 08	Gesprekstherapeut Identiteitsproblemen, hechtingsstoornis, dissociatieve stoornis, dwangstoornis, depressie, alcoholproblemen, angst, autisme. €60/60 min

Leen Goolaerts 	Groepspraktijk Aarschot Vlaaikenslei 1 3200 Aarschot Thuispraktijk Zichem Oranjestraat 59 3271 Langdorp 0486 12 92 46 leen.goolaerts@gmail.com	Systeemtherapeut/psycholoog Jongeren +14, volwassenen, ouderen Stress, chronische ziekte, depressie, relatieproblemen, gender, rouw… €65/50 min
Emilie Van Gerwen 	Multidisciplinair Centrum Tremelo Astridstraat 21 3120 Tremelo 016 84 70 88 emilie@mctremelo.be	Psycholoog Psychodiagnostiek (IQ testing) Kinderen en jongeren €65/50 min
Hanne Van Hirtum 	Huis Peonia Blaubergsesteenweg 203 2230 Herselt 0474 70 30 04 (Hanne Van Hirtum) info@huispeonia.be	Psycholoog Lichaamsgericht therapeut
Marie De Bruyn 	Huis Peonia Blaubergsesteenweg 203 2230 Herselt 0474 70 30 04 (Hanne Van Hirtum) info@huispeonia.be	Psycholoog

Loopbaanbegeleiding

Wie?	Contactgegevens	Specialisaties/interesses
Maroussia Snelders 	Groepspraktijk Heist-Goor Bosweg 6 2220 Heist-op-den-Berg maroussia.snelders@hotmail.com	Loopbaancoach
Astrid Schoeters 	Thuispraktijk Grote Braamstraat 8D 2220 Heist-op-den-Berg 04 67 03 53 45 astrid@psychologennet.be	Loopbaanbegeleiding €75/50min of VDAB cheques
Eline Van Houdt 	Centrum De Berk Berkenlaan 25 2200 Herentals 0468 22 06 88 eline@groei-loopbaanbegeleiding.be	Loopbaanbegeleiding
Katrijn Rosseels 	Groepspraktijk Aarschot Vlaaikenslei 1 3200 Aarschot Groepspraktijk Jikan Grote Bollostraat 40 3120 Tremelo 0491 17 72 96 info@careercoachkatrijn.be	Loopbaancoach Stress en burn-out coach
Bart Van Woinsel 	Huis Peonia Blaubergsesteenweg 203 2230 Herselt 0474 70 30 04 (Hanne Van Hirtum) info@huispeonia.be	Loopbaancoach Stress en burn-out coach

Els Jennen 	Twiga Burn-OutCenter Meester Van der Borghtstraat 117 2580 Putte-Grasheide 0488 23 99 66 info@twigaburnoutcenter.be	Stress en burn-out Levensfasevragen Loopbaanbegeleiding
Marc Calders 	Twiga Burn-OutCenter Meester Van der Borghtstraat 117 2580 Putte-Grasheide 0488 23 99 66 info@twigaburnoutcenter.be	Stress en burn-out (preventie en herstel) Loopbaancoaching
Heidi Moris 	More2B Seysheistraat 58 2235 Hulshout 0487 65 88 22 info@more2b.be	Loopbaancoach Stress en burn-out coach €60/60 min of VDAB cheques
Marijke Cnops 	The Job Coach Isschotweg 74A 2222 Itegem	Loopbaancoach Stress en burn-out coach
Evy Coremans 	The Job Coach Provinciebaan 61A 2230 Herselt The Job Coach Veelsebaan 40 3201 Langdorp	Loopbaancoach Stress en burn-out coach